

UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE
FACULTE DE MEDECINE D'AMIENS

Année 2018

N° 2018 -70

EVALUATION DE L'IMPACT SUR LA QUALITE DE VIE DES PATIENTS
ATTEINTS DE PATHOLOGIES CHRONIQUES APRES INSCRIPTION AU
RESEAU SPORT-SANTE « PICARDIE EN FORME » ET DU RÔLE DU
MEDECIN GENERALISTE DANS L'ADHESION A CE PROJET
THERAPEUTIQUE

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE
(DIPLOME D'ETAT)

Présentée et soutenue publiquement

Le 3 JUILLET 2018

par

Mathilde COTTEL

Président du jury : Monsieur le Professeur Pierre-Louis DOUTRELLOT

Juges : Monsieur le Professeur Patrice FARDELLONE
Monsieur le Professeur Jean-Daniel LALAU
Monsieur le Professeur Maxime GIGNON

Directeur : Monsieur le Docteur Florent KRIM

REMERCIEMENTS

Mes remerciements vont tout d'abord aux membres du jury :

Monsieur le Professeur Pierre-Louis DOUTRELLOT,

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
(Médecine physique et de Réadaptation)
Responsable du Centre d'activité MPR Orthopédique
Pôle « Autonomie »

Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse et de juger mon travail. Je vous témoigne ma profonde et respectueuse reconnaissance.

Monsieur le Professeur Patrice FARDELLONE,

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

(Rhumatologie)

Chef du service de Rhumatologie

Pôle « Autonomie »

*Je vous prie de recevoir mes sincères remerciements pour avoir accepté de juger mon travail.
Veuillez croire en l'expression de ma respectueuse considération.*

Monsieur le Professeur Jean-Daniel LALAU,

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

(Nutrition)

Chef du service Endocrinologie, maladies métaboliques et nutrition

Pôle « Médico-chirurgical digestif, rénal, infectieux, médecine interne et endocrinologie »

(D.R.I.M.E)

Je suis très sensible à l'honneur que vous m'avez fait en acceptant de porter un jugement sur mon travail. Veuillez accepter l'expression de ma sincère gratitude.

Monsieur le Professeur Maxime GIGNON,

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
Epidémiologie, Hygiène Hospitalière et Santé Publique

*Vous me faites l'honneur de juger ce travail et je vous en remercie.
Veuillez trouver ici l'expression de ma gratitude pour l'intérêt que vous avez porté à cette thèse,
mes sincères remerciements et mon profond respect.*

Monsieur le Docteur Florent Krim,

Praticien Hospitalier
Médecin au centre de réadaptation cardiovasculaire de l'hôpital de Corbie

*Mon ami, merci d'avoir accepté d'être mon directeur de thèse, de m'avoir accordé ton temps sans compter et soutenu durant ce travail. Merci pour tes précieux conseils, ces instants de partage au cours de ces deux années et ta confiance. Je te remercie également pour ton soutien au cours de mon internat et je tiens à te faire part de la place importante que tu portes dans ma vie.
Sois assuré de ma profonde reconnaissance.*

A mon futur Époux Cyril,

Mon amour, je te remercie pour ta patience, tes encouragements, ton aide et tout ce qui n'appartient qu'à nous. Merci pour cet amour formidable et cette si belle vie à tes côtés.

A ma Soeur Valentine,

Valent, je ne pouvais être si bien entourée. Une sœur qui m'a soutenue, supportée toutes ces années et qui m'a guidée. Je t'ai embêtée si jeune à vouloir jouer au docteur, merci d'avoir été ma première patiente il y a 25 ans. Je t'aime.

A ma Mère,

Maman, cette fierté que je ressens dans tes yeux me rend plus forte. Merci pour ce soutien et cet amour inconditionnels. J'espère ne jamais te décevoir.

A mon Père,

Papa, merci de m'avoir poussé à croire en moi. Pour ces moments d'émotion partagés lorsque je t'appelais pour te dire que je passais en année supérieure, cette présence à mes côtés, ces valeurs que tu m'as enseignées et ce soutien sans faille, merci.

A mes Grands-parents, ma Clem, Maxou et ma famille,

Vous m'avez soutenue et supportée toutes ces années et je vous en remercie de tout cœur.

A mes Beaux-parents, Francis et Corinne,

Un grand bonheur de faire partie de votre famille et de porter très prochainement votre nom. Merci pour votre soutien et ces déjeuners du mardi midi qui ont fait de notre relation ce qu'elle est aujourd'hui.

A Béné, Guillaume et Clotilde

Nos professions nous ont permis de suite de nous rapprocher, je me rappelle de cette première rencontre, puis tout le reste ! Vous m'avez soutenue durant ces années d'internat, soyez assurés de ma reconnaissance et de cette joie de faire partie de votre famille.

A Marie-Laure,

Ma chère grande cousine, ma grande sœur, mon amie. Ces années d'étude n'ont cessé de nous rapprocher, cette relation étant de plus en plus forte au fil du temps. Merci pour ces massages d'avant examens, merci pour ce réconfort et cette aide précieuse dans mes choix qui font qu'aujourd'hui je mène cette vie. Sans Pierre-Louis et toi, je ne sais pas si j'aurai réussi à en arriver là. Je vous en suis très reconnaissante.

Au TMAP,

Les copains du sport initialement, puis de véritables amis. Ces quatre dernières années à vos côtés m'ont fait trouver un équilibre, et cette amitié ne fait que commencer ! Vivement les prochains BBQ en plein mois de février !!

A mes Copines,

Popo, ma grande amie, ma future témoin. Nous en avons passé des heures à la BU pour en arriver là. Je suis fière du chemin que l'on a parcouru et de cette grande chirurgienne que tu deviens. On se le disait souvent : « t'imagines le jour où on passera notre thèse ? ». L'heure est venue, je crois que l'on a réussi !

Ma Lulu, ma jumelle et celle qui ne cesse de me surprendre avec ses remèdes improbables. Merci pour ces footings du vendredi et pour cette si belle amitié.

Marie, ma co-interne de choc ! Un an passé durant cet internat à tes côtés, ne faisant qu'accroître notre relation. Je me rappelle ces soirées à l'hôpital, à dicter nos courriers avec notre café, à parler des hauts et des bas mais avant tout, de ces fous rires dans notre bureau !

Alou, toi qui a su me guider cette année et qui m'a soutenue dans ce travail, merci pour ces soirées sushi-relecture, tes conseils et pour ton amitié.

Typhaine, Juliette, Marion, Camille, Emeline, vivement ces prochains week-ends entre filles !

A Pauline et Valentin, mes amis bordelais qu'il me tarde déjà de revoir !

Aux Kinork, pour ces belles années de confrérie !

A mes co-internes, amis du sport et tous les autres,

A mes chers maîtres de stage,
sans lesquels je n'aurais pu acquérir ces connaissances et apprendre mon métier convenablement.
Merci pour vos conseils précieux, pour votre temps et votre pédagogie.

Aux acteurs de « Picardie en Forme », Monsieur Grignon,
Je vous remercie pour votre aide indispensable à la réalisation de cette étude.

A Monsieur Adnane Lamrani, biostatisticien au CHU
Je tiens à vous remercier pour votre aide dans la réalisation des statistiques.

Table des matières

GLOSSAIRE.....	11
INTRODUCTION.....	13
1. L'Activité Physique.....	14
1.1 Définitions.....	14
1.2 Recommandations.....	16
2. La Qualité de vie.....	17
2.1 Définition.....	17
2.2 Méthodes de mesure de la qualité de vie.....	18
3. Bénéfices de l'Activité Physique.....	19
3.1 Sur la santé physique	19
3.2 Sur la qualité de vie.....	20
4. Cadre législatif.....	21
5. Réseau Sport-Santé « Picardie en Forme ».....	22
6. Objectifs de l'étude.....	23
MATERIEL ET METHODES.....	25
1. Type de l'étude.....	26
2. Population étudiée.....	26
2.1 Recrutement.....	26
2.2 Critères d'inclusion	26
2.3 Critères de non-inclusion	26
3. Critères de jugement.....	27
3.1 Critère de jugement principal.....	27
3.2 Critères de jugement secondaires.....	29
4. Déroulement de la recherche.....	29
5. Confidentialité.....	29
6. Analyses statistiques.....	30
RESULTATS.....	31
1. Description de la population.....	32

1.1	Caractéristiques socio-démographiques.....	32
1.2	Pathologies chroniques de la population	34
1.3	Réseau Sport-Santé « Picardie en Forme ».....	35
2.	Le questionnaire SF-36 : évolution de la qualité de vie.....	36
2.1	Evolution de la qualité de vie chez les patients après la reprise d'activité physique.....	36
2.2	Comparaison avec la population générale française.....	37
3.	Rôle du médecin généraliste et déterminants de la poursuite de l'activité.....	39
3.1	Analyse descriptive du rôle du médecin traitant.....	39
3.2	Est-ce que les médecins traitants ont suivi leurs patients lorsqu'ils étaient adresseurs au réseau ?.....	40
3.3	Quels étaient les déterminants de la poursuite de l'activité physique au terme du programme ?.....	40
3.4	Verbatims.....	41
	DISCUSSION.....	43
1.	Biais et limites méthodologiques de l'étude.....	44
2.	Caractéristiques de la population.....	46
2.1	Caractéristiques socio-démographiques.....	46
2.2	Pathologies chroniques de la population.....	48
3.	Réseau Sport-Santé « Picardie en Forme ».....	50
4.	Impact sur la qualité de vie.....	51
5.	Rôle du médecin généraliste dans l'adhésion à ce projet thérapeutique.....	53
	CONCLUSION.....	57
	BIBLIOGRAPHIE.....	61
	ANNEXES.....	67
	Annexe 1. Formulaire d'information pour la participation à une recherche médicale.....	68
	Annexe 2. Questionnaire santé et qualité de vie n°1.....	70
	Annexe 3. Questionnaire santé et qualité de vie n°2.....	74
	RESUME.....	78

GLOSSAIRE

ALD	Affection de longue durée
AP	Activité physique
APA	Activité physique adaptée
AP RASP	Activité physique régulière, adaptée, sécurisante et progressive
APS	Activité physique et sportive
AVC	Accident vasculaire cérébral
BPCO	Broncho-pneumopathie chronique obstructive
CROSP	Comité Régional Olympique et Sportif de Picardie
DRJSCS	Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale de Picardie
INSEP	Institut National du Sport, de l'Expertise et de la performance
MG	Médecin généraliste
MOS SF-36	Medical Outcome Study Short Form - 36
MT	Médecin traitant
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
QDV	Qualité de vie
QDLS	Qualité de vie liée à la santé
SSSO	Sport santé sur ordonnance

Introduction

1. L'Activité Physique

1.1 Définitions

L'activité physique (AP) est définie par Caspersen en 1985, définition qui sera reprise par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), comme « l'ensemble des mouvements corporels produits par la mise en action des muscles squelettiques, entraînant une augmentation substantielle de la dépense d'énergie au dessus du métabolisme de repos ».

Il s'agit d'un phénomène complexe caractérisé par son type, sa fréquence, sa durée et son intensité. L'AP comprend donc l'ensemble des activités de la vie quotidienne que sont les activités ménagères, de loisirs, sportives, de transport et professionnelles.

La sédentarité, qui correspond à une AP insuffisante, est reconnue aujourd'hui comme un facteur de risque de maladies chroniques, en particulier cardiovasculaires, à part entière. Ce manque de pratique est largement répandu au sein de la population générale. L'enquête du Baromètre santé de 2005 (1) montre que seulement 45,7 % des français âgés de 15 à 74 ans ont pratiqué, au cours des sept derniers jours précédents l'enquête, une AP à un niveau entraînant des bénéfices pour la santé, telle que définie dans le score IPAQ (International Physical Activity Questionnaire), c'est-à-dire de plus de 10 minutes consécutives.

Afin de lutter contre la sédentarité, en particulier dans la pathologie chronique, il existe l'activité physique adaptée (APA). Cette notion regroupe l'ensemble des activités physiques et sportives (APS) (le sport étant un « sous-ensemble de l'activité physique, spécialisé et organisé », OMS) adaptées aux capacités d'une personne particulière, « elle se centre sur la singularité du vécu de chaque sujet, répond à ses besoins spécifiques en terme de santé et à son intégration » (2). Il s'agit d'une activité qui nécessite une évaluation et un encadrement spécialisés. De cette manière, on ne peut résumer l'APA à la simple adaptation d'une pratique. Elle s'inscrit dans une démarche qui répond aux besoins d'un individu qui va alors tirer bénéfice de ce projet. L'individu va alors inscrire sa pratique dans un projet plus large, l'APA étant un outil parmi d'autres dans la prise en charge de sa pathologie chronique.

L'avènement des APA répond à un besoin récent qui a vu le jour avec le développement du concept de pathologie chronique.

Une pathologie chronique, selon l’OMS, est définie comme « un problème de santé qui nécessite une prise en charge sur une période de plusieurs années ou décennies. Elle est liée à la présence d’une cause organique, psychique ou cognitive. Son ancienneté est de plusieurs mois ou années avec un retentissement sur la vie quotidienne et des conséquences psychosociales. Elle est caractérisée par l’absence de guérison (on parle de contrôle ou de rémission) et l’évolution à vie. L’apparition est insidieuse, progressive et la prise en charge consiste plus en un accompagnement qu’en un traitement ».

Ce changement de paradigme dans la prise en charge de la maladie aiguë à la maladie chronique a plusieurs implications. La prise en charge des patients doit maintenant se concevoir sur la durée. Les conséquences de la maladie que sont les limitations, qu’elles soient fonctionnelles ou sociales, mais également la dépendance à une thérapeutique, à un régime ou à une technique devront également être intégrées dans cette prise en charge.

Par ailleurs les pathologies chroniques ont un impact lourd en terme de morbi-mortalité. En effet, en 2006, l’OMS constatait que 77% des handicaps et 86% des décès prématurés étaient liés en Europe à des maladies non transmissibles, non totalement réversibles et devenues chroniques (3). Elles touchent 20% de la population française, soit 15 millions de personnes et leur prévalence augmente de 3,2% par an. Cette forte atteinte de la population impacte la société dans ses dimensions économiques et sociales. Le coût induit est d’environ 85 milliards d’euros pour 9 millions de patients en Affection de Longue Durée (ALD) et cela tend à augmenter dans les prochaines décennies (4). Ce coût provient du fait que la prise en charge des maladies chroniques exige un traitement au long cours et le plus souvent des modifications durables du mode de vie.

La prise en charge de la maladie chronique nécessite une véritable éducation du patient à la connaissance de sa maladie et à la maîtrise de ses facteurs de risques. Si l’adoption de nouvelles conduites de santé paraît évidente pour le praticien, tant il s’agit d’un élément crucial dans l’évolution de la maladie, selon une étude (5), seul un patient sur deux y parvient. Les auteurs considèrent que les complications de ces pathologies entraînant des hospitalisations itératives, les symptômes résiduels comme par exemple la dyspnée chez l’insuffisant cardiaque, mais aussi les idées reçues sur la maladie ou les traitements et les conduites à risque viennent enrayer ces changements.

1.2 Recommandations

L'AP fait actuellement l'objet de nombreuses recommandations de pratique dans la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques non transmissibles.

L'OMS recommande au niveau international des niveaux d'AP selon trois classes d'âge (5-17 ans, 18-64 ans et 65 ans et plus) (6). Pour les adultes de 18 à 64 ans, il est recommandé de pratiquer au moins 150 minutes d'activité d'endurance d'intensité modérée ou au moins 75 minutes d'activité d'endurance d'intensité soutenue, ou une combinaison équivalente d'activité d'intensité modérée et soutenue, par semaine. Les périodes d'activité doivent être d'au moins 10 minutes d'affilée. L'AP d'intensité modérée à vigoureuse doit s'ajouter aux activités de routine. Il est également recommandé de pratiquer des activités de renforcement musculaire au moins deux fois par semaine.

Au niveau national, le Programme National Nutrition Santé (PNNS) de 2011-2015, dont l'un des axes est de développer l'APS et de limiter la sédentarité, recommande de pratiquer l'équivalent d'au moins 30 minutes de marche rapide par jour pour les adultes et au moins une heure par jour pour les enfants et adolescents (7).

Des recommandations spécifiques ont également été proposées par le Collège américain de médecine du sport et l'association des cardiologues américains pour les personnes de plus de 65 ans, ou de plus de 50 atteints de pathologies chroniques (8). Ces recommandations en termes de durée et de fréquence apparaissent identiques à celles préconisées pour l'adulte en bonne santé, avec une précision pour les personnes dont la mobilité est réduite : il leur est recommandé de pratiquer au moins trois fois par semaine une AP visant à améliorer l'équilibre et à prévenir les chutes. Cependant, la diversification des activités ainsi que l'individualisation de l'intensité de l'AP sont préconisées afin d'être au plus proche des possibilités et des besoins des patients. De plus, pour chaque situation pathologique, l'AP doit être pratiquée en respectant les règles de précaution qui leurs sont inhérentes et doit s'adapter à l'évolution favorable ou non de la pathologie .

En effet, dans le rapport de l'INSERM 2008 (9) le groupe d'experts insiste sur le fait qu'il ne s'agit pas de promouvoir une même AP de type sportive pour tous, mais des activités diverses et adaptées aux capacités de chaque patient, en se basant sur les principes de l'éducation

thérapeutique. Le développement d'une AP régulière apparaît aujourd'hui comme une priorité de santé publique. Chez les patients présentant une pathologie chronique, la fatigue générée par la pathologie, la crainte de ne pas y arriver, le manque d'envie ou encore les fausses croyances n'incitent pas les patients à cette pratique (10). L'ensemble de ces éléments constituent autant de freins à prendre en compte pour le praticien qui souhaite alors promouvoir l'AP comme une thérapeutique.

C'est dans ce cadre que cette dernière décennie a vu l'émergence de nombreux programmes d'intervention. On retrouve une très grande diversité dans les propositions faites aux patients. Il s'agit dans la plupart des cas d'activités structurées telles que des classes d'éducation physique, mais on retrouve également des activités dans des environnements attrayants, du conseil et de l'accompagnement, des campagnes d'information et de l'événementiel. Ces programmes ont pour ambition de viser une action sur le long terme en ne négligeant aucune ressource possible et de faire appel à l'ensemble des professionnels intervenants dans le champs de l'AP, que ce soit des acteurs du monde de la santé, du sanitaire et social ou du milieu sportif.

Dans le rapport de l'INSERM 2008, le groupe d'experts recommande que soit renforcé le maillage territorial d'experts référents pour le programme « Activité physique et santé » (9). A titre d'exemple, l'une des mesures du plan Cancer 2009-2013 était de promouvoir l'APA auprès de l'ensemble des patients atteints par cette pathologie (2).

2. La Qualité de vie

2.1 Définition

La qualité de vie (QDV) est une notion apparue dans les années 1960 aux Etats-Unis, reprise par l'OMS qui l'a définie en 1993 comme « la perception qu'un individu a de sa place dans la vie, dans le contexte de la culture, et du système de valeurs dans lequel il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes » (11).

Il s'agit d'un concept subjectif, intégré, dépendant des valeurs socioculturelles. C'est une notion multidimensionnelle et évolutive qui correspond à la satisfaction du sujet par rapport à sa vie quotidienne (12).

Dans le domaine médical, on parle de qualité de vie liée à la santé (QVLS), qui ne prend pas

en considération toutes les dimensions de la QDV en général, mais celles qui peuvent être modifiées par la maladie et/ou son traitement. Elle tient compte des aspects physiques, psychologiques et relationnels (13). La QDVLS est un «agrégat de représentations fondées sur l'état de santé, l'état physiologique, le bien-être et la satisfaction de vie» (14). En ce sens, la QDVLS cherche notamment à rendre compte des conséquences d'un trouble de santé sur la satisfaction de vie. Elle peut alors servir à évaluer l'effet d'une stratégie thérapeutique. La notion de QDVLS souligne la complexité du ressenti des personnes et des répercussions de leurs pathologies ou des soins (13). Ceci est très utile dans le suivi des maladies chroniques et du handicap, lorsque la « guérison » n'est pas possible, ainsi que dans le vieillissement (9). La mesure de la QDVLS permet de démontrer les bénéfices d'une intervention donnée sur le ressenti des patients.

2.2 Méthodes de mesure de la qualité de vie

La mesure de la QDVLS va prendre en compte les domaines physiques (autonomie et activités physiques), psychologiques (émotion, dépression, anxiété), relationnels (familial, professionnel, social), symptomatiques (répercussion de la maladie et/ou de son traitement) ainsi que des aspects tels que l'image de soi ou la sexualité. Ces différents domaines varient d'une personne à l'autre. Il s'agit à la fois d'éléments objectifs et subjectifs. Dans ce sens, la QDVLS ne peut être appréciée que par le sujet lui-même et non par une personne extérieure.

Pour apprécier la QDV, deux évaluations existent : l'évaluation quantitative, par des outils psychométriques et l'évaluation qualitative qui peut être réalisée par des entretiens.

Pour ce qui est des outils psychométriques, il existe de nombreux questionnaires permettant une mesure subjective de la QDV. Chaque questionnaire est composé de plusieurs items, regroupés en plusieurs échelles correspondant aux domaines cités ci-dessus. A chaque échelle est associé un score calculé à partir des réponses des questions qui la composent. Dans la littérature sont recensées plusieurs centaines de questionnaires, ces derniers pouvant être génériques ou spécifiques.

Les questionnaires génériques peuvent être utilisés dans des populations diverses et permettent une comparaison de la QDV de personnes présentant des pathologies différentes. Parmi les plus utilisés, il y a le SF-36 (MOS 36 Short Form), le WHOQOL (WHO Quality Of

Life assessment), le WHOQOL BREF, le NHP (Nottingham Health Profile), Profil de qualité de vie subjective (PQVS) mis au point en France par Gerin et al. (1991) et le *Sickness Impact Profile* (SIP) (13).

Les questionnaires spécifiques sont eux adaptés à un symptôme ou à une pathologie particulière.

3. Bénéfices de l'Activité Physique

3.1 *Sur la santé physique*

La relation entre AP et santé fait l'objet actuellement de nombreuses études. On retrouve les premiers travaux dans les années 1950 avec le Docteur Encausse qui étudie l'influence de l'AP sur l'organisme et l'organisation pratique du contrôle médical des APS (14).

D'après l'OMS, au niveau mondial, environ 3,2 millions de décès chaque année sont liés au manque d'exercice. La diminution de l'AP est attribuable au travail sédentaire, aux activités de loisirs passives (jeux vidéos, télévision...) et aux modes de transports motorisés. Cette diminution de la pratique intervient au moment de l'adolescence et se poursuit tout au long de la vie. Ce mode de vie sédentaire qui induit une diminution de l'AP est considéré comme le quatrième facteur de risque de décès dans le monde. Il s'agit également de la principale cause des cancers du sein ou du côlon (21 à 25%), du diabète (27%) et des cardiopathies ischémiques (30%) (10).

Les bienfaits de la pratique d'une AP sont actuellement bien connus dans la prise en charge de nombreuses maladies chroniques (2,15–18). De plus, l'ensemble des auteurs s'accordent pour dire que l'AP est bénéfique pour la santé quelque soit l'âge (10).

Il ne s'agit pas ici de faire le catalogue des effets bénéfiques de l'activité, mais on pourra noter que la littérature est très riche sur ce sujet. Principalement, l'AP est la meilleure prévention des maladies cardiovasculaires et constitue un élément important de leur traitement. Dans ce sens, une méta-analyse réalisée en 2013 publiée dans le BMJ révèle que l'AP est aussi efficace que les médicaments en prévention secondaire des maladies coronariennes, en traitement de l'insuffisance cardiaque et en prévention du diabète (19).

D'une manière générale, toutes les pathologies chroniques entraînent un déconditionnement

physique et une diminution de la capacité à l'effort. La pratique d'une AP va permettre d'améliorer ces effets. Plus globalement, une communauté de scientifiques américains du centre de contrôle et de prévention de l'*American College of Sports* a recensé les différents travaux sur les bénéfices de l'AP. Les données épidémiologiques ont démontré l'effet protecteur puissant de l'AP sur plusieurs pathologies chroniques dont les atteintes coronariennes et a contrario qu'un niveau bas de pratique d'AP est associé à une augmentation du taux de mortalité. Les résultats retrouvent que sur 250 000 décès par an aux États-Unis, environ 12% sont attribués à une insuffisance d'AP régulière (20).

Elle est également un traitement à part entière de la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO), et dans la prise en charge du maître symptôme que constitue la dyspnée. A ce titre, l'AP est un pilier essentiel de l'activité des centres de réadaptation cardiovasculaire, comme des centres de réhabilitation respiratoire. Sa pratique régulière permet également de limiter la prise de poids et participe à son contrôle. Elle permet de mieux contrôler le bilan lipidique et de réduire efficacement la glycémie associée aux mesures hygiéno-diététiques. Elle permet également de réduire le risque de développer un cancer du sein (de 15 à 20%) et du côlon (24%) (17). Enfin, elle a un effet également en rhumatologie, permettant la prévention et le traitement des maladies ostéoarticulaires et dégénératives lorsqu'elle est pratiquée à intensité modérée (21,22).

L'APA est reconnue comme thérapeutique non médicamenteuse validée pour la plupart des maladies chroniques, dont la fibromyalgie (23). La recherche actuelle s'oriente également vers toutes les pathologies neurologiques. On pourra citer à titre d'exemple la maladie d'Alzheimer (24) ou la rééducation précoce de l'AVC (25). Elle est également un facteur d'équilibre de la santé mentale (9).

3.2 Sur la qualité de vie

Les études concordent actuellement pour affirmer qu'une pratique d'AP régulière est bénéfique sur la QDV. Dans la population générale, chez les sujets âgés de 18 à 64 ans sans trouble de santé, deux études transversales ont porté sur d'importantes cohortes en 1993, l'étude de Melin et al. et celle de Brown et Frankel (26,27). Les personnes qui pratiquaient une AP régulière étaient comparées aux personnes non actives avec le questionnaire de QDV SF-36. Dans ces deux études, les résultats montrent que les patients actifs ont un score significativement plus élevé que les non-actifs. Chez les femmes notamment, il existe une

corrélation significative entre la participation aux AP de loisir et la satisfaction de vie. Chez les adolescents, l'étude de Valois et al. (28) montre également une corrélation entre la participation aux AP et la QDV. L'effet de la pratique d'une AP sur l'amélioration de la QDV chez les patients porteurs de maladies chroniques est également connu (29).

4. Cadre législatif

L'OMS a fait de l'amélioration de la QDV des patients atteints de pathologies chroniques une priorité.

Au niveau national, la loi du 09 août 2004 relative à la politique de Santé Publique, a pris en compte cette nécessité et met un point d'honneur sur la mise en place d'un plan d'amélioration de la QDV des personnes atteintes de maladies chroniques. Le Programme National Nutrition-Santé (PNNS) de 2011-2015, avait parmi ses axes principaux, celui de développer l'APS et de limiter la sédentarité (7).

La circulaire gouvernementale d'octobre 2012 incite les professionnels de santé et les associations sportives à permettre d'accéder à une APA à un public parfois éloigné de ces pratiques, en particulier les patients porteurs de pathologies chroniques.

Enfin, dans le cadre de la loi de modernisation du système de soin, le 26 janvier 2016 a été créé l'article L.1172-1 dans le Code de la Santé Publique, rendant compte de la place que pouvait tenir le médecin généraliste ou spécialiste dans la réalisation d'une AP dans la prise en charge d'une pathologie chronique. Celui-ci stipule que : « Dans le cadre du parcours de soins des patients atteints d'une ALD, le médecin traitant (MT) peut prescrire une activité physique adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical du patient. Les activités physiques adaptées sont dispensées dans des conditions prévues par décret. La pratique de l'activité physique peut donc désormais faire l'objet d'une prescription médicale par le médecin traitant ou par le médecin spécialiste. »

Le décret précisant les modalités de prescription et de dispensation d'une APA a été publié au Journal Officiel du 31 décembre 2016. Celui-ci est entré en vigueur le 1er mars 2017 (30).

5. Réseau Sport-Santé « Picardie en Forme »

C'est dans ce cadre que le réseau régional Sport-Santé Bien Être « Picardie en forme » a été créé en 2011, porté par le Comité Régional Olympique et Sportif de Picardie (CROSP) et la Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale de Picardie (DRJSCS). Le réseau « Picardie en forme » a pour but de proposer de mettre en réseau les usagers du système de santé, les professionnels, les structures de santé et les associations proposant une activité physique ou sportive adaptée à la personne.

Son objectif est de rendre possible la pratique d'une activité physique régulière, adaptée, sécurisante et progressive (AP RASP), chez les personnes atteintes de pathologies chroniques non transmissibles en leur proposant un panel de propositions d'activités au travers de différentes associations et clubs sportifs.

Le parcours d'accompagnement à la reprise d'une AP a été mis en place dès 2012 et s'adresse à plusieurs catégories d'utilisateurs : aux patients atteints de pathologies chroniques, aux sédentaires et aux personnes qui souhaitent reprendre une AP dans un cadre sécurisé. Ce parcours débute par la prescription par le MT ou un autre professionnel de santé de l'AP sur un ordonnancier spécifique « Picardie en Forme ». Le patient bénéficie ensuite d'un premier bilan réalisé par un éducateur spécialisé, à la suite duquel il oriente l'utilisateur vers une association labellisée « Picardie en Forme » ou un atelier passerelle (réseaux de santé locaux, pôles de prévention et d'éducation thérapeutique du patient, ...), permettant la pratique d'une APA à son profil. Environ six mois après le commencement, le patient bénéficie d'un second bilan dit « de suivi », qui permet de rendre compte de l'évolution des capacités physiques, motivationnelles et de l'estime de soi.

Le réseau « Picardie en forme » propose également une formation aux bienfaits de l'AP et à l'accueil d'un public spécifique atteint de pathologies chroniques pour les acteurs associatifs. Ce volet est primordial car l'APA, par son caractère spécifique auprès d'une population de patients atteints de pathologie, nécessite une approche spécifique qui sera formalisée par cette formation et garantit la pratique de l'activité en toute sécurité pour les patients.

Ce réseau a déjà fait l'objet d'une évaluation (31) concernant son impact sur la santé de ses utilisateurs qui a pu montrer une amélioration significative de paramètres clinico - biologiques tels que l'hémoglobine glyquée, l'indice de masse corporelle et une baisse non significative de la tension artérielle, du poids corporel et du LDL cholestérol.

6. Objectifs de l'étude

Dans son rapport de 2008 (9), l'INSERM montre que la pratique d'une AP d'intensité modérée régulière permet d'améliorer significativement la QDV des patients atteints de maladies chroniques. Dans notre étude, nous avons souhaité répondre aux interrogations suivantes :

- Quel est l'impact de la reprise de l'AP sur la QDV des patients atteints de pathologies chroniques au sein du réseau Sport-Santé Bien Être « Picardie en Forme » ?

- Quelle est la place du médecin généraliste dans l'adhérence à ce projet thérapeutique ? Si l'AP a été à l'instigation du MT, cela permet-il une meilleure poursuite de la pratique ?

L'objectif de ce travail était de poursuivre l'évaluation de ce réseau auprès de ses usagers et d'évaluer l'impact sur la QDV de la pratique d'une AP.

Nous souhaitons également étudier la place du médecin généraliste (MG) dans l'adhérence à ce projet thérapeutique. En effet, la difficulté de son maintien dans le temps est l'un des écueils principaux à ce type de prise en charge. Or, le MG en tant qu'incitateur voire en tant que prescripteur doit pouvoir permettre d'augmenter significativement la motivation des patients dans le sens où il occupe une place centrale et privilégiée dans la connaissance intime de son patient pour l'accompagner dans cette démarche.

Matériel et Méthodes

1. Type de l'étude

Nous avons, pour répondre à ces questions, réalisé une étude quantitative, prospective, descriptive avec comparaison avant-après au sein de ce réseau. Deux questionnaires ont été adressés aux patients, le premier au moment de leur évaluation initiale à l'entrée dans le dispositif, et le second six mois après leur reprise d'AP.

2. Population étudiée

2.1 Recrutement

La participation à notre étude devait être proposée à tous les patients orientés vers le réseau sur la période du 1er octobre 2016 au 30 septembre 2017. Les patients étaient adressés au réseau « Picardie en Forme » dans le cadre d'une prévention primaire ou secondaire par un professionnel de santé, MG ou autre spécialiste sur prescription médicale par le biais d'un certificat type dédié à cet effet.

2.2 Critères d'inclusion

Au cours de notre étude, nous avons inclus les patients âgés de plus de 18 ans s'inscrivant au réseau sport-santé « Picardie En Forme », présentant une maladie chronique non transmissible ou des troubles anxio-dépressifs nécessitant la prise d'un traitement médicamenteux régulier et/ou d'un suivi régulier par un MG ou spécialiste.

2.3 Critères de non-inclusion

N'étaient pas inclus les patients adressés en prévention primaire et ceux présentant des troubles psychotiques et cognitifs, ou relevant d'une mesure de curatelle ou de tutelle rendant la recherche de la non opposition à la participation impossible.

3. Critères de jugement

3.1 Critère de jugement principal

Le critère principal était l'évolution du score MOS SF-36 sur six mois. Le questionnaire SF-36 est un questionnaire d'état de santé, issu d'une étude d'observation, qui a eu lieu entre 1986 et 1990, la Medical Outcomes Study (MOS), développé par Ware et Sherbourne en 1992 (32). Il est validé en langue française suite au travail de A. Leplège et son équipe (33) qui ont contribué au projet IQOLA (International Quality Of Life Assessment Project). Ce projet a permis la réalisation des traductions et adaptations de ce questionnaire dans plus de 40 langues différentes, faisant de ce questionnaire l'instrument de mesure de l'état de santé le plus utilisé dans le monde. Il est ainsi possible de réaliser des comparaisons entre populations ayant des origines socio-culturelles diverses ou se trouvant dans des zones géographiques différentes. Il s'agit d'un questionnaire générique, c'est-à-dire qu'il évalue l'état de santé indépendamment de la pathologie sous jacente, d'un quelconque traitement, de l'âge et du sexe. Il est composé d'échelles de Likert, chaque question correspond au score attribué à chacune des modalités de réponse. Un recodage peut s'avérer parfois nécessaire.

Ce questionnaire peut être administré en auto ou hétéro-questionnaire et comprend 36 items qui évaluent huit dimensions : l'activité physique (PF), les limitations dues à l'état physique (RP), les douleurs physiques (BP), la santé perçue (GH), la vitalité (VT), la vie et les relations avec les autres (SF), les limitations dues à l'état psychique (RE) et la santé psychique (MH).

Nom des échelles	Symbole	Résumé du contenu
Activité physique <i>Physical Functioning</i>	PF	Mesure des limitations des AP telles que marcher, monter les escaliers, se pencher en avant, soulever des objets et les efforts physiques importants et modérés.
Limitations dues à l'état physique <i>Role physical</i>	RP	Mesure de la gêne, due à l'état physique, dans les activités quotidiennes : mesure des limitations de certaines activités ou la difficulté pour les réaliser.
Douleurs physiques <i>Bodily Pain</i>	BP	Mesure l'intensité des douleurs et la gêne occasionnée.
Santé perçue <i>General Health</i>	GH	Autoévaluation de la santé en général, résistance à la maladie.
Vitalité <i>Vitality</i>	VT	Autoévaluation de la vitalité, de l'énergie, de la fatigue.
Vie et relations avec les autres <i>Social Functioning</i>	SF	Mesure les limitations des activités sociales dues aux problèmes de santé physique et psychique.
Limitations dues à l'état psychique <i>Role Emotionnal</i>	RE	Mesure la gêne, due aux problèmes psychiques, dans les activités quotidiennes : temps passé au travail moins important, travail bâclé.
Santé psychique <i>Mental Health</i>	MH	Autoévaluation de la santé psychique : anxiété, dépression, bien être (bonheur).

Tableau 1. Concepts mesurés par les échelles du SF-36.

Un score moyen physique (PCS = Physical Composite Score) et un score moyen mental (MCS = Mental Composite Score) sont également calculés d'après un algorithme établi. Le premier reflétant les quatre dimensions physiques de la QDV (PF, RP, BP, GH) et le second la dimension psychique (VT, SF, RE, MH). Les données recueillies ont été comparées aux données de référence de la population générale française (33).

3.2 Critères de jugement secondaires

Afin d'étudier la place du MG dans l'adhésion à ce projet et dans la poursuite de l'AP, nous avons demandé aux patients, lors de notre second questionnaire, si leur MT les avait suivi tout au long du programme, et si c'était le cas, en quoi cela leur avait été bénéfique.

Nous leur demandions également, pour ceux ayant été adressés par leur MT, si le fait d'avoir été orienté par ce dernier, avait permis une meilleure adhésion à la poursuite de la pratique de l'AP.

4. Déroulement de la recherche

Les patients étaient inclus au cours de leur premier bilan d'évaluation au sein du réseau « Picardie en Forme ». A partir du mois d'octobre 2016, et ce pendant les six mois d'inclusion, lors de leur inscription dans le réseau sport santé « Picardie en Forme », et après recueil de leur non opposition (cf. Annexe 1) à la participation à l'étude, les patients étaient invités à remplir un questionnaire (cf Annexe 2) au cours de leur évaluation habituelle par l'éducateur APA.

Au cours du deuxième bilan habituel réalisé à six mois par l'éducateur APA, ils étaient invités à remplir un deuxième questionnaire (cf Annexe 3).

La durée d'inclusion était de six mois et la durée de l'étude de douze mois.

5. Confidentialité

Au sein du réseau, les patients étaient identifiés par un codage numérique et seul l'investigateur principal avait accès à leur identité.

La sous-commission pluridisciplinaire d'évaluation des recherches non-interventionnelles du Comité de Protection des Personnes Nord-Ouest II a rendu un avis favorable à la réalisation de ce travail le 12 septembre 2016.

6. Analyses statistiques

Une étude statistique descriptive et une étude comparative univariée ont été réalisées.

Les scores de l'échelle SF-36 avant et après poursuite du programme et ceux des populations de références sont présentés par leurs médianes.

La population étudiée ne remplissait pas les conditions de normalité pour utiliser le test t de Student.

Afin de comparer les scores de l'échelle SF-36 avant et après la reprise de l'AP, le test non paramétrique de Wilcoxon pour échantillons appariés a été utilisé. Dans le but de comparer ces résultats aux valeurs de références de la population générale française, un test de Wilcoxon pour échantillons indépendants a également été utilisé.

Le seuil de significativité était fixé à 5%.

Résultats

1. Description de la population

Notre étude s'est déroulée du 1er octobre 2016 au 30 septembre 2017.

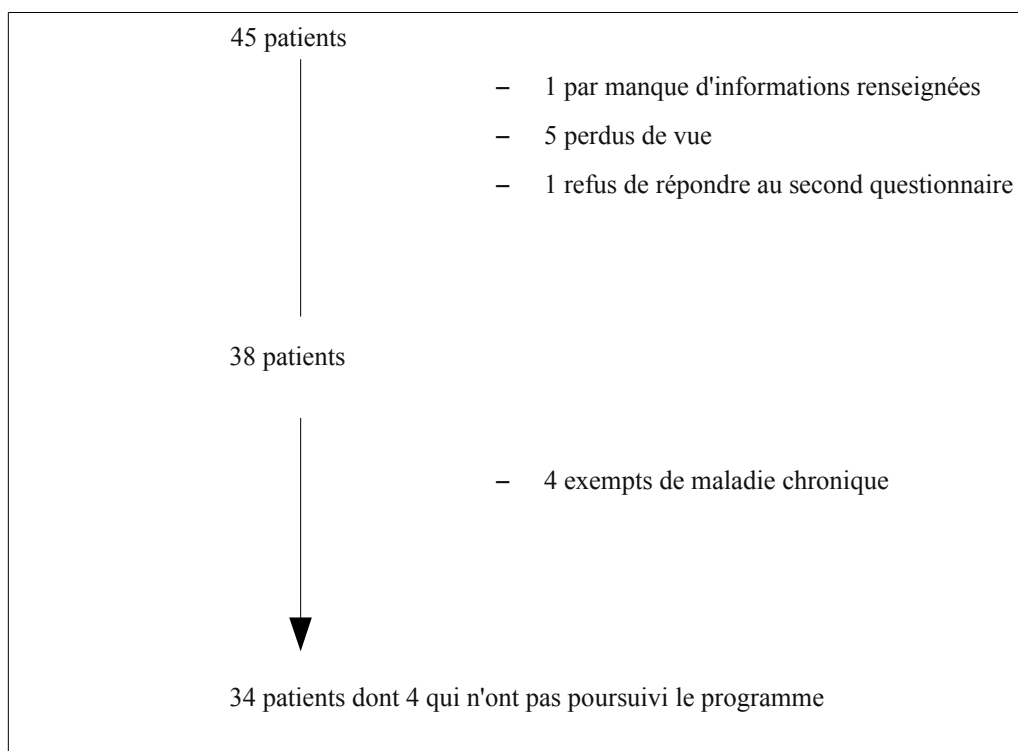


Figure 1. *Diagramme de flux de la population de l'étude.*

Au cours de ces douze mois, 45 patients ont répondu au premier questionnaire, un patient a été exclu par manque d'informations, ses réponses aux questions étaient trop parcellaires.

Cinq patients ont été perdus de vue et n'ont donc pas répondu au deuxième questionnaire posé à six mois et un patient a refusé de répondre au second questionnaire.

Quatre patients ont été exclus car ils ne présentaient pas une pathologie chronique mais étaient adressés en prévention primaire par leur MT.

C'est donc 34 patients qui ont été inclus dans notre étude, ayant répondu aux deux questionnaires et présentant une maladie chronique. Parmi eux, 4 patients n'ont pas poursuivi le programme à son terme.

1.1 Caractéristiques socio-démographiques

- L'âge :

Moyenne (année)	Ecart-type (var)	Médiane	Min	Max	Nb de patients	NA
60	9.5 (89,1)	62	39	74	31	3

Tableau 2. *Âge de notre population.*

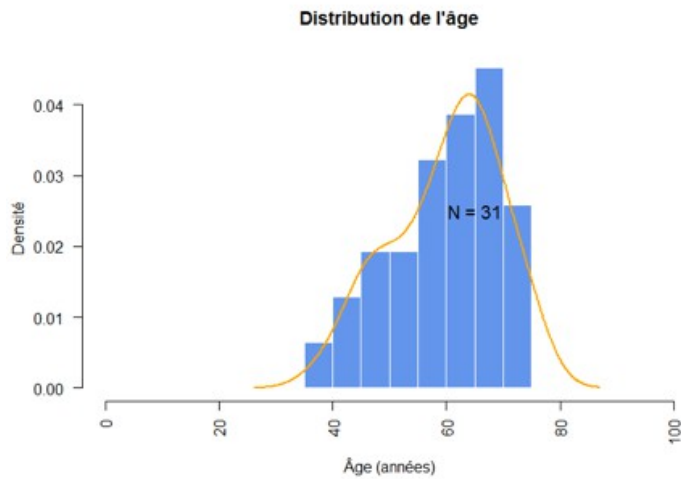


Figure 2. *Distribution de l'âge de la population.*

L'âge moyen de la population de notre étude était de 60 ans \pm 9,5 ans pour les 31 patients dont cette donnée était disponible. L'âge s'étendait entre 39 ans et 74 ans.

- Autres caractéristiques socio-démographiques

Variables	Caractéristiques n (%)
<i>Sexe :</i> Homme Femme	8 (23,5) 26 (76,5)
<i>Statut professionnel:</i> Actif Retraité	15 (44,1) 19 (55,9)
<i>Situation familiale :</i> En couple En famille Seul	20 (58,8) 5 (14,7) 9 (26,5)
<i>Tabagisme (actif ou sevré)</i> Oui Non	1 (2,9) 33 (97,1)
<i>Pratique d'activité physique régulière (actuelle ou antérieure) :</i> Oui Non	19 (55,9) 15 (44,1)
<i>Participation antérieure à un programme de remise en forme :</i> Oui Non	4 (11,8) 30 (88,2)

Tableau 3. *Caractéristiques socio-démographiques.*

Notre population était composée majoritairement de femmes, 26 femmes sur 34 patients, soit 76,5%. Parmi les patients, plus de la moitié étaient retraités, 19 sur 34 (55,9%). 20 patients vivaient en couple (58,8%), et 5 (14,7%) avaient leurs enfants encore présents au domicile familial.

On retrouve une consommation tabagique déclarée chez un seul patient dans notre étude. Parmi l'échantillon, 19 patients (55,9%) pratiquaient ou avaient pratiqué une AP régulière et 30 patients, soit 88,2%, n'avaient jamais participé à un programme antérieur de remise en forme.

1.2 Pathologies chroniques de la population

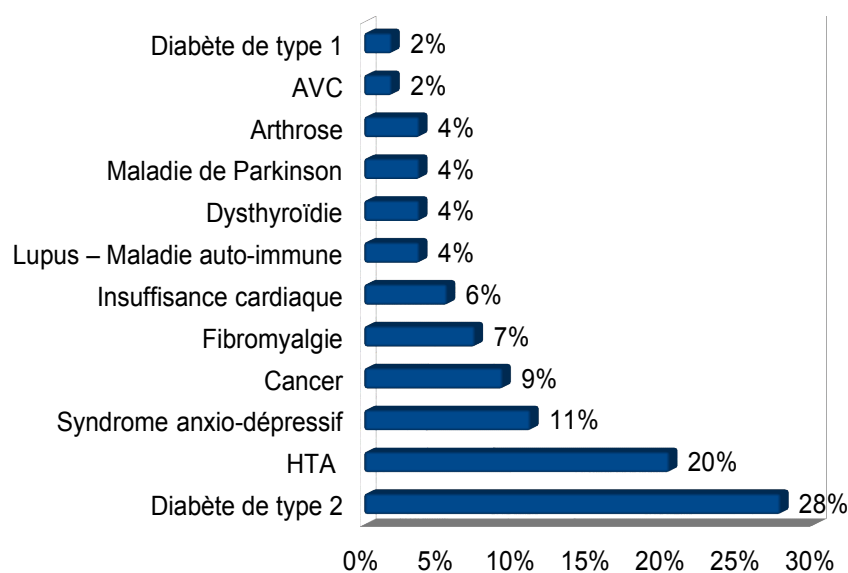


Figure 3. *Pathologies chroniques présentes chez les patients.*

Concernant les pathologies chroniques, le diabète de type 2 était présent chez 28% de la population, soit 15 patients sur 34. Il s'agissait de la pathologie la plus fréquemment rencontrée, suivie de la maladie hypertensive pour 20% d'entre eux (11 sur 34) et 11%, soit 6 patients, présentaient un syndrome anxio-dépressif.

9% de notre population était atteint d'un cancer, soit 5 patients, dont le cancer du pancréas, du sein, du côlon et de la thyroïde. Nous n'avions pas de patient atteint de pathologie respiratoire.

1.3 Réseau Sport-Santé « Picardie en Forme »

Variables	Caractéristiques n (%)
<i>Professionnel de santé ayant adressé au réseau</i>	
Médecin traitant	19 (55,9)
Autre	15 (44,1)
<i>Niveau de satisfaction du programme</i>	
Très grand	16 (47,1)
Grand	15 (44,1)
Faible	3 (8,8)
<i>Poursuite du programme</i>	
Oui	30 (88,2)
Non	4 (11,8)
<i>Rythme mensuel de la pratique d'AP</i>	
4 fois par mois maximum	20 (60,6)
Plusieurs fois par semaine	13 (39,4)
NA	1 (2,9)

Tableau 4. *Caractéristiques du programme « Picardie en Forme ».*

19 patients, soit 55,9% de notre échantillon ont été adressés par leur MT via l'ordonnance dédiée à cet effet. 15 ont été adressés par un autre professionnel de santé tel que leur cardiologue, oncologue ou par un pôle de prévention.

Lors du second questionnaire, nous interrogeons les patients sur leur niveau de satisfaction du réseau sport-santé « Picardie en Forme ». Nous leur demandons s'ils avaient poursuivi le programme ainsi que le type d'AP pratiqué et sa fréquence.

Le niveau de satisfaction était élevé car 15 patients (44,1%) ont exprimé un niveau de satisfaction grand et 16 (47,1%) un niveau de satisfaction très grand. Il était faible pour 3 patients.

Le programme a été poursuivi à six mois par 30 d'entre eux, soit 88,2% et la fréquence de la pratique d'AP était d'une fois par semaine pour 60,6%.

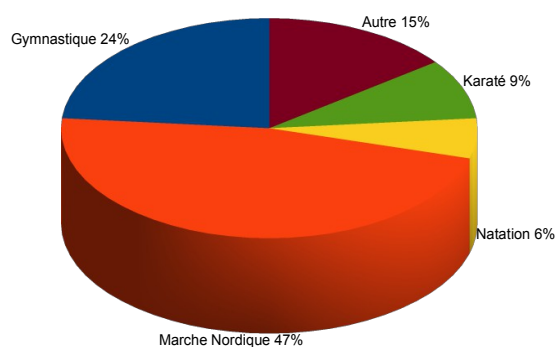


Figure 4. Type d'AP pratiqué par les patients.

Les activités d'endurance étaient privilégiées, suivies des activités de coordination. Il n'y avait pas d'activité de renforcement musculaire.

16 patients, soit 47% pratiquaient la marche nordique suivie de la gymnastique (24%).

2. Le questionnaire SF-36 : évolution de la qualité de vie

2.1 Evolution de la qualité de vie chez les patients après la reprise d'activité physique

Le questionnaire SF-36 a été rempli par les patients avant le début de la reprise de l'AP (T0) et à 6 mois (T6).

Les moyennes, écart-types et médianes ont été réalisés pour chaque dimension du SF- 36.

Dimensions du SF-36	T0		T6		p-value
	Moyenne +/- écart-type	Médiane	Moyenne +/- écart-type	Médiane	
PF	64,6 +/- 23,2	67,5	84,3 +/- 13,3	87,5	< 0,0001
RP	54,6 +/- 39,8	50	80,9 +/- 27,5	100	0,0007
BP	56,1 +/- 28,1	62	64,5 +/- 28	67	0,033
GH	51,9 +/- 23,1	52,5	63,3 +/- 20,1	64,5	<0,0001
VT	49 +/- 17,4	50	55,7 +/- 19,4	55	0,03
SF	64,1 +/- 25,9	62,5	82,2 +/- 22,1	87,5	<0,0001
RE	57 +/- 40,2	33,3	86 +/- 30,6	100	0,0007
MH	55 +/- 21,7	56	63,4 +/- 20	68	0,006
PCS	42,9 +/- 9,7	43,9	48,4 +/- 6,9	50,6	< 0,0001
MCS	41,5 +/- 11,2	42,2	47,3 +/- 9,9	48,8	0,003

Tableau 5. Moyennes, écarts-type et médianes des huit dimensions du SF-36, et des scores physique et mental des patients avant le début de la reprise de l'AP (T0), 6 mois après (T6) et p-value du test T0/T6.

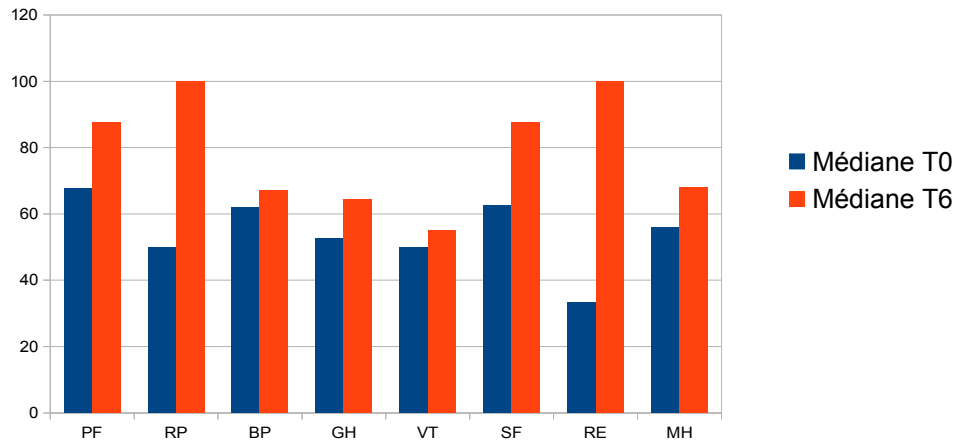


Figure 5. Evolution des dimensions du SF-36 de T0 à T6.

Six mois après la reprise d'AP, nous observons une amélioration significative de toutes les dimensions du SF-36.

Lorsque l'on observe les différences avant-après, on constate visuellement une grande amélioration des scores RP (limitations dues à l'état physique) et RE (limitations dues à l'état psychique). Une différence moins importante mais toutefois remarquable, est observée pour les dimensions PF (activité physique), GH (santé perçue), SF (vie et relation avec les autres) et MH (santé psychique). L'évolution la moins importante concerne les dimensions BP (douleurs physiques) et VT (vitalité) mais elle reste significative.

Cette constatation se retrouve au niveau des scores moyens physique et mental. En effet, la différence est significative pour le score moyen physique avec $p < 0,0001$ et pour le score mental $p = 0,0003$.

2.2 Comparaison avec la population générale française

Les scores de l'échelle SF36 avant et après poursuite du programme et ceux des populations de références (33) sont présentés par leurs médianes. Nous avons comparé les résultats de notre étude avec ceux de la population générale française âgée de 55 à 74 ans.

Dimensions du SF-36	T0		Population générale françaises 55-74 ans		<i>p-value</i>
	<i>Moyenne +/- écart-type</i>	<i>Médiane</i>	<i>Moyenne +/- écart-type</i>	<i>Médiane</i>	
PF	64,6 +/- 23,2	67,5	79,9 +/- 21,1	85	0,504
RP	54,6 +/- 39,8	50	78,8 +/- 32,8	100	0,252
BP	56,1 +/- 28,1	62	68,1 +/- 23,3	72	0,503
GH	51,9 +/- 23,1	52,5	65,5 +/- 18,4	67	0,504
VT	49 +/- 17,4	50	59,1 +/- 17,6	60	0,448
SF	64,1 +/- 25,9	62,5	80,7 +/- 22,2	87,5	0,368
RE	57 +/- 40,2	33,3	80,2 +/- 33,6	100	0,319
MH	55 +/- 21,7	56	68,5 +/- 17,9	72	0,327

Tableau 6. Comparaison des médianes des dimensions du SF-36 à T0 avec celles de la population générale française âgée de 55-74 ans.

Dimensions du SF-36	T6		Population générale françaises 55-74 ans		<i>p-value</i>
	<i>Moyenne +/- écart-type</i>	<i>Médiane</i>	<i>Moyenne +/- écart-type</i>	<i>Médiane</i>	
PF	84,3 +/- 13,3	87,5	79,9 +/- 21,1	85	0,964
RP	80,9 +/- 27,5	100	78,8 +/- 32,8	100	0,476
BP	64,5 +/- 28	67	68,1 +/- 23,3	72	0,929
GH	63,3 +/- 20,1	64,5	65,5 +/- 18,4	67	1
VT	55,7 +/- 19,4	55	59,1 +/- 17,6	60	0,721
SF	82,2 +/- 22,1	87,5	80,7 +/- 22,2	87,5	0,888
RE	86 +/- 30,6	100	80,2 +/- 33,6	100	0,69
MH	63,4 +/- 20	68	68,5 +/- 17,9	72	0,721

Tableau 7. Comparaison des médianes des dimensions du SF-36 à T6 avec celles de la population générale française âgée de 55-74 ans.

Nous avons comparé les médianes de notre population avant la reprise de l'AP et 6 mois après avec la population générale française âgée de 55-74 ans. Pour cela, nous avons utilisé le test de Wilcoxon pour échantillons indépendants.

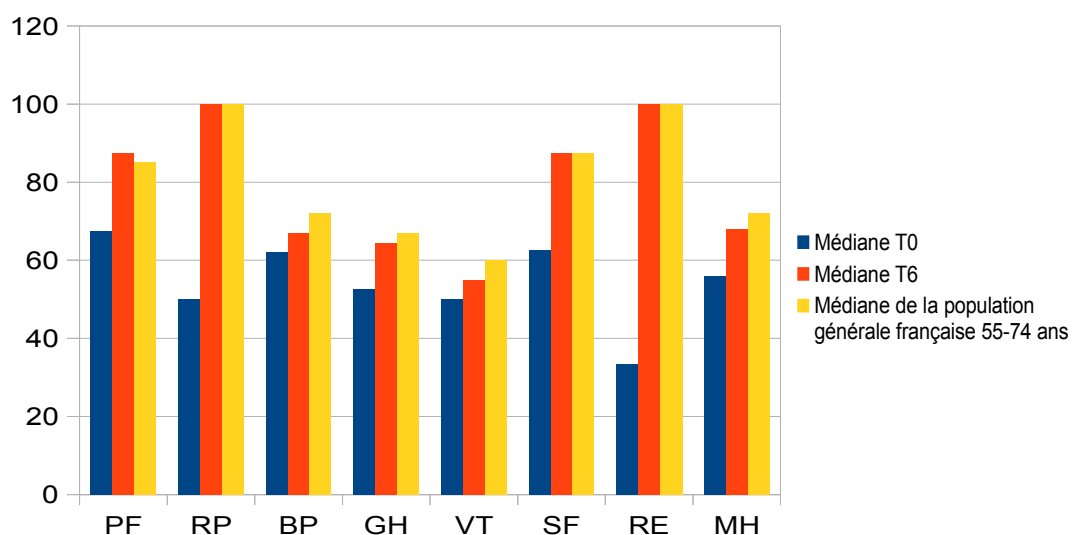


Figure 6. Médianes des dimensions du SF-36 à T0, T6 et de la population générale française (55-74 ans).

Concernant la QDV avant la reprise de l'activité, il n'y a pas de différence significative avec les scores de la population générale, de même qu'à six mois. Cependant, nous pouvons observer sur la figure, qu'après six mois, la médiane des différentes dimensions du SF-36 se rapproche de celle de la population générale française de la tranche d'âge 55-74 ans.

3. Rôle du médecin généraliste et déterminants de la poursuite de l'activité

55,9% des patients, soit 19 sur 34, avaient été adressés au réseau par leur MT. Nous souhaitons étudier le rôle de celui-ci dans le suivi et dans la motivation à poursuivre le programme.

Lors du second questionnaire, nous avons donc interrogé les patients sur le suivi dans cette démarche par leur MT, au moyen d'une question fermée et d'un recueil de verbatims puis nous avons voulu savoir si du point de vue du patient, le médecin a eu un rôle dans la poursuite du programme.

3.1 Analyse descriptive du rôle du médecin traitant

Variables	Oui n (%)	Non n (%)	NA n (%)
Adressé par le MT	19 (55,9)	15 (44,1)	
Suivi par le MT	26 (74,5)	6 (17,6)	2 (7,9)
Meilleure adhésion à la poursuite grâce à l'orientation par le MT	17 (65,4)	8 (30,7)	1 (3,9)

Tableau 8. Analyse descriptive des réponses concernant le MT.

19 patients, soit 55,9% de la population de l'étude, ont été adressés au réseau par leur MT et ces derniers ont suivi leurs patients qu'ils soient adresseurs ou non à 74,5% au cours de la reprise de l'AP.

3.2 Est-ce que les médecins traitants ont suivi leurs patients lorsqu'ils étaient adresseurs au réseau ?

Adressé par	Suivi par le MT		Total
	Oui n (%)	Non n (%)	
MT	16 (94,1)	1 (5,9)	17
Autre professionnel de santé	9 (64,2)	5 (35,8)	14
Total	25	6	31
3 données manquantes			

Tableau 10. *Suivi du MT qu'il soit adresseur ou non.*

Parmi les 17 sujets qui ont été adressés par leur MT et ayant répondu à la question, 16 ont été suivis par celui-ci tout au long de cette reprise d'activité. Il est observé que 64% des MT ont suivi leurs patients au cours du programme même s'ils ne sont pas adresseurs.

3.3 Quels étaient les déterminants de la poursuite de l'activité physique au terme du programme ?

Les trop faibles effectifs du tableau de contingence n'ont pas permis de réaliser de test de chi².

- Poursuite de l'AP selon l'adresseur

Adressé par le MT	Poursuite du programme		Total
	Oui n (%)	Non n (%)	
Oui	18 (94,7)	1 (5,3)	19
Non	12 (80)	3 (20)	15
Total	30	4	34

Tableau 9. *Poursuite de l'activité physique selon l'adresseur.*

95% des patients adressés par leur MT, soit 18 patients sur 19, ont poursuivi le programme alors que seulement 80% de ceux qui n'étaient pas adressés par leur MT ont poursuivi.

- Poursuite de l'AP selon le suivi par le MT

Suivi par le MT	Poursuite du programme		Total
	Oui n (%)	Non n (%)	
Oui	22 (88)	3 (12)	25
Non	5 (83,3)	1 (25)	6
Total	27	4	31
3 données manquantes			

Tableau 8. *Poursuite de l'activité physique selon le suivi par le MT.*

88% des patients qui ont poursuivi le programme étaient suivis par leur MT. Cependant, on peut constater que 83.3% de ceux qui n'étaient pas suivis ont également poursuivis le programme.

3.4 Verbatims

Nous avons effectué au cours de notre étude un recueil de verbatims pour étudier le rôle du MT dans le suivi des patients au cours du programme « Picardie en Forme ». Pour cela, nous demandions aux patients ayant été suivis par leur MT, en quoi ce suivi leur avait été bénéfique.

« *Encouragement* » a été le terme utilisé par la majorité de notre population. En effet, sur les 26 patients ayant été suivis par leur MT, 13 d'entre eux, soit 50%, ont utilisé ce substantif pour qualifier le rôle du MG dans leur suivi. Le terme « *motivation* » est également ressorti.

Quatre des patients diabétiques ont évoqué le fait que leur médecin leur montrait l'effet bénéfique de la reprise de l'AP en dosant l'hémoglobine glyquée et en les pesant. La diminution de ces 2 composantes poussait les patients à poursuivre leurs efforts car ils voyaient de manière objective les bienfaits de l'AP sur leur pathologie. Une patiente a évoqué que « *c'était bon pour le moral de se sentir suivi* », une autre dit « *s'être sentie soutenue* ».

Il est ressorti des réponses à ces questions le fait que le MT était de « *bon conseil* », « *qu'il servait de repère* » et que son rôle était également dans « *le rappel à l'ordre lorsque l'activité diminuait en terme de fréquence* ». Le côté « *optimiste* » du médecin a été bénéfique pour l'un d'entre eux.

Discussion

1. Biais et limites méthodologiques de l'étude

Notre étude a rencontré certaines difficultés, expliquant le faible nombre de patients inclus et son caractère plutôt exploratoire qui ne permet pas de tirer des conclusions formelles. C'est pourquoi il nous est apparu important d'exposer ces biais en préambule de la discussion.

- Biais d'attrition

Le principal biais de notre étude trouve son origine dans la méthode de diffusion de nos questionnaires. En effet, pour l'administration des questionnaires, il était retenu que les éducateurs spécialisés en charge de la réalisation des bilans avant l'entrée dans le réseau et à six mois, les fassent parvenir aux nouveaux adhérents puis les renvoient au siège du réseau « Picardie en Forme » à Amiens.

Sur la période des six mois d'inclusion, nous n'avons finalement pu récupérer que 45 questionnaires. Du fait d'une mauvaise information et d'un manque de temps des éducateurs, ils n'ont malheureusement pas pu faire remplir le questionnaire à tous les nouveaux adhérents au réseau. Nous avons cherché à savoir quel était le nombre exact de patients ayant été adressés au réseau au cours de cette période mais il n'a pas été possible de le connaître formellement, car le réseau est actuellement en cours de réformation dans le cadre des grandes régions. Cependant si l'on se réfère aux chiffres de recrutement des années précédentes, en 2013, 121 usagers sont entrés dans le réseau suite aux prescriptions de 61 médecins (34).

Parmi les patients ayant répondu au premier questionnaire, cinq ont été perdus de vue, ce qui correspond à 11% de notre population et une patiente a refusé de participer à l'étude lors du dernier questionnaire.

- Changement de méthode au cours de l'étude

De la même manière, par manque d'information sur la méthodologie de l'étude, les éducateurs spécialisés chargés de réaliser les inclusions n'ont pas toujours bien colligés les noms des patients qu'ils avaient inclus à l'entrée dans le programme. Il a donc été nécessaire de refaire un point avec les éducateurs à l'issue des six mois et certains patients ont dû être rappelés par téléphone pour la réalisation du second questionnaire. Ces patients ont répondu au questionnaire par mail, courrier ou par téléphone, ce qui a pu induire des variations dans les réponses aux questions.

- Biais de suggestibilité

Lorsque nous avons contacté les patients, le doctorant se présentait, ceci a alors pu influencer les réponses, et a pu entraîner un biais de suggestibilité du fait que le répondant pouvait être tenté de répondre dans le sens de l'enquêteur. De la même manière, les patients qui remplissaient eux mêmes le second questionnaire, le faisait en présence de l'éducateur spécialisé qui les avait accompagné pendant le programme. Ils ont donc pu être influencé dans leurs réponses également en répondant de manière à valoriser le travail de celui-ci, en sachant que le taux de satisfaction du programme était très élevé (91,2% de satisfaction grande à très grande).

- Biais liés au questionnaire

Le questionnaire de QDV utilisé était le SF-36. Il s'agit d'un questionnaire présentant une certaine complexité, comportant des instructions assez longues et spécifiques. De ce fait, son utilisation a pu s'avérer difficile à comprendre pour les patients âgés et long à effectuer pour les éducateurs, rendant sa réalisation difficile. Ceci peut expliquer sa faible diffusion auprès des patients, diminuant mécaniquement l'inclusion dans notre étude et aggravant le biais d'attrition.

- Biais de recrutement

Notre étude avait pour objectif d'évaluer l'impact de la pratique d'une AP au sein du réseau de sport-santé du CROSP. Or, bien que le réseau sport-santé soit développé au sein de la région, c'est à Château-Thierry, dans l'Aisne, que le nombre d'adhérents est le plus important grâce au dynamisme de l'association « Sud'Aisne en forme » (35), qui regroupe les clubs sportifs du sud de l'Aisne labellisés par « Picardie en Forme » et de la ville qui est très active sur cette problématique du sport-santé (36). Ainsi, la population la plus représentée dans notre étude, à 47% est issue de la région du sud de l'Aisne, et elle n'est donc pas totalement représentative de la population générale picarde. Ceci n'est pas complètement négligeable dans l'interprétation de nos résultats puisque selon une enquête épidémiologique de l'Organisation Régionale de la Santé (ORS) des Hauts de France, datant de juin 2016, il a été constaté qu'au sein de cette région, l'état de santé évalué d'après la mortalité avant 65 ans est globalement « médiocre » dans l'ensemble de la grande région et que seul le sud de la Picardie bénéficie d'un état de santé proche de celui de la moyenne nationale. En effet à Château-Thierry par exemple, le taux de mortalité concernant les maladies cardiovasculaires

n'est pas différent du reste de la France, cependant il est plus important concernant les autres pathologies chroniques (37). De la même manière, l'association Sud'Aisne est en lien fort avec le réseau ADIAMMO, Association Diabète et Maladies Métaboliques de l'Omois, pouvant expliquer une représentation importante de patients diabétiques dans notre étude (30% au total, 28% de diabète de type 2 et 2% de diabète de type 1). Cela étant, cette constatation nous montre à quel point le succès de ce type de réseau repose aussi sur l'implication de quelques animateurs locaux qui développent des actions et entretiennent les relations avec les différents acteurs.

2. Caractéristiques de la population

2.1 Caractéristiques socio-démographiques

- L'âge, le sexe et la situation professionnelle

L'âge moyen de la population est de 60 ans \pm 9.5 ans, soit une population relativement jeune et 44,1% d'entre eux étaient encore actifs. De plus, 76,5% de notre échantillon étaient des femmes pour 23,5% d'hommes. Ainsi, les deux sexes ne sont pas représentés à part égale. Cette majorité de femme est retrouvée dans les diverses études réalisées sur ce type de dispositif, telles que celle de Strasbourg ou de Chablais (38,39).

Dans le rapport de 2017, l'enquête statistique sur les ressources et les conditions de vie SRCV-SILC, retrouve que quelque soit l'âge, en 2014, 39% des femmes et 34,8% des hommes déclarent avoir une pathologie chronique (40). Ces chiffres relativement équivalents entre les deux sexes ne semblent pas de nature à expliquer cette différence dans l'inscription au réseau. En effet, il n'y a pas a priori, beaucoup plus de maladie chronique chez les femmes par rapport aux hommes dans la tranche d'âge étudiée, alors que notre population retrouve une surreprésentation des femmes dans le réseau. On peut peut être trouver l'explication dans la différence selon les sexes du rapport qu'entretiennent les individus vis-à-vis de leur santé et dans les attentes vis-à-vis de la pratique d'une AP.

En effet, dans le rapport de l'INSEE paru en novembre 2017 concernant les pratiques physiques ou sportives des femmes et des hommes, il apparaît que les différences entre les deux sexes concernant ces pratiques s'atténuent entre 40 et 49 ans et s'inversent même à partir de 50 ans. Les femmes de plus de 50 ans seraient, en effet, légèrement plus nombreuses que les hommes à avoir pratiqué une activité physique ou sportive au moins une fois dans l'année.

Cela pouvant s'expliquer par les sources de motivation de la pratique d'une AP. Les femmes ont pour principale source de motivation, après le fait de rester en forme et de se distraire, la perte de poids. Chez les hommes, l'une des principales sources de motivation est la compétition et l'envie de dépasser ses limites. Ces sources de motivation peuvent expliquer l'inversion de tendance de la pratique d'une AP avec l'âge (40). Notre population âgée et porteuse de maladie chronique a donc effectivement peut être ce type de profil.

- Pratique antérieure d'AP

Au sein de notre population, 55,9% des patients pratiquaient ou avaient pratiqué une AP. Or, dans une enquête réalisée en 2010, par le Ministère en charge des sports et l'Institut National du Sport, de l'Expertise et de la performance (INSEP), les résultats montrent que près de 68% de la population résidant en France, âgée de 15 ans ou plus ont pratiqué au moins une activité de marche, soit près de 36 millions de personnes (41). Notre population est donc moins pratiquante d'AP que la population générale. Paradoxalement, il est cependant rassurant de constater qu'un peu moins de la moitié de nos patients se déclaraient inactifs avant de faire la démarche d'intégrer le réseau. Cela montre que quelque soit l'âge, ou la notion d'antécédents de maladie chronique, le bénéfice pour la santé à la pratique d'une AP est une réalité pour les patients et la portée de ce résultat doit cependant être relativisée car la question était quelque peu imprécise et ne prenait en compte ni la notion de durée ou de fréquence de pratique. Ainsi, ont pu se déclarer comme actifs des patients ayant une activité physique et/ou sportive très limitée ou inversement ne pas considérer que la pratique de la marche régulière pouvait être considérée comme une AP à part entière.

- Type d'AP pratiqué

« *La marche est le meilleur remède pour l'Homme.* » Cette phrase prononcée par Hippocrate au temps de la Grèce Antique, semble prendre tout son sens aujourd'hui. En effet, dans notre étude, concernant le type d'AP réalisé par les patients au sein du réseau, la marche nordique est celle la plus pratiquée par les patients (47%). La gymnastique apparaît ensuite suivie par le karaté. Le karaté était pratiqué par les patients d'une même ville, où se trouvait un groupe karaté-santé. La majorité de notre population pratiquait une activité de façon hebdomadaire (60,6%) et plusieurs fois par semaine pour 39,4% d'entre eux. En sachant que les recommandations actuelles de l'OMS préconisent pour les adultes de 18 à 64 ans, de pratiquer au moins 150 minutes d'activité d'endurance d'intensité modérée ou au moins 75 minutes d'activité d'endurance d'intensité soutenue, ou une combinaison équivalente d'activité

d'intensité modérée et soutenue, par semaine. Les périodes d'activité doivent être d'au moins 10 minutes d'affilée et l'AP d'intensité modérée à vigoureuse doit s'ajouter aux activités de routine. Il est également recommandé de pratiquer des activités de renforcement musculaire au moins deux fois par semaine. On peut constater que la marche, qui est l'activité d'endurance fondamentale de type aérobie par excellence, est plébiscitée par près de la moitié des patients et des associations. D'après l'enquête réalisée en 2010, par le Ministère en charge des sports et l'INSEP, la marche nordique apparaît comme l'AP la plus pratiquée en France. Elle est suivie par la natation et le vélo. Il est ressorti de cette étude, que cette activité était pratiquée par une majorité de femmes (57%) et que près de la moitié avaient 50 ans ou plus, dont 29% de retraités. Nos données sont ainsi concordantes avec ces résultats.

Concernant la gymnastique, qui est la deuxième activité pratiquée par notre population, cette enquête montre que près de 10 millions de personnes âgées de 15 ans et plus ont déclaré avoir pratiqué cette activité, soit presque un individu sur cinq. Elle est ainsi classée en quatrième position. La gymnastique étant une pratique assez large, la majorité des activités de gymnastique déclarées sont l'aquagym ainsi que la gymnastique de forme et d'entretien (41).

35,3% de la population pratiquait plusieurs AP. Cette pratique de multi activités se retrouvait notamment chez les patients exerçant la marche. Ils associaient pour nombre d'entre eux, une autre activité permettant ainsi de varier leur pratique, d'associer à un travail d'endurance des activités de coordination comme lors de la pratique de la gymnastique ou du karaté par exemple.

Nous n'avons pas croisé ces données concernant le type d'activité avec la satisfaction des patients du fait du peu d'effectif car cela n'aurait pas eu forcément de sens statistique et les résultats n'auraient eu aucune portée.

2.2 Pathologies chroniques de la population

Les pathologies chroniques présentent chez les patients de notre étude sont variées. En effet, le diabète est représenté à 30% (28% de diabète de type 2 et 2% de diabète de type 1), la maladie hypertensive à 20%. Le syndrome anxio-dépressif est lui-même présent ainsi que les cancers. Nos patients étaient également atteints d'insuffisance cardiaque, d'AVC, de dysthyroïdie, de maladies neuro dégénératives telle que la Maladie de Parkinson, de

pathologies rhumatismales comme l'arthrose ou la fibromyalgie.

Le diabète et la maladie hypertensive sont également des facteurs de risque cardiovasculaire, ainsi leur prise en charge et leur stabilisation permet de limiter l'apparition de complications telles que les neuropathies, néphropathies ou les pathologies cardiovasculaires.

D'après l'enquête de l'ORS des Hauts de France (37), notre région est la plus impactée sur l'ensemble des décès par maladies non transmissibles tous âges. La région compte une surmortalité de 23% contre une sous-mortalité de 12% pour l'Île de France et enregistre une surmortalité de 37% pour les décès prématurés avant 65 ans, alors qu'il y a une sous-mortalité de 14% pour l'Île de France.

Concernant les deux premières causes de mortalité, que sont les cancers et les maladies cardiovasculaires, la région des Hauts de France se situe au premier rang pour la mortalité, que ce soit pour tous âges ou pour les décès prématurés, quelque soit le sexe (41). Une différence significative est observée entre les Hauts-de-France et la région PACA pour les décès par diabète de type 2, qui est la principale cause de mortalité prématurée dans les Hauts-de-France et la pathologie la plus représentée dans notre étude. Il a été retrouvé également que l'écart le plus important concernait les atteintes respiratoires (bronchite chronique et maladies pulmonaires obstructives).

Nous avons pu constater dans notre population une faible proportion de patients cardiaques et une absence de patients atteints de pathologie respiratoire chronique. De même, il n'y avait qu'un seul patient déclarant un tabagisme actif ou sevré. Ce résultat peut peut-être s'expliquer par deux facteurs. Premièrement, les patients atteints de ces pathologies bénéficient de réseaux particuliers de sport-santé comme par exemple les clubs « coeur-santé » qui recrutent les patients par le biais des associations et des services de cardiologie. Par ailleurs, le réseau sport-santé « Picardie en forme » ne semble pas non plus être le plus adapté pour accueillir des patients atteints de pathologies chroniques avec un retentissement sévère sur la vie quotidienne comme l'insuffisance cardiaque ou l'insuffisance respiratoire chronique. Les éducateurs sportifs ayant des formations très hétérogènes allant de la simple formation de quelques jours dispensée par le CROSP pour l'encadrement de séance avec ce type de public jusqu'à des formations universitaires en STAPS avec l'option APA.

3. Réseau Sport-Santé « Picardie en Forme »

Comme nous l'avons vu, les patients de notre étude ayant bénéficié du programme d'AP proposé par les associations avaient un niveau de satisfaction élevé. En effet, 47,1% ont exprimé un niveau de satisfaction très grand et 44,1% un niveau de satisfaction grand ce qui représente 91,2% des patients. Ce type de dispositif a été évalué lors d'une étude réalisée en Lorraine, qui évaluait à court terme l'efficacité du dispositif régional de Santé par l'Activité Physique Régulière Lorraine (SAPHYR). Les patients semblaient également apprécier ce type de programme puisque 97% d'entre eux déclaraient être satisfaits des séances et 73% avaient l'intention de s'inscrire dans une association sportive (42). Le réseau « Picardie en Forme » en terme de satisfaction semble être semblable aux autres.

Les réseaux sport-santé se développent actuellement en France et ont fait l'objet de plusieurs travaux de thèse de médecine. Le dispositif sport-santé le plus ancien, est le réseau effORMip, considéré comme le précurseur créé en Midi-Pyrénées en 2005. Il a pour but de favoriser la prescription médicale d'AP pour les porteurs de pathologies chroniques et d'orienter les patients vers une activité adaptée. En 2017, ce réseau comptait 305 médecins, 826 encadrants sportifs et 155 autres professionnels de santé. Plus de 3 000 patients ont été accompagnés depuis la création.

En Champagne-Ardenne, une évaluation sur le programme « Prévention de la santé et lutte contre la sédentarité par une pratique physique et une bonne nutrition » de ce réseau sport-santé bien être (RSSBE) a été réalisée en 2011 (43). Ce programme a pour objectif d'intégrer les personnes porteuses d'une maladie chronique et/ou sédentaires au sein d'un parcours personnalisé d'AP et de sensibiliser les plus jeunes à une pratique régulière. Sur les 21 personnes interrogées, 95% disent pouvoir faire davantage de mouvements au quotidien et 90% trouvent dans cette AP d'autres effets positifs notamment sur le bien-être moral. Cependant, au sein de ce dispositif, les liens entre les professionnels de santé et les créneaux sport-santé s'établissent difficilement, les professionnels de santé n'étant pas assez impliqués dans le parcours de leurs patients.

Les évaluations des dispositifs « sport-santé sur ordonnance » (SSSO) de Strasbourg créé en 2012, (38,44,45), et de Blagnac créé en 2013 (46) ont également été réalisées. A Strasbourg, le bilan de ce dispositif réalisé en 2016 mettait en évidence la participation de 300 médecins signataires de la charte ayant permis l'inclusion de plus 1 100 patients depuis sa création. Après un premier bilan de santé, ce dispositif permet aux médecins adhérents de prescrire aux

patients éligibles, une ordonnance d'APA. Le patient, après inclusion, est pris en charge par un éducateur sportif de l'équipe SSSO ou d'une association partenaire lui proposant un programme sportif personnalisé en fonction des recommandations médicales. Un suivi est réalisé à 1 mois, 6 mois, 12 mois, puis tous les 6 mois, jusqu'à 3 ans au maximum. La participation au dispositif est gratuite la première année, puis une participation financière allant de 20 € à 100 € par an est demandée au bénéficiaire en fonction du coefficient familial dès la seconde année. L'évaluation du dispositif « sport sur ordonnance » de Blagnac n'a pas retrouvé, à un an d'exercice au sein de ce dispositif, d'amélioration significative concernant les données biométriques. Cependant, il a été constaté une augmentation significative de la motivation à la pratique d'une AP ($p = 0,05$) et du bien-être psychologique ($p = 0,02$).

Les réseaux sport-santé sont en plein développement en France. Le principe est semblable pour tous, consistant en la prescription par le MT, puis d'une évaluation par un éducateur spécialisé orientant les patients vers une APA. Les évaluations multiples de ces réseaux soulignent quelques difficultés concernant les liens avec les professionnels de santé, mais afin de palier à cela, ces réseaux multiplient les formations afin de les renseigner sur ces dispositifs et de les former à la prescription d'APA.

4. Impact sur la qualité de vie

La mesure de l'impact sur la QDV dans notre étude a été effectuée avec le questionnaire MOS SF-36, qui est une échelle multidimensionnelle, générique et donc pouvant être utilisée au sein de la population quelque soit le type de pathologie présentée par le patient.

Nos résultats concernant l'évolution de la QDV ont été comparés avec ceux de la population générale française, de la tranche d'âge 55-74 ans car il s'agit de celle la plus représentée par notre population d'étude.

On observe une différence significative de toutes les dimensions de la QDV du MOS SF-36 entre le début du programme et l'évaluation à six mois. Les plus grandes évolutions observées concernent les dimensions « limitations dues à l'état physique (RP) » et « limitations dues à l'état psychique (RE) ». Nous n'avons pas pu montrer de différence avec les données de la population générale, mais malgré tout, nous pouvons constater visuellement que notre population se rapproche d'avantage de la population générale de la tranche d'âge 55-74 ans, six mois après l'inscription dans le dispositif.

Ces résultats vont dans le sens de ceux retrouvés dans la littérature. En effet, les bénéfices de l'AP sur la QDV des patients atteints de pathologies chroniques sont largement démontrés, qu'il s'agisse d'un exercice ou d'une phase de rééducation/réadaptation incluant un réentraînement à l'effort (47–49). Dans leur étude, réalisée en 2003, Elley et al. (50) mettent en évidence avec le questionnaire de QDV SF-36 une amélioration à un an des scores des dimensions « limitations dues à l'état physique (RP) », « douleurs physiques (BP) », « vitalité (VT) » et « santé perçue (GH) » et l'absence d'amélioration pour les dimensions « vie et relation avec les autres (SF) », « activité physique (PF) », « limitations dues à l'état psychique (RE) » et « santé psychique (MH) ». Il est également montré qu'une pratique régulière d'AP pendant six mois améliore le niveau de QDV dans l'étude de Kemmler et al. (51).

En France, les résultats d'une analyse multivariée d'une étude réalisée à partir de la cohorte SU.VI.MAX, utilisant le MOS SF-36, retrouvent chez les sujets atteignant les recommandations d'AP des scores plus élevés de QDVLS. Dans cette étude menée, les scores de la dimension « vitalité (VT) », ont augmenté de 0,17 pour les hommes et de 0,39 pour les femmes (52).

En ce qui concerne l'effet dose-réponse de la pratique d'une AP sur la QDV, Brown et al. ont mis en évidence un effet seuil avec une QDV plus faible chez les sujets déclarant réaliser moins de 20 minutes ou plus de 90 minutes d'AP par jour (53). Une étude a été réalisée afin d'évaluer le dispositif « Chablais Sport-Santé sur ordonnance », créé en 2015. Ce dernier consiste en la prescription par le médecin traitant de 20 séances d'APA. Elle a été réalisée sur un an et les résultats montrent une amélioration significative du SF-36 avec une augmentation de 13,1 points sur 100. Une amélioration a été constatée dans tous les sous-groupes de ce score et elle est plus importante pour les dimensions « limitations dues à l'état physique (RP) » et « limitations dues à l'état psychique (RE) », résultats concordant avec notre étude. Il est constaté également une relation dose-effet. Plus le nombre de séances réalisées est important, plus le score de QDV est élevé (39). Cela a été également constaté dans les études Strasbourgeoises évaluant le dispositif « sport santé sur ordonnance » (38,44,45).

Dans notre étude, 28% de la population était atteinte du diabète de type 2. L'AP, associée à une perte de poids et à la prise en charge médicamenteuse, est un des fondements du traitement et de la prévention de cette pathologie. Une étude américaine multicentrique, the Diabetes Prevention Program (DPP), avait mis en évidence que l'AP réduisait de 58 % à 3 ans

l'apparition du diabète de type 2 chez des patients intolérant au glucose, avec un effet bénéfique supérieur à la prise de metformine qui réduisait quant à elle de 31% l'expression de la pathologie (54). Il existe de nombreux réseaux dédiés au diabète de type 2. Le réseau DIABOLO, destiné aux patients diabétiques et/ou en surpoids, a bénéficié d'une étude évaluant la QDV avec le questionnaire SF-36 suite à la reprise d'une AP à six mois chez dix patients. Les patients avaient tous amélioré leur QDV notamment sur les échelles « limitations dues à l'état physique (RP) » et « limitations dues à l'état psychique (RE) » (55). Une étude cas-témoins lyonnaise, publiée en 2001, comparait la QDV de patients diabétiques et de personnes indemnes de toute affection chronique. Les résultats montrent des scores de QDV significativement moins élevés chez les diabétiques, dans les huit dimensions du SF-36 (56). Nos résultats sont concordants avec ces études. En effet, avant l'entrée dans le programme « Picardie en Forme », le score de QDV de nos patients était significativement moins élevé dans toutes les dimensions que ceux de la population générale française.

Les pathologies rhumatismales étaient présentes chez 15% des patients, incluant la fibromyalgie, l'arthrose et certaines pathologies auto-immunes telles que le lupus. Les maladies ostéoarticulaires, et en particulier l'arthrose, font parties des pathologies qui ont un impact important sur la QDV après les maladies rénales et neurologiques (57). L'étude réalisée en 2016, chez des patients présentant une gonarthrose et évaluant l'impact de cette pathologie sur la QDV a utilisé un questionnaire spécifique de QDV, l'AMIQUAL. Le score de la dimension « Santé mentale » s'est avéré être le plus altéré, rendant compte de l'impact négatif de la gonarthrose sur la psychologie des patients (58). Des études ont mis en avant l'effet bénéfique de la pratique d'APA sur la QDV (59). L'étude « Fibromyoactiv » a évalué l'efficacité d'un programme d'APA sur la QDV de patients fibromyalgiques, via un questionnaire spécifique, retrouvant une amélioration significative de la population réalisant les AP à quatre mois puis une annulation de cette différence à six mois (23).

5. Rôle du médecin généraliste dans l'adhésion à ce projet thérapeutique

Nous avons souhaité nous intéresser à la place du MG dans l'adhésion à ce projet thérapeutique qu'est la reprise de l'AP. Pour cela, nous avons interrogé les patients afin de savoir si c'était leur MT qui les avait adressé au réseau sport-santé « Picardie en forme » et s'il les avait suivi tout au long de cette démarche.

On peut constater, au vu de nos résultats, que les MT sont intéressés par le suivi dans cette démarche, y compris lorsqu'ils n'en sont pas à l'initiative. En effet, 55,9% des patients étaient adressés par leur MT, et 74,5% étaient suivis tout au long de leur reprise d'AP par ce dernier. Par ailleurs, lorsque les MT ont adressés leurs patients au réseau, ils les suivaient de manière régulière pendant le programme à 94,1%. Seul un médecin n'a pas suivi la démarche alors qu'il était adresseur.

L'entrée dans le programme et la reprise de l'AP est importante, cependant, la poursuite de la pratique l'est tout autant afin de maintenir les effets bénéfiques sur la santé chez ces patients présentant des pathologies chroniques. 94% de ceux qui ont été adressés par leur MT ont poursuivi le programme. Cependant nous avons pu observer que ceux ayant été adressés par un autre professionnel de santé ont également poursuivi le programme pour la majorité. De plus, les patients ayant bénéficié d'un suivi par leur MT durant cette période de reprise de l'activité, l'ont poursuivi pour 88%. Cependant cela ne semble pas être un facteur influençant dans le sens où 83,3% des patients non suivis par leur MT ont poursuivis le programme.

Des études mettent en avant la place importante que les patients accordent à leur MT dans l'initiative à la pratique d'une AP et que la prise en charge par un éducateur spécialisé est une source de motivation. La proximité du lieu de l'activité a également une influence positive à la poursuite, ainsi que le soutien du MT tout au long de la reprise (60).

Notre recueil de verbatims met en avant cette part importante que tient le MT pour le patient. Le soutien au long de la reprise est une notion soulevée par un patient dans l'étude, ayant permis une poursuite de la pratique. Une patiente a évoqué que « c'était bon pour le moral de sentir soutenue ». Pour notre population, le MT permet d'« encourager » et de les « motiver ». La notion d'encouragement est celle qui a été le plus déclarée. De plus, le rôle du MT en tant que conseiller a été relevé.

Le médecin généraliste est un acteur clé dans la promotion d'AP, en collaboration avec les autres professionnels de santé. Il a un rôle important concernant la prévention et l'éducation thérapeutique. Il suit ses patients atteints de pathologies chroniques et a ainsi une place privilégiée auprès d'eux car il connaît leurs caractéristiques et est en première ligne pour réaliser un conseil pour la pratique d'une AP. Même si l'on peut constater que d'autres professionnels de santé peuvent jouer un rôle positif, le MT, lorsqu'il est acteur de la reprise de l'AP a une place prépondérante, du fait de sa connaissance et son influence sur le patient. Cependant, plusieurs freins viennent enrayer leur pratique.

Le travail de thèse réalisé pour l'évaluation du réseau « Picardie en Forme » en 2014, avait souligné que 16 médecins généralistes sur 17 interrogés estimaient avoir incité moins de 25% de leur patientèle à rejoindre le réseau. Il semblait y avoir un défaut d'information auprès des MG dans le domaine de l'AP et de l'existence des réseaux sport-santé (31). Cependant, les médecins qui adressent au réseau « Picardie en Forme » sont probablement des médecins convaincus des bienfaits de l'AP et enclins à motiver leurs patients vers sa réalisation.

Plusieurs études se sont intéressées à l'avis des MG concernant l'AP et de sa place dans la prise en charge thérapeutique des pathologies chroniques.

Une revue de la littérature sur le conseil d'AP en soins primaires a été réalisée en 2011 par Hebert et al., incluant 19 études menées aux Etats-Unis, au Canada, en Europe et en Australie. Les principaux obstacles retenus pour le conseil d'AP en consultation étaient le manque de temps, le manque de connaissance, le peu de réussite à changer les comportements puis le manque d'indemnisation financière, de protocoles clairs et de soutien des pouvoirs publics. Comme facteur limitant les actions de prévention, les MG soulevaient le manque de professionnels et de structures de relais. Puis sont retrouvés les facteurs concernant le patient lui-même, le manque de motivation et d'intérêt (61).

Le manque de temps et de connaissances sont des obstacles retrouvés dans des études françaises également (62). Une étude qualitative auprès de 90 MG franciliens a été réalisée en 2013 dans laquelle il ressort que l'implication des MG dans la promotion de l'AP et leur conviction, dépend de leur parcours de vie professionnel et surtout personnel. Ils semblent rarement systématiques dans leur pratique, leurs conseils restent imprécis et n'effectuent pas de consultation dédiée (63). Une thèse amiénoise est actuellement en cours sur ce sujet.

Un conseil minimal délivré en fin de consultation pour un renouvellement de traitement, favoriserait toutefois la pratique d'une AP dans les six mois (64). Une enquête a également été réalisée dans la région de Lens-Hénin. Les MG semblent préférer comme aide à la prescription d'AP, l'orientation vers un éducateur APA ou les services de médecine du sport, une campagne médiatique proposant aux patients de venir leur en parler ainsi que l'appui d'un réseau sport-santé (65). La prescription écrite semblerait être un moyen plus efficace que la remise d'un document pour les médecins, mais moins que le conseil oral (66).

Ressortent de ces études le sentiment du manque de compétences et de formation pour prescrire une AP. Les MG semblent conscients de l'importance de la promotion de l'AP mais jugent qu'elle est difficile à mettre en œuvre. Ils estiment en effet devoir connaître les bases de

la prescription d'AP, cette prescription obéissant à des règles précises comme celles d'un médicament.

Le MG a donc une place à part entière dans ce type de démarche et les défauts d'information et d'adhésion des médecins et du grand public sur les thérapeutiques non médicamenteuses recommandées sont des freins à leur prescription. Dans le rapport de l'HAS de 2011 sur le développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées, les experts ont souligné ce manque d'information des médecins sur la disponibilité de professionnels exerçant à proximité de leur cabinet et vers lesquels adresser leurs patients dans le cadre du suivi de ces thérapeutiques ainsi que le défaut de formation des jeunes médecins (66).

L'article L.1172-1 dans le Code de la Santé Publique, entrée en vigueur en mars 2017, stipule que « La pratique de l'activité physique peut donc désormais faire l'objet d'une prescription médicale par le médecin traitant ou par le médecin spécialiste ». Les formations concernant la prescription sont donc en train de se développer.

En ce sens, le Professeur Grégory Ninot, qui s'intéresse depuis 20 ans à l'évaluation de l'efficacité de programmes d'AP et d'éducation thérapeutique sur des marqueurs de santé physique et de santé mentale de personnes touchées par une maladie chronique, a établi des recommandations pour aider les prescripteurs à encourager les malades vers une AP (67) :

- Associer un message de santé à un programme d'exercice
 - Préparer un climat pédagogique sécurisant et motivant
 - Évaluer les bénéfices d'un programme
 - Tenir compte des sous/surestimations des individus
 - Avoir conscience du risque du cercle vicieux de déconditionnement physique (CVDP)
 - Indiquer les bénéfices psychologiques en début de programme
 - Agir par l'AP sur les effets systémiques et les comorbidités
 - S'adapter aux dispositions du jour : le malade chronique souffre d'instabilité psychologique
- De même, les réseaux sport-santé, et notamment le réseau effORMip, mettent un point d'orgue à la réalisation de formation des médecins à la prescription d'AP.

Conclusion

L'activité physique fait partie des facteurs de comportement modifiables et sa pratique régulière a prouvé ses effets bénéfiques sur la santé, notamment dans la prise en charge des pathologies chroniques, que ce soit dans l'amélioration de paramètres biologiques mais également sur la qualité de vie.

Les réseaux sport-santé sont en plein essor, ils s'adressent à une population de patients atteints de maladies chroniques mais également aux patients sédentaires dans le cadre d'une prévention primaire. Ces dernières années, les études réalisées sur ces réseaux de santé s'accordent sur le bénéfice de ces dispositifs de sport-santé concernant l'amélioration des scores d'AP et de QDV des patients. La QDV est un élément important pour les patients. En effet, lorsque le praticien évoque les notions de fréquence cardiaque, de chiffres tensionnels ou de normes biologiques par exemple, les patients n'en ressentent pas les effets dans l'immédiat et ne jugent pas l'impact que cela peut engendrer. Alors que lorsqu'on leur parle de QDV avec notamment les dimensions du SF-36, cela semble avoir plus de sens pour eux.

Notre étude concorde avec la littérature. Elle met en évidence l'évolution positive de la QDV des patients après six mois de pratique d'AP dans toutes les dimensions du MOS SF-36. Elle est d'autant plus importante pour les dimensions « limitations dues à l'état physique (RP) » et « limitations dues à l'état psychique (RE) ». Le défaut de répartition de notre population et d'effectif, n'ont pas permis de montrer une différence avec les scores de la population générale française des 55-74 ans, mais visuellement, nous pouvons constater une tendance à l'évolution vers des scores de QDV de la population générale après six mois d'AP.

Le médecin généraliste, par ce lien étroit qu'il a avec ses patients, est en première ligne pour évoquer cette pratique et son impact sur la santé. Notre étude retrouve un intérêt porté à cet effet par les MT. Effectivement, ils sont une majorité à avoir suivi leurs patients au cours de la reprise de l'AP, qu'ils aient ou non adressés leurs patients au réseau et ce suivi a permis une meilleure adhésion à la poursuite de la pratique. Les patients, eux, ont soulevé l'effet bénéfique de ce suivi par leur MT. Le MT a donc une place importante, cependant certains freins comme le manque de temps et de connaissances à ce sujet limitent sa dispensation. Au niveau national, le décret n° 2016-1990 relatif aux conditions de prescription de l'APA par le MT à des patients atteints d'une ALD tend à développer cette pratique.

Ce manque de formation des professionnels de santé concernant l'AP a été soulevé dans le rapport de l'INSERM de 2008, dont le groupe d'experts recommande de former les étudiants en médecine en intégrant au cours des études un module spécifique sur l'AP dans la prise en

charge des pathologies chroniques (9). Il préconise également d'aborder cet aspect dans la formation continue des MG et spécialistes qui sont confrontés au quotidien à des patients présentant des pathologies chroniques ou sédentaires.

En ce sens, les réseaux sport-santé proposent des formations à la prescription d'AP destinées aux professionnels de santé.

Ces aides à la prescription et ces nouvelles recommandations se développant, quelques études se sont intéressées au ressenti des MG à ce sujet, et il serait intéressant d'évaluer cette pratique auprès des professionnels de la région des Hauts-de-France, afin d'étudier et de pouvoir développer la prescription médicale d'APA, notamment au sein du réseau « Picardie en Forme ».

BIBLIOGRAPHIE

1. Beck F., Guilbert P., Gautier A. (dir.). Baromètre Santé 2005 Attitudes et comportements de santé. Saint-Denis, INPES, coll. Baromètres santé, 2007 : 608 p.
2. Lantheaume S, Fabre F, Fisch C, Motak L, Massol P, Lantheaume S, et al. Cancer du sein, activité physique adaptée et qualité de vie. *Ann Méd-Psychol* 175. 2017 ; 841-8.
3. OMS (2006). Prévention des maladies chroniques : un investissement vital, Genève, Bibliothèque de l'OMS, 183 p.
4. Paumard C. Les bénéfices de l'activité physique dans les pathologies chroniques. *NPG : Neurologie, Psychiatrie, Gériatrie* 2014 ; 14(82) : 201-8.
5. Ninot G. Bénéfices psychologiques des activités physiques adaptées dans les maladies chroniques. *Science et sport*. 2013 ; 28(1) : 1-10.
6. OMS (2010). Recommandations mondiales sur l'activité physique pour la santé, Genève, Bibliothèque de l'OMS, 60 p.
7. Programme national nutrition santé 2011-2015 (PNNS, 2011-2015). http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNNS_2011-2015/pdf.
8. Haskell WL, Lee I-M, Pate RR, Powell KE, Blair SN, Franklin BA, et al. Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Med Sci Sports Exerc*. Août 2007 ; 39(8) : 1423- 34.
9. INSERM. Activité physique : contextes et effets sur la santé. [Rapport]. Paris : Les éditions INSERM, 2008, XII - 811 p. - (Expertise collective).
10. Brès B, Vassieux L, Heuzé C, Geniaux B, Jeudy G. Activités physiques et sportives pour la santé: des recommandations à la pratique. 2015.
11. Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). *Qual Life Res* 1993 ; 2: 153-9.
12. Leplège A. Les mesures de la qualité de vie. Paris, PUF. 1999.
13. Brousse C, Boisaubert B. La qualité de vie et ses mesures. *La revue de médecine interne* 2007 ; 28(7) : 458-62.
14. Encausse P, Mathieu P, Roux G. Sport et santé: influence des activités physiques et sportives sur l'organisme - orientation sportive - contrôle médical des activités physiques et sportives. Paris, France: A. Legrand (impr. de G. Budy); 1951. 224 p.
15. Davies B, Cramp F, Gauntlett-Gilbert J, Wynick D, McCabe CS. The role of physical activity and psychological coping strategies in the management of painful diabetic neuropathy - A systematic review of the literature. *Physiotherapy* 2015 ; 101(4) : 319-26.
16. Kujala UM. Evidence on the effects of exercise therapy in the treatment of chronic disease. *Br J Sports Med*. Août 2009 ; 43(8) : 550-5.

17. Schmid D, Leitzmann MF. Association between physical activity and mortality among breast cancer and colorectal cancer survivors : a systematic review and meta-analysis. *Ann Oncol.* 2014 ; 25(7) : 1293-311.
18. Ciangura C, Faucher P, Oppert J-M. Activité physique, nutrition et obésité. *Nutrition clinique et métabolisme* 2014 ; 28(4) : 279-86.
19. Naci H, Ioannidis JPA. Comparative effectiveness of exercise and drug interventions on mortality outcomes: metaepidemiological study. *BMJ* 2013 ; 347 : f5577.
20. Pate RR, Pratt M, Blair SN, Haskell WL, Macera CA, Bouchard C, et al. Physical activity and public health. A recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. *JAMA* 1995 ; 273(5) : 402-7.
21. Pedersen BK, Saltin B. Evidence for prescribing exercise as therapy in chronic disease. *Scand J Med Sci Sports* 2006 ; 16 Suppl 1 : 3-63.
22. Roddy E, Zhang W, Doherty M, Arden NK, Barlow J, Birrell F, et al. Evidence-based recommendations for the role of exercise in the management of osteoarthritis of the hip or knee-the MOVE consensus. *Rheumatol Oxf Engl.* 2005 ; 44(1) : 67-73.
23. Garnier SR, Zerdab A, Laurin J, Donnet A. « Fibromyactiv » : étude pilote monocentrique, prospective, randomisée. Efficacité de la pratique d'activité physique adaptée sur la qualité de vie de patients fibromyalgiques. *Douleurs* 2017 ; 18(2) : 87-104.
24. Podewils LJ, Guallar E, Kuller LH, Fried LP, Lopez OL, Carlson M, et al. Physical activity, APOE genotype, and dementia risk: findings from the Cardiovascular Health Cognition Study. *Am J Epidemiol.* 2005 ; 161(7) : 639-51.
25. HAS. Haute Autorité de Santé. Accident vasculaire cérébral : méthodes de rééducation de la fonction motrice chez l'adulte – recommandations. Recommandation de bonne pratique. 2012 juin.
26. Melin R, Fug-Meyer F, Fug-Myer AR. Life satisfaction in 18 to 64 year-old Swedes: in relation to education, employment situation, health and physical activity. *Journal of Rehabilitation Medicine* 2003, 35 : 34-90.
27. Brown BA, Frankel BG. Activity through the years : leisure, leisure satisfaction and life satisfaction. *Sociology of Sport Journal* 1993, 10 : 1-17.
28. Valois RE, Zulling Huebner E, Drane JW. Physical activity behaviors and perceived life satisfaction among public high school adolescents. *Journal of School Health* 2004, 74 : 59-65.
29. Calmels P. Douleur chronique, activité physique et qualité de vie. *Sci Sports* 1998;13(1):10-6.
30. Décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016 relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée. *J Off Répub Fr Lois Decrets* 2016 [texte n° 48].
31. Wojtarkowski J. Pratique de l'activité physique au sein d'un réseau sport-santé en

- Picardie chez les patients atteints de pathologie chronique: impact sur la santé et ressenti des médecins généralistes, sous la direction du Professeur Gignon [Thèse d'exercice]. Médecine Générale. Amiens, Université de Picardie Jules Verne ; 2014.
32. Ware, J. E., Jr., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30(6), 473-483.
 33. Leplège A, Ecosse E, Pouchot J, Coste J, Perneger T. Le questionnaire MOS SF-36 : manuel de l'utilisateur et guide d'interprétation des scores. Paris : Ed. ESTEM, cop. 2001; 2001.
 34. Thierry Weissland et al., « Fédérer les ressources régionales du sport-santé : le réseau Picardie en Forme », *Santé Publique* 2016/HS (S1), p. 169-174.
 35. Site internet de l'association Sud'Aisne. <https://www.sudaisneenforme.com>.
 36. Site internet de la ville de Château-Thierry. <http://www.chateau-thierry.fr/article/le-sport-sante>.
 37. Zerhouni S, Poirier G, Fraouti L. Dossier documentaire : les maladies chroniques. Lille : ORS Nord - Pas-de-Calais, 2016 ; 25 p.
 38. Lecocq J, Herzog F, Radu M, Feltz A, Weber A, Roegel M et al. Prescription médicale d'activité physique, évaluation d'une expérimentation conduite à Strasbourg. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine* 2014, 28 ; 289-290.
 39. Antoine L, Zuanna AD. Etude pilote d'évaluation du dispositif « Chablais Sport Santé sur ordonnance »: observation de l'évolution de la qualité de vie. [Thèse d'exercice], Grenoble, Université de Médecine de Grenoble; 2017.
 40. Champion B, Collin C, Lesdos-Cauhapé C, Quénechdu V. Pratiques physiques ou sportives des femmes et des hommes : des rapprochements mais aussi des différences qui persistent. *Insee première* 2017, 1675.
 41. Laouisset B, Burlot F, Mhiri SE, Lefevre B, Lelore E, Megherbi D, et al. La pratique des activités physiques et sportives en France. Résultats de l'enquête menée en 2010 par le ministère en charge des Sports et l'Institut National du Sport, de l'Expertise et de la Performance.
 42. Laure P, Parent J-M, Mangin G. Efficacité à court terme de SAPHYR Lorraine, dispositif régional de promotion de l'activité physique à des fins de santé. *Sci sports* 2013.
 43. Bauwens M. Evaluation d'un programme de lutte contre la sédentarité au sein du Réseau Sport Santé Bien-Etre de Champagne-Ardenne [Mémoire], Université de Nancy ; 2011.
 44. Quaille C. Prescription d'activité physique par le médecin généraliste : Étude de 100 patients inclus dans le dispositif strasbourgeois « Sport Santé sur Ordonnance ». [Thèse d'exercice], Strasbourg, Université de Strasbourg; 2016.
 45. Bérard L. Prescription médicale d'activité physique par le médecin généraliste à Strasbourg : Évolution de l'activité physique habituelle, conséquences physiques et

- morales chez 100 patients bénéficiaires du dispositif « Sport-Santé sur ordonnance » pendant un an. [Thèse d'exercice]. Université de Strasbourg; 2015.
46. Pastor HC. Mesure de l'impact à un an de la prescription d'activité physique sur la morbi-mortalité de patients atteints de pathologies chroniques inscrits dans le dispositif « sport sur ordonnance » de Blagnac entre novembre 2013 et novembre 2016. [Thèse d'exercice], Toulouse, Université de Toulouse III ; 2017.
 47. Atlantis E, Chow C, Kirby A, Singh M F. An effective exercise-based intervention for improving mental health and quality of life measures: a randomized controlled trial. *Preventive medicine* 2004, 39 : 424-434.
 48. Eronen MK, Rankinen T, Rauramaa R, Sulkava R, Nissinen A. Does aging mean a better life for women ? *Journal of the American Geriatrics Society* 1997, 45 : 594-597.
 49. Clark S, Long MM, Schiffman LG. The mind body connection: the relationship among physical activity level, life satisfaction, and cognitive age among mature females. *Journal of Social Behavior and Personality* 1999, 14 : 221-241.
 50. Elley CR, Kerse N, Arroll B, Robinson E. Effectiveness of counselling patients on physical activity in general practice: cluster randomised controlled trial. *BMJ*. 2003 ; 326(7393) : 793.
 51. Kemmler W, Engelke K, Lauber D, Weineck J, Hensen J, Kalendar WA. Exercise effects on fitness and bone mineral density in early postmenopausal women: 1 year EFOPS results. *Medicine and Science in Sports and Exercise*. 2002 ; 34 : 2115-2123.
 52. Vuillemin A, Boini S, Bertrais S, Tessier S, Oppert J-M, Hercberg S, et al. Leisure time physical activity and health-related quality of life. *Prev Med*.2005 ; 41(2) : 562-9.
 53. Brown DW, Brown DR, Heath GW, Balluz L, Giles WH, Ford ES, et al. Associations between physical activity dose and health-related quality of life. *Med Sci Sports Exerc*. 2004 ; 36(5) : 890-6.
 54. Knowler WC, Fowler SE, Hamman RF, et al. Ten years follow-up of diabetes incidence and weight loss in the Diabetes Prevention Program Outcomes Study. *Lancet* 2009 ; 374 : 1677—86.
 55. Bizeau A. Mise en place d'ateliers d'activité physique chez des patients diabétiques de type 2 dans le cadre d'un réseau diabète avec évaluation de l'équilibre métabolique et de la qualité de vie [Thèse d'exercice], Université François-Rabelais (Tours). UFR de médecine; 2004.
 56. Clouet F, Excler-Cavailher G, Christophe B, Masson F, Fasquel D. Évaluation de la qualité de vie de diabétiques de type 2 par l'échelle internationale SF 36. *Diabetes Amp Metab* 2001 ; 27(6) : 711-717.
 57. Sprangers MA et al. Which chronic conditions are associated with better or poorer quality of life? *J Clin Epidemiol* 2000 ; 53 : 895–907.
 58. Toulgui E, Frioui S, Ben Jeddou K, Jemni S, Habech M, Zaoui A. Evaluation de la qualité de vie chez les patients ayant une gonarthrose. *Service de Médecine Physique et de*

Réadaptation. CHU Sahloul, Tunisie.

59. Ris I, Sogaard K, Gram B, Agerbo K, Boyle E, Juul-Kristensen B. Does a combination of physical training, specific exercises and pain education improve health-related quality of life in patients with chronic neck pain? A randomised control trial with a 4-month follow up. *Musculoskeletal Science and Practice*, 2016 ; 26 : 132-140.
60. Reverdy C. Vécu de l'activité physique adaptée et son impact sur le comportement des patient diabétique. Etude qualitative menée au sein du réseau de santé Addictions, Précarité et Diabète de Champagne-Ardenne et du réseau Sport Santé Bien Etre [Thèse d'exercice], Reims, Université de Reims Champagne-Ardenne; 2014.
61. Hébert E, Caughy M, Shuval K. Primary care providers' perceptions of physical activity counselling in a clinical setting: a systematic review. *Br J Sports Med*. 2012 ; 46(9) : 625-31.
62. Gérin C, Guillemot P, Bayat M, André A., Daniel V, Rochcongar P. Enquête auprès des médecins généralistes sur leur expérience et leur avis en matière de prescription d'activité physique. *Science & Sports* 2015 ; 30, 66-73.
63. Moussard Philippon L. Le médecin généraliste et le conseil en activité physique : Etude qualitative auprès de médecins généralistes franciliens. [Thèse d'exercice], Paris, Université Paris Descartes; 2013.
64. Vallée E, Vastel E, Piquet M-A, Savey V. Efficacité d'un conseil minimal abordant l'activité physique et délivré par les médecins généralistes lors d'une consultation pour renouvellement d'ordonnance. *Nutrition Clinique et Métabolisme*. 2017 ; (31) : 194-206.
65. Pellegrin N. Aide à la prescription d'activité physique: enquête auprès des médecins généralistes de la zone Lens-Hénin [Thèse d'exercice], Lille ; Université du droit et de la santé ; 2014.
66. HAS. Haute Autorité de Santé. Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées. Rapport d'orientation. 2011 avr.
67. Pr. Ninot G. Prévenir les maladies chroniques : Rôle des activités physiques. 2012; Conférence Epsilon.

Annexes

Annexe 1.

FORMULAIRE D'INFORMATION POUR LA PARTICIPATION À UNE RECHERCHE MEDICALE

Titre de l'Etude :

Evaluation de l'impact sur la qualité de vie des patients atteints de maladies chroniques après l'inscription dans le réseau sport santé : « Picardie en forme ».

Investigateur :

Dr Florent KRIM, praticien hospitalier au service de réadaptation cardiaque de Corbie et médecin du Sport.
Mathilde Cottel, interne de médecine générale.

Madame, Monsieur,

Vous vous êtes inscrits dans un projet de reprise de l'activité physique au sein du réseau Sport Santé « Picardie en Forme ». Dans ce cadre nous souhaitons effectuer une recherche médicale non interventionnelle sur l'impact de cette pratique sur votre qualité de vie, travail qui servira de support à la réalisation d'une thèse de médecine générale.

Nous vous proposons donc de participer à cette recherche médicale, mais avant de prendre une décision, il est souhaitable que vous lisiez attentivement ces pages qui vous apporteront les informations nécessaires concernant les différents aspects de cette recherche.

Votre décision de participer à cette étude est entièrement volontaire et votre refus de participation n'influencera pas la qualité de votre prise en charge. Si vous voulez vous y opposer, faites le savoir dans un délai raisonnable d'un mois. Au delà, les données seront anonymisées et analysées

Pourquoi cette recherche ?

La pratique de l'activité physique influence positivement la santé et la qualité de vie des personnes et en particulier des patients atteints de maladies chroniques. Cela fait l'objet de recommandations et de consensus de nos sociétés savantes. Par le biais de cette étude nous avons pour but d'apprécier les effets de ce critère particulier de la qualité de vie au sein du réseau sport santé « Picardie en forme », afin de nous permettre de mieux le comprendre et de pouvoir l'améliorer.

Qu'est ce que la qualité de vie ?

Il s'agit d'une notion subjective, qui cherche à rendre compte des conséquences d'un trouble de la santé sur la satisfaction de la vie. Cette notion propre à chacun, souligne la complexité du ressenti des personnes, des répercussions de leur pathologie ou des soins qui en découlent.

Comment va se dérouler cette recherche ?

La recherche se déroulera en deux temps, premièrement, un questionnaire vous sera distribué lors de votre première rencontre d'évaluation avec l'éducateur spécialisé d'activités physiques adaptées afin de faire un premier recueil d'informations qui nous permettront de mieux vous connaître et de mesurer votre niveau de qualité de vie personnel.

Dans un second temps lors de la réévaluation à 6 mois avec l'éducateur, nous vous proposerons de remplir à nouveau un questionnaire qui rendra alors compte de l'évolution de votre qualité de vie. Si toutefois vous ne pouvez pas vous rendre à cette deuxième évaluation ou si vous avez décidé d'arrêter le programme proposé par « Picardie en forme », nous vous contacterons par mail ou par téléphone afin de vous proposer un entretien téléphonique pour pouvoir répondre au questionnaire.

Quels sont vos droits ?

Cette étude est une recherche non interventionnelle pour laquelle la sous-commission d'évaluation des recherches non interventionnelles, émanation du comité de protection des personnes (CPP) Nord-Ouest II, a émis un avis favorable le 12/09/2016.

Dans le cadre de la recherche, un traitement informatique de vos données personnelles sera mis en œuvre pour analyser les résultats de la recherche. Ces données seront traitées de manière confidentielle et codifiées par un identifiant numérique.

Conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez à tout moment d'un droit d'accès et de rectifications des données informatisée vous concernant (loi n°2004-801 du 6 août 2004 modifiant la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés). Vous disposez également d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel susceptibles d'être utilisées dans le cadre de cette recherche et d'être traitées. Vous pouvez également accéder directement ou par l'intermédiaire du médecin de votre choix à l'ensemble de vos données médicales en application des dispositions de l'article L1111-7 du code de la santé publique auprès du médecin qui vous suit dans le cadre de la recherche et qui connaît votre identité le Dr Florent Krim.

A l'issue de la recherche, si vous le souhaitez, vous pourrez être informés des résultats globaux de cette recherche.

Ce document vous appartient. Après avoir lu cette note d'information n'hésitez pas à poser toutes les questions que vous désirez. Il vous sera également possible de poser ces questions à tout moment avant et au cours de l'étude ou de les adresser à l'investigateur principal par mail (florent.krim@ch-corbie.fr, krim.florent@chu-amiens.fr)

Lettre d'information remise le

Par Mme ou Mr

QUESTIONNAIRE SANTE ET QUALITE DE VIE N°1

Instructions – Comment répondre :

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 la proposition correspondante à la réponse choisie. Si vous ne savez pas très bien comment répondre, choisissez la réponse la plus proche de votre situation.

1. **Quel est votre date de naissance?** *Exemple : 15 décembre 2012*
 2. **Vous êtes:** *Une seule réponse possible.*
 - a) Un homme
 - b) Une femme
 3. **Actuellement vous êtes:** *Une seule réponse possible.*
 - a) Actif
 - b) Retraité
 4. **Quelle est la profession que vous (avez) exercez (ée) ?**
 5. **Vous vivez:** *Une seule réponse possible.*
 - a) Seul
 - b) En couple
 - c) En famille
 6. **Êtes vous suivi pour une ou plusieurs pathologie(s) chronique(s) (nécessitant un suivi régulier par un médecin ou la prise de médicaments de manière quotidienne)?** *Une seule réponse possible.*
 - a) Oui
 - b) Non
 7. **Quelle(s) est (sont) cette(ces) pathologie(s) ?**
 8. **Êtes vous fumeur ?** *Une seule réponse possible.*
 - a) Oui
 - b) Non
 9. **Pratiquiez vous par le passé ou pratiquez vous encore une activité sportive?** *Une seule réponse possible.*
 - a) Oui
 - b) Non
 10. **Si oui quelle était cette activité ?**
 11. **Avez-vous bénéficié d'un programme de remise en forme encadré avant de vous inscrire dans le réseau « Picardie en forme » ?** *Une seule réponse possible.*
 - a) Oui
 - b) Non
 12. **Si oui, lequel ?**
 13. **Vous avez été adressé au réseau « Picardie en forme » par:** *Une seule réponse possible*
 - a) Votre médecin traitant
 - b) Un médecin spécialiste
 - c) Un pôle de prévention
 - d) Une association de patients
 - e) Autre (précisez) :
- Questionnaire MOS SF-36
14. **Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est :** *Une seule réponse possible.*
 - a) Excellente
 - b) Très bonne
 - c) Bonne
 - d) Médiocre
 - e) Mauvaise
 15. **Par rapport à l'année dernière à la même époque, comment trouvez-vous votre état de santé en ce moment ?** *Une seule réponse possible.*

- a) Bien meilleur que l'an dernier
d) Plutôt moins bon
- b) Plutôt meilleur
e) Beaucoup moins bon
- c) A peu près pareil

16. 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. Une seule réponse possible par ligne.

	Oui, beaucoup gêné (e)	Oui, un peu gêné (e)	Pas du tout gêné (e)
efforts physiques importants tels que courir, soulever un objet lourd, faire du sport			
efforts physiques modérés tels que déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux boules			
soulever et porter les courses			
monter plusieurs étages par l'escalier			
monter un étage par l'escalier			
se pencher en avant, se mettre à genoux, s'accroupir			
marcher plus d'un km à pied			
marcher plusieurs centaines de mètres			
marcher une centaine de mètres			
prendre un bain, une douche ou s'habiller			

17. Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état physique: Une seule réponse possible par ligne.

- Avez-vous réduit le temps passé à votre travail ou à vos activités habituelles ? a) Oui b) Non
 Avez-vous fait moins de choses que ce que vous auriez souhaité ? a) Oui b) Non
 Avez-vous dû arrêter de faire certaines choses ? a) Oui b) Non
 Avez-vous eu des difficultés à faire votre travail ou toute autre activité ? a) Oui b) Non

18. Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état émotionnel (vous sentir triste, nerveux (se) ou déprimé(e)) Une seule réponse possible par ligne.

- Avez-vous réduit le temps passé à votre travail ou à vos activités habituelles ? a) Oui b) Non
 Avez-vous fait moins de choses que ce que vous auriez souhaité ? a) Oui b) Non
 Avez-vous eu des difficultés à faire ce que vous aviez à faire avec autant de soin et d'attention ? a) Oui b) Non

19. Au cours de ces 4 dernières semaines, dans quelle mesure est-ce que votre état de santé physique ou émotionnel vous a gêné dans votre vie et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances ? Une seule réponse possible.

- a) Pas du tout
d) Beaucoup
- b) Un petit peu
e) Enormément
- c) Moyennement

20. Au cours de ces 4 dernières semaines, quelle a été l'importance de vos douleurs (physiques) ? Une seule réponse possible.

- | | | |
|------------|----------------|----------------|
| a) Nulle | b) Très faible | c) Faible |
| d) Moyenne | e) Grande | f) Très grande |

21. Au cours de ces quatre dernières semaines, est-ce que vos douleurs vous ont gêné dans votre travail ou vos activités domestiques ? Une seule réponse possible.

- | | | |
|----------------|-----------------|----------------|
| a) Pas du tout | b) Un petit peu | c) Moyennement |
| d) Beaucoup | e) Enormément | |

22. Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où vous vous êtes senti(e) dynamique ? Une seule réponse possible.

- | | | |
|------------------|-----------------|------------|
| a) En permanence | b) Très souvent | c) Souvent |
| d) Quelques fois | e) Rarement | f) Jamais |

23. Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où vous vous êtes senti(e) très nerveux (se) ? Une seule réponse possible.

- | | | |
|------------------|-----------------|------------|
| a) En permanence | b) Très souvent | c) Souvent |
| d) Quelques fois | e) Rarement | f) Jamais |

24. Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où vous vous êtes senti(e) si découragé(e) que rien ne pouvait vous remonter le moral ? Une seule réponse possible.

- | | | |
|------------------|-----------------|------------|
| a) En permanence | b) Très souvent | c) Souvent |
| d) Quelques fois | e) Rarement | f) Jamais |

25. Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où vous vous êtes senti(e) calme et détendu(e) ? Une seule réponse possible.

- | | | |
|------------------|-----------------|------------|
| a) En permanence | b) Très souvent | c) Souvent |
| d) Quelques fois | e) Rarement | f) Jamais |

26. Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où vous vous êtes senti(e) débordant(e) d'énergie ? Une seule réponse possible.

- | | | |
|------------------|-----------------|------------|
| a) En permanence | b) Très souvent | c) Souvent |
| d) Quelques fois | e) Rarement | f) Jamais |

27. Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où vous vous êtes senti(e) triste et abattu(e) ? Une seule réponse possible.

- | | | |
|------------------|-----------------|------------|
| a) En permanence | b) Très souvent | c) Souvent |
| d) Quelques fois | e) Rarement | f) Jamais |

28. Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où vous vous êtes senti(e) épuisé(e) ? Une seule réponse possible.

- | | | |
|------------------|-----------------|------------|
| a) En permanence | b) Très souvent | c) Souvent |
| d) Quelques fois | e) Rarement | f) Jamais |

29. Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où vous vous êtes senti(e) bien dans votre peau ? Une seule réponse possible.

- | | | |
|------------------|-----------------|------------|
| a) En permanence | b) Très souvent | c) Souvent |
| d) Quelques fois | e) Rarement | f) Jamais |

30. Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où vous vous êtes senti(e) fatigué(e) ? Une seule réponse possible.

- | | | |
|-------------------------|--------------------|------------------|
| a) En permanence | b) Très souvent | c) Souvent |
| d) <i>Quelques fois</i> | e) <i>Rarement</i> | f) <i>Jamais</i> |

31. 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 ? Une seule réponse possible.

- | | | |
|------------------|------------------------------|----------------------|
| a) Tout le temps | b) Une bonne partie du temps | c) De temps en temps |
| d) Rarement | e) Jamais | |

32. Indiquez pour chacune des phrases suivantes dans quelles mesures elles sont vraies ou fausses dans votre cas ? Une seule réponse possible par ligne.

- Je tombe malade plus facilement que les autres :

- | | | |
|---------------------|----------------------|-------------------|
| a) Totalement vraie | b) Plutôt vraie | c) Je ne sais pas |
| d) Plutôt fausse | e) Totalement fausse | |

- Je me porte aussi bien que n'importe qui :

- | | | |
|---------------------|----------------------|-------------------|
| a) Totalement vraie | b) Plutôt vraie | c) Je ne sais pas |
| d) Plutôt fausse | e) Totalement fausse | |

- Je m'attends à ce que ma santé se dégrade :

- | | | |
|---------------------|----------------------|-------------------|
| a) Totalement vraie | b) Plutôt vraie | c) Je ne sais pas |
| d) Plutôt fausse | e) Totalement fausse | |

- Je suis en bonne santé :

- | | | |
|---------------------|----------------------|-------------------|
| a) Totalement vraie | b) Plutôt vraie | c) Je ne sais pas |
| d) Plutôt fausse | e) Totalement fausse | Totalement vraie |

monter plusieurs étages par l'escalier			
monter un étage par l'escalier			
se pencher en avant, se mettre à genoux, s'accroupir			
marcher plus d'un km à pied			
marcher plusieurs centaines de mètres			
marcher une centaine de mètres			
prendre un bain, une douche ou s'habiller			

10. Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état physique: *Une seule réponse possible par ligne.*

- Avez-vous réduit le temps passé à votre travail ou à vos activités habituelles ? a) Oui b) Non
 Avez-vous fait moins de choses que ce que vous auriez souhaité ? a) Oui b) Non
 Avez-vous dû arrêter de faire certaines choses ? a) Oui b) Non
 Avez-vous eu des difficultés à faire votre travail ou toute autre activité ? a) Oui b) Non

11. Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état émotionnel (vous sentir triste, nerveux (se) ou déprimé(e)) *Une seule réponse possible par ligne.*

- Avez-vous réduit le temps passé à votre travail ou à vos activités habituelles ? a) Oui b) Non
 Avez-vous fait moins de choses que ce que vous auriez souhaité ? a) Oui b) Non
 Avez-vous eu des difficultés à faire ce que vous aviez à faire avec autant de soin et d'attention ? a) Oui b) Non

12. Au cours de ces 4 dernières semaines, dans quelle mesure est-ce que votre état de santé physique ou émotionnel vous a gêné dans votre vie et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances ? *Une seule réponse possible.*

- a) Pas du tout b) Un petit peu c) Moyennement
 d) Beaucoup e) Enormément

13. Au cours de ces 4 dernières semaines, quelle a été l'importance de vos douleurs (physiques) ? *Une seule réponse possible.*

- a) Nulle b) Très faible c) Faible
 d) Moyenne e) Grande f) Très grande

14. Au cours de ces quatre dernières semaines, est-ce que vos douleurs vous ont gêné dans votre travail ou vos activités domestiques ? *Une seule réponse possible.*

- a) Pas du tout b) Un petit peu c) Moyennement
 d) Beaucoup e) Enormément

15. Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où vous vous êtes senti(e) dynamique ? *Une seule réponse possible.*

- a) En permanence b) Très souvent c) Souvent
 d) Quelques fois e) Rarement f) Jamais

16. Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où vous vous êtes senti(e) très nerveux (se) ? *Une seule réponse possible.*

- | | | |
|------------------|-----------------|------------|
| a) En permanence | b) Très souvent | c) Souvent |
| d) Quelques fois | e) Rarement | f) Jamais |

17. **Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où vous vous êtes senti(e) si découragé(e) que rien ne pouvait vous remonter le moral ?** *Une seule réponse possible.*

- | | | |
|------------------|-----------------|------------|
| a) En permanence | b) Très souvent | c) Souvent |
| d) Quelques fois | e) Rarement | f) Jamais |

18. **Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où vous vous êtes senti(e) calme et détendu(e) ?** *Une seule réponse possible.*

- | | | |
|------------------|-----------------|------------|
| a) En permanence | b) Très souvent | c) Souvent |
| d) Quelques fois | e) Rarement | f) Jamais |

19. **Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où vous vous êtes senti(e) débordant(e) d'énergie ?** *Une seule réponse possible.*

- | | | |
|------------------|-----------------|------------|
| a) En permanence | b) Très souvent | c) Souvent |
| d) Quelques fois | e) Rarement | f) Jamais |

20. **Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où vous vous êtes senti(e) triste et abattu(e) ?** *Une seule réponse possible.*

- | | | |
|------------------|-----------------|------------|
| a) En permanence | b) Très souvent | c) Souvent |
| d) Quelques fois | e) Rarement | f) Jamais |

21. **Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où vous vous êtes senti(e) épuisé(e) ?** *Une seule réponse possible.*

- | | | |
|------------------|-----------------|------------|
| a) En permanence | b) Très souvent | c) Souvent |
| d) Quelques fois | e) Rarement | f) Jamais |

22. **Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où vous vous êtes senti(e) bien dans votre peau ?** *Une seule réponse possible.*

- | | | |
|------------------|-----------------|------------|
| a) En permanence | b) Très souvent | c) Souvent |
| d) Quelques fois | e) Rarement | f) Jamais |

23. **Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où vous vous êtes senti(e) fatigué(e) ?** *Une seule réponse possible.*

- | | | |
|------------------|-----------------|------------|
| a) En permanence | b) Très souvent | c) Souvent |
| d) Quelques fois | e) Rarement | f) Jamais |

24. **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 ?** *Une seule réponse possible.*

- | | | |
|------------------|------------------------------|----------------------|
| a) Tout le temps | b) Une bonne partie du temps | c) De temps en temps |
| d) Rarement | e) Jamais | |

25. **Indiquez pour chacune des phrases suivantes dans quelles mesures elles sont vraies ou fausses dans votre cas ?** *Une seule réponse possible par ligne.*

- Je tombe malade plus facilement que les autres :

- | | | |
|---------------------|----------------------|-------------------|
| a) Totalement vraie | b) Plutôt vraie | c) Je ne sais pas |
| d) Plutôt fausse | e) Totalement fausse | |

- Je me porte aussi bien que n'importe qui :

- | | | |
|---------------------|----------------------|-------------------|
| a) Totalement vraie | b) Plutôt vraie | c) Je ne sais pas |
| d) Plutôt fausse | e) Totalement fausse | |

- Je m'attends à ce que ma santé se dégrade :

- | | | |
|---------------------|----------------------|-------------------|
| a) Totalement vraie | b) Plutôt vraie | c) Je ne sais pas |
| d) Plutôt fausse | e) Totalement fausse | |

- Je suis en bonne santé :

- | | | |
|---------------------|----------------------|-------------------|
| a) Totalement vraie | b) Plutôt vraie | c) Je ne sais pas |
| d) Plutôt fausse | e) Totalement fausse | Totalement vraie |

26. Votre médecin traitant vous a-t-il suivi tout au long de cette démarche dans l'adhésion au réseau sport santé? Une seule réponse possible

- | | |
|--------|--------|
| a) Oui | b) Non |
|--------|--------|

27. Si oui, en quoi son soutien vous a été bénéfique?

28. Le fait d'avoir été orienté par votre médecin généraliste a t-il permis une meilleure adhésion à la poursuite de la pratique de l'activité physique? Une seule réponse possible

- | | |
|--------|--------|
| a) Oui | b) Non |
|--------|--------|

Evaluation de l'impact sur la qualité de vie des patients atteints de pathologies chroniques après inscription au réseau sport-santé « Picardie en Forme » et du rôle du médecin généraliste dans l'adhésion à ce projet thérapeutique

RESUME

Introduction : L'activité physique (AP) est aujourd'hui reconnue pour ses bienfaits sur la santé et sur la qualité de vie (QDV). L'objectif de cette étude était d'évaluer l'impact de la pratique d'une AP sur la QDV de patients présentant une pathologie chronique au sein du réseau sport-santé « Picardie en Forme » et le rôle du médecin généraliste (MG) dans l'adhésion à ce projet thérapeutique.

Matériel et méthodes : Les patients orientés vers le réseau par un professionnel de santé et présentant une maladie chronique étaient inclus. Le questionnaire générique de QDV SF-36 a été administré aux patients lors du bilan initial avec l'éducateur spécialisé à leur entrée dans le réseau puis six mois après la reprise de l'AP. Etait également demandé aux patients s'ils étaient adressés au réseau par leur MG et s'il les avait suivis lors de la reprise d'AP.

Résultats : L'étude s'est déroulée du 1er octobre 2016 au 30 septembre 2017. 34 patients ont été inclus dont 4 qui n'ont pas poursuivi le programme. Une amélioration significative de toutes les dimensions du SF-36 a été observée six mois après la reprise de l'AP, avec une évolution plus importante concernant les dimensions « limitations dues à l'état physique (RP) » et « limitations dues à l'état psychique (RE) ». 55,9% des patients étaient adressés par leur MG et 74,5% des patients du réseau étaient suivis par celui-ci. Les patients se sentaient « encouragés » et « motivés » par leur MG. 95% de ceux adressés par leur MG ont poursuivi la pratique de l'AP.

Conclusion : L'AP a un impact positif sur la QDV au sein du réseau et le MG a une place de choix dans l'orientation à cette pratique et peut désormais la prescrire sur ordonnance.

Mots-clés : activité physique, qualité de vie, inactivité, prescription, médecin généraliste

Evaluation of the impact on the quality of life of patients with chronic pathologies after involvement in the "Picardie en Forme" sport-health network and the role of the general practitioner in subscribing to this therapeutic project

ABSTRACT

Introduction : Physical Activity (PA) is now recognized for its benefits on humans' health and on humans' quality of life (QOL). The aim of this study was to evaluate the impact of PA practice through the sport health network "Picardie en Forme" on the QOL of patients suffering from chronic pathologies and the part to be taken by the general practitioner (GP) in this therapeutic project.

Material and methods : Patients including chronically ill referred to the network by a health professional. The SF-36 QOL was first administered to patients during the initial assessment with the specialized educator when they entered the network and a second time six months later, after the beginning of the PA. Patients were also asked if they were referred to the network by their GP and if they had been followed by their GP during the period of practicing PA.

Results : The study was conducted from October 1, 2016 to September 30, 2017. 34 patients were included. Among them 4 did not go on with the program. Significant improvements in all dimensions of the SF-36 could be observed six months after the recovery of the PA, with a larger change in the dimensions of « rôle physique (RP) » and « rôle émotionnel (RE) ». 55.9% of the patients were referred by their GP and 74.5% of the patients of the network were followed by him. Patients felt "encouraged" and "motivated" by their GP. 95% of those referred by their GP have continued the practice of PA.

Conclusion : PA has a positive impact on QOL within the network and GP has a prominent place in promoting this practice and can now prescribe it on prescription.

Keywords : physical activity, quality of life, inactivity, prescription, general practitioner