



Activité physique des patients en ALD en Ille-et-Vilaine : niveau de pratique, motivations, freins et informations

Simon Burlot

► To cite this version:

Simon Burlot. Activité physique des patients en ALD en Ille-et-Vilaine : niveau de pratique, motivations, freins et informations. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-03320896

HAL Id: dumas-03320896

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03320896>

Submitted on 14 Jan 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

N° d'ordre :

ANNÉE 2020



THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1
sous le sceau de l'Université Bretagne Loire

Thèse en vue du
DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée par

Simon Burlot

Né(e) le 19/01/1989 à Rennes

**Activité physique des
patients en ALD en Ile-
et-Vilaine : niveau de
pratique, motivations,
freins et informations.**

**Thèse soutenue à Rennes
le 5 novembre 2020**

devant le jury composé de :

Cécile VIGNEAU

PU-PH au CHU de Rennes / *Présidente de jury*

Frédéric SCHNELL

PU-PH au CHU de Rennes / *Directeur de thèse*

Ronan GARLANTEZEC

PU-PH au CHU de Rennes / *examineur*

Emmanuel ALLORY

MCF associé à la faculté de médecine de Rennes /
examineur

Thierry PRESTEL

Directeur de l'IREPS Bretagne / *Membre invité*



**UNIVERSITE
BRETAGNE
LOIRE**

THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1
sous le sceau de l'Université Bretagne Loire

Thèse en vue du
DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée par

Simon Burlot

Né(e) le 19/01/1989 à Rennes

**Activité physique des
patients en ALD en Ille-
et-Vilaine : niveau de
pratique, motivations,
freins et informations.**

**Thèse soutenue à Rennes
le 5 novembre 2020**

devant le jury composé de :

Cécile VIGNEAU

PU-PH au CHU de Rennes / *Présidente de jury*

Frédéric SCHNELL

PU-PH au CHU de Rennes / *Directeur de thèse*

Ronan GARLANTEZEC

PU-PH au CHU de Rennes / *examineur*

Emmanuel ALLORY

MCF associé à la faculté de médecine de Rennes /
examineur

Thierry PRESTEL

Directeur de l'IREPS Bretagne / *Membre invité*

PROFESSEURS DES UNIVERSITES au 01/09/2020			
NOM	PRENOM	TITRE	SOUS-SECTION CNU
ANNE-GALIBERT	Marie-Dominique	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
BARDOU-JACQUET	Edouard	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BELAUD-ROTUREAU	Marc-Antoine	PU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
BELLISSANT	Eric	PU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
BELOEIL	Hélène	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
BENDAVID	Claude	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
BENSALAH	Karim	PU-PH	Urologie
BEUCHEE	Alain	PU-PH	Pédiatrie
BONAN	Isabelle	PU-PH	Médecine physique et de réadaptation
BONNET	Fabrice	PU-PH	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
BOUDJEMA	Karim	PU-PH	Chirurgie viscérale et digestive
BOUGET	Jacques	Professeur Emérite	Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie
BOUGUEN	Guillaume	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BRASSIER	Gilles	PU-PH	Neurochirurgie
BRETAGNE	Jean-François	Professeur Emérite	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BRISOT	Pierre	Professeur Emérite	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
CARRE	François	Professeur Emérite	Physiologie
CATTOIR	Vincent	PU-PH	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHALES	Gérard	Professeur Emérite	Rhumatologie
COGNÉ	Michel	PU-PH	Immunologie
CORBINEAU	Hervé	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
CUGGIA	Marc	PU-PH	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
DAUBERT	Claude	Professeur Emérite	Cardiologie
DAVID	Véronique	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DAYAN	Jacques	Professeur Associé	Pédopsychiatrie ; addictologie
DE CREVOISIER	Renaud	PU-PH	Cancérologie ; radiothérapie
DECAUX	Olivier	PU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
DESRUES	Benoît	PU-PH	Pneumologie ; addictologie
DEUGNIER	Yves	Professeur Emérite	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
DONAL	Erwan	PU-PH	Cardiologie
DRAPIER	Dominique	PU-PH	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
DUPUY	Alain	PU-PH	Dermato-vénéréologie
ECOFFEY	Claude	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
EDAN	Gilles	Professeur en surnombre	Neurologie
FERRE	Jean-Christophe	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
FEST	Thierry	PU-PH	Hématologie ; transfusion
FLECHER	Erwan	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
GANDEMER	Virginie	PU-PH	Pédiatrie
GANDON	Yves	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
GANGNEUX	Jean-Pierre	PU-PH	Parasitologie et mycologie
GARIN	Etienne	PU-PH	Biophysique et médecine nucléaire
GARLANTEZEC	Ronan	PU-PH	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GAUVRIT	Jean-Yves	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
GODEY	Benoît	PU-PH	Oto-rhino-laryngologie
GUGGENBUHL	Pascal	PU-PH	Rhumatologie
GUILE	François	PU-PH Professeur Emérite au 01/11/2020	Urologie
GUYADER	Dominique	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
HAEGELEN	Claire	PU-PH	Anatomie
HOUOT	Roch	PU-PH	Hématologie ; transfusion
JEGO	Patrick	PU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
JEGOUX	Franck	PU-PH	Oto-rhino-laryngologie
JOUNEAU	Stéphane	PU-PH	Pneumologie ; addictologie
KAYAL	Samer	PU-PH	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LAMY DE LA CHAPELLE	Thierry	PU-PH	Hématologie ; transfusion
LAVIOLLE	Bruno	PU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
LAVOUE	Vincent	PU-PH	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

NOM	PRENOM	TITRE	SOUS-SECTION CNU
LE BRETON	Hervé	PU-PH	Cardiologie
LE TULZO	Yves	PU-PH	Médecine intensive-réanimation
LECLERCQ	Christophe	PU-PH	Cardiologie
LEDERLIN	Mathieu	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
LEGUERRIER	Alain	Professeur Emérite	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
LE JEUNE	Florence	PU-PH	Biophysique et médecine nucléaire
LEVEQUE	Jean	PU-PH	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LIEVRE	Astrid	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MABO	Philippe	PU-PH	Cardiologie
MAHE	Guillaume	PU-PH	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
MALLEDANT	Yannick	Professeur Emérite	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
MATHIEU-SANQUER	Romain	PU-PH	Urologie
MENER	Eric	Professeur associé	Médecine générale
MICHELET	Christian	Professeur Emérite	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
MOIRAND	Romain	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MORANDI	Xavier	PU-PH	Anatomie
MOREL	Vincent	Professeur associé	Médecine palliative
MOSSER	Jean	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
MOURIAUX	Frédéric	PU-PH	Ophtalmologie
MYHIE	Didier	Professeur associé	Médecine générale
NAUDET	Florian	PU-PH	Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie
ODENT	Sylvie	PU-PH	Génétique
OGER	Emmanuel	PU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PARIS	Christophe	PU-PH	Médecine et santé au travail
PERDRIGER	Aleth	PU-PH	Rhumatologie
PESCHANSKY	Nicolas	Professeur Associé	Médecine d'urgence
PLADYS	Patrick	PU-PH	Pédiatrie
RAVEL	Célia	PU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
RENAUT	Pierric	Professeur associé	Médecine générale
REVEST	Matthieu	PU-PH	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
RIFFAUD	Laurent	PU-PH	Neurochirurgie
RIOUX-LECLERCQ	Nathalie	PU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
ROBERT-GANGNEUX	Florence	PU-PH	Parasitologie et mycologie
ROPARS	Mickaël	PU-PH	Chirurgie orthopédique et traumatologique
SAINT-JALMES	Hervé	PU-PH Professeur Emérite au 01/12/2020	Biophysique et médecine nucléaire
SAULEAU	Paul	PU-PH	Physiologie
SCHNELL	Frédéric	PU-PH	Physiologie
SEGUIN	Philippe	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
SIPROUDHIS	Laurent	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
SOMME	Dominique	PU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SOULAT	Louis	Professeur associé	Médecine d'urgence
SULPICE	Laurent	PU-PH	Chirurgie viscérale et digestive
TADIE	Jean Marc	PU-PH	Médecine intensive-réanimation
TARTE	Karin	PU-PH	Immunologie
TATTEVIN	Pierre	PU-PH	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
THIBAUT	Ronan	PU-PH	Nutrition
THIBAUT	Vincent	PU-PH	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
THOMAZEAU	Hervé	PU-PH Professeur Emérite au 01/11/2020	Chirurgie orthopédique et traumatologique
TORDJMAN	Sylvie	PU-PH	Pédopsychiatrie ; addictologie
VERHOYE	Jean-Philippe	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
VERIN	Marc	PU-PH	Neurologie
VIEL	Jean-François	PU-PH	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
VIGNEAU	Cécile	PU-PH	Néphrologie
VIOLAS	Philippe	PU-PH	Chirurgie infantile
WATIER	Eric	PU-PH	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
WODEY	Eric	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES au 01/09/2020			
NOM	PRENOM	TITRE	SOUS-SECTION CNU
ALLORY	Emmanuel	MCF associé	Médecine générale
AME	Patricia	MCU-PH	Immunologie
AMIOT	Laurence	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
ANSELM	Amédéo	MCU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
ARNAUD	Alexis	MCU-PH	Chirurgie infantile
BANATRE	Agnès	MCF associé	Médecine générale
BASTIAN	Benjamin	MCF associé	Médecine générale
BEGUE	Jean Marc	MCU-PH	Physiologie
BERTHEUIL	Nicolas	MCU-PH	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
BROCHARD	Charlène	MCU-PH	Physiologie
CABILLIC	Florian	MCU-PH	Biologie cellulaire
CASTELLI	Joël	MCU-PH	Cancérologie ; radiothérapie
CAUBET	Alain	MCU-PH	Médecine et santé au travail
CHAPRON	Anthony	MCF	Médecine générale
CHHOR-QUENIART	Sidonie	MCF associé	Médecine générale
CORVOL	Aline	MCU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
DE TAYRAC	Marie	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DEGEILH	Brigitte	MCU-PH	Parasitologie et mycologie
DROITCOURT	Catherine	MCU-PH	Dermato-vénéréologie
DUBOURG	Christèle	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DUGAY	Frédéric	MCU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
EDELINE	Julien	MCU-PH	Cancérologie ; radiothérapie
FIQUET	Laure	MCF associé	Médecine générale
GOUIN épouse THIBAUT	Isabelle	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
GUILLET	Benoît	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
JAILLARD	Sylvie	MCU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
KALADJI	Adrien	MCU-PH	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
KAMMERER-JACQUET	Solène-Florence	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
LAVENU	Audrey	MCF	sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
LE GALL	François	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
LEMAITRE	Florian	MCU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MARTINS	Pédro Raphaël	MCU-PH	Cardiologie
MENARD	Cédric	MCU-PH	Immunologie
MICHEL	Laure	MCU-PH	Neurologie
MOREAU	Caroline	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
MOUSSOUNI	Fouzia	MCF	Informatique
NYANGO TIMOH	Krystel	MCU-PH	Anatomie
PANGAULT	Céline	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
ROBERT	Gabriel	MCU-PH	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
TURLIN	Bruno	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
VERDIER épouse LORNE	Marie-Clémence	MCU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
ZIELINSKI	Agata	MCF	Philosophie

Table des matières

1	Introduction	8
2	Matériel et méthode	10
2.1	Population étudiée :	10
2.2	Questionnaire :	10
2.3	Analyse statistique	12
2.4	Ethique	12
3	Résultats	13
3.1	Caractéristiques sociodémographiques et quantité d'activité physique	13
3.2	Avis et information sur l'activité physique :	15
3.3	Raisons qui motivaient ou démotivaient les patients à faire de l'activité physique :	16
3.4	Les conseils apportés par le médecin concernant l'activité physique :	17
3.5	Information délivrée aux patients sur l'APA et sa prescription :	17
4	Discussion	19
4.1	Caractéristiques socio-démographiques	19
4.2	Plus de deux tiers des patients atteignent les objectifs de l'OMS en matière d'activité physique et avis majoritairement positif sur l'activité physique.	19
4.3	Le rôle des professionnels de santé dans le « sport-santé »	22
4.4	L'activité physique adaptée, un outil en voie de démocratisation.	22
4.5	Une autre façon de voir le colloque singulier entre le médecin et le patient : l'éducation thérapeutique.	24
4.6	Forces et faiblesses de l'étude	25
4.6.1	Forces	25
4.6.2	Faiblesse	25
5	Conclusion	26
6	Bibliographie	27
7	Annexe	30
7.1	Questionnaire diffusé	30
7.2	Liste des trente ALD exonérantes	35
7.3	Tableau de correspondance entre les groupes d'ALD créés pour l'étude et les ALD exonérantes	36
7.4	Population selon le sexe et la catégorie socioprofessionnelle en 2019	36
7.5	Répartition des différentes ALD en nombre et pourcentage.	37
		37

Remerciement

Remerciements aux membres de mon jury :

Madame la Professeure Cécile VIGNEAU,

Vous me faites l'honneur de présider mon jury de thèse, soyez assurée de ma reconnaissance.

Monsieur le Docteur Emmanuel ALLORY

Merci d'avoir accepté de prendre part à ce jury.

Monsieur le Professeur Ronan GARLANTEZEC,

Merci d'avoir accepté de prendre part à ce jury.

Monsieur Thierry PRESTEL,

Merci de votre présence à ce jury de thèse, merci d'avoir été là pour ce dernier stage d'internat si particulier, merci de m'avoir fait confiance. Votre vision de la promotion et de l'éducation m'inspirera pour la suite de ma pratique de médecin.

Monsieur le Professeur Frédéric SCHNELL,

Il y a 3 ans j'ai eu la chance de réaliser un stage en médecine du sport au CHU de Rennes.

Lors de ce stage, tu m'as beaucoup appris, et avec le Professeur Carré vous m'avez sensibilisé à la prévention.

Merci d'avoir cru en mes capacités pour ce travail de thèse, merci de ton aide précieuse lors des différentes étapes de ce travail. Je suis fier d'avoir réalisé cette thèse sous ta direction.

A toutes les personnes qui m'ont aidé durant ce travail de thèse : les médecins généralistes ayant acceptés de participer à cette étude, les médecins de services ayant acceptés de diffuser le questionnaire dans les services de consultation du CHU de Rennes ainsi que les IDE de ces services de consultations, à Adeline qui m'a aidé à retranscrire les questionnaires.

Remerciement ...

- *A mes parents, pour votre soutien sans faille, malgré les difficultés, merci d'avoir toujours cru en moi.*
- *A ma petite sœur, qui est un modèle pour moi.*
- *A Christian et Nicole, merci pour votre soutien et votre accueil au sein de votre famille.*
- *Aux patates : Aurélien, Catherine, Céline, Corentin, Guillaume, Jiyun, Julien, Micka, Muriel et Rémi. Merci d'avoir été à mes côtés depuis la deuxième année de médecine*
- *A la confrérie du GC : Adeline, Boris, Emmanuel, Gildas, Hélène, Josselin, Laurie, Louis-Marie, Marie, Pauline, Xavier (et à nos enfants présents et à venir qui viendront agrandir l'équipe). A tous nos moments passés sur les bancs de la fac, à nos soirées, à notre amitié qui dure !*
- *A toi, Raphaël, mon fils, j'ai hâte de redécouvrir le monde à travers tes yeux.*
- *Et enfin A toi Pauline, ma moitié. Merci pour ton amour, ton soutien, ta présence de tous les instants. Il n'y a rien que je veuille accomplir sans toi « We are an effective team ! »*

1 Introduction

En France, l'espérance de vie globale augmente mais l'espérance de vie en bonne santé n'évolue pas (1). On observe également une augmentation des déclarations d'ALD (affection de Longue durée) (2) depuis plusieurs années. Cela est dû à diverses raisons dont l'apparition de nouvelles pathologies dues à l'augmentation de pathologies sévères.

Il a été montré par de nombreuses études (3–7) dont une étude de l'INSERM (8) que la réalisation d'une activité physique (AP) présente de nombreux bienfaits, et notamment dans la prévention et le traitement des maladies chroniques. Il est également reconnu que la sédentarité est dangereuse pour la santé (9,10). Dans ce contexte, la réalisation d'une activité physique est un enjeu majeur de santé publique. Selon l'OMS, Les adultes âgés de plus de 18 ans devraient pratiquer au moins, au cours de la semaine, 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 (11).

C'est dans ce contexte que le dispositif « Sport sur ordonnance » (de la loi santé du 30 Décembre 2016) (12) a été mis en place, permettant aux patients souffrant d'une pathologie présente sur le tableau des affections de longue durée exonérantes (13) de bénéficier d'une prescription d'activité physique adaptée (APA) de la part de leur médecin traitant. L'APA est définie dans la loi santé comme la pratique dans un contexte d'activité du quotidien, de loisirs, de sports ou d'exercices programmés, des mouvements corporels produits par les muscles squelettiques, basée sur les aptitudes et les motivations des personnes ayant des besoins spécifiques qui les empêchent de pratiquer dans des conditions ordinaires

Malgré les bénéfices d'une activité physique pour les patients montré dans plusieurs études, (14) des études centrées sur des patients avec des ALD bien précises ont montré un faible taux d'exercice physique parmi ces malades (15) et des freins à l'exercice physique variés comme le fait de ne pas apprécier l'activité physique, le prix, le manque de temps, la solitude, les horaires inadaptés (16). Ces freins semblent être globalement les mêmes que ceux rencontrés dans la population générale (17).

D'autres travaux ont étudié l'avis des médecins généralistes sur l'activité physique adaptée (APA) et notamment sur la prescription de celle-ci (18), avec de nombreuses critiques, en particulier sur la nécessité d'une meilleure organisation des réseaux pouvant accueillir ces patients. Un frein important a aussi été mis en avant par les médecins généralistes ; à savoir celui du financement. En effet l'APA n'est pas remboursée par l'assurance maladie. Il résulte de tous ces freins un faible taux de prescription d'APA.

Devant ces constatations, il nous a semblé pertinent de réaliser un état des lieux du niveau d'activité physique des patients en ALD exonérantes en Ille-et-Vilaine, travail qui n'a jamais été réalisé. Les objectifs secondaires de ce travail étaient d'évaluer les connaissances et le degré d'information des patients, ainsi que les freins et leviers à la pratique d'une activité physique dans cette population.

2 Matériel et méthode

Une étude épidémiologique descriptive transversale ayant lieu en Ille-et Vilaine a été menée grâce à un auto-questionnaire sur papier, anonyme, entre Mars et Juillet 2020.

2.1 Population étudiée :

Il s'agit de patients en ALD, ayant leur médecin généraliste en Ille-et-Vilaine ou leur médecin spécialiste au CHU de Rennes.

Afin de recruter ces patients nous nous sommes rapprochés des médecins généralistes d'Ille-et-Vilaine, contactés à l'aide d'une mailing liste transmise par le conseil départementale de l'ordre des médecins d'Ille-et-Vilaine. 20 médecins ont répondu positivement, nous leur avons donc transmis vingt questionnaires chacun.

Nous avons également demandé la participation des services de consultation du CHU de Rennes. Les spécialités qui ont accepté sont : la cardiologie, la pneumologie, la gastro-entérologie, l'hépatologie, la néphrologie, l'endocrinologie.

Les critères d'inclusion étaient :

- Tout patient âgé de plus de 18 ans, en ALD exonérante.

Les critères de non-inclusion :

- Patients s'opposant à sa participation à l'étude
- Patient bénéficiant d'une protection légale ou privé de leur liberté
- Patient institutionnalisé (EHPAD)

Le critère d'exclusion :

- Pas de réponse à l'item du questionnaire sur le ou les ALD contractées.

2.2 Questionnaire :

Les questionnaires ont été mis à disposition des patients en salles d'attentes ou bien étaient confiés aux Infirmières de consultations des services concernés. Chez les médecins généralistes les questionnaires étaient posés dans leur salle de consultation, afin de pouvoir remplir eux même la ou les ALD contractées par le patient.

Si l'ALD était remplie par le professionnel de santé, le patient terminait de répondre au questionnaire seul en salle d'attente après la consultation. Du fait de la multiplicité des sollicitations, les patients ont été informés qu'ils ne pouvaient répondre qu'une seule fois.

Le questionnaire était composé de quatre parties :

- Partie 1 : données démographiques (âge, sexe, poids, taille, ALD contractée(s), données socio-économiques selon les catégories éditées par l'INSEE (19), lieu de résidence).
- Partie 2 : données concernant le niveau d'activité physique, basé sur le questionnaire validé IPAQ court (pratique, niveau, type, durée), disponible en annexe.
- Partie 3 : avis sur l'activité physique : motivations et freins à la réalisation d'une activité physique, connaissances sur les effets de l'activité physique et sources d'informations à ce sujet.
- Partie 4 : Prescription d'activité physique : conseil ou déconseil sur la réalisation d'une activité physique de la part de leur médecin traitant ou un médecin spécialiste, l'obtention d'une information sur la possibilité de réaliser une activité physique adaptée (APA) et enfin prescription ou non d'APA par le médecin généraliste ou le spécialiste.

A l'issue de la période de recueil, 95 questionnaires ont été récupérés chez les médecins généralistes et 317 questionnaires au CHU de Rennes, 5 questionnaires ont été exclus car nous n'avions pas d'informations sur leur ALD.

Par la suite, les questionnaires remplis ont été récupérés puis il y a eu une double lecture des réponses et une transcription des réponses sur un tableau Excel à des fins de calculs statistiques.

Concernant le calcul de la quantité d'activité physique, nous avons utilisé un tableur Excel calculant automatiquement la quantité d'activité physique en MET (Metabolic Equivalent Task) à l'aide d'une formule (20) et à partir des données remplies par les patients. Nous avons ensuite retranscrit les données sur ce tableur Excel pour chaque patient. Nous avons récupéré une valeur en MET et le tableur a classé les patients en trois classes de niveau d'activité physique : élevée, modérée ou faible, en fonction de la valeur en MET. Ces bornes correspondent aux bornes dont l'OMS fait référence pour leurs recommandations concernant la quantité d'activité physique.

2.3 Analyse statistique

Pour l'analyse descriptive, les résultats quantitatifs ont été exprimé en moyenne $\pm$ écart-type et les résultats qualitatifs en pourcentages. Des analyses comparatives ont été effectuée entre le groupe de patients avec un bas niveau d'activité physique selon le questionnaire IPAQ et ceux ayant une activité physique au moins modérée, ce qui correspond aux recommandations de l'OMS actuelles.

Pour comparer les distributions des variables quantitatives entre deux groupes, le test de Student a été utilisé. Pour comparer les distributions des variables qualitatives entre deux groupes, le test du Chi2 a été utilisé. Le risque alpha était à 5%.

Lors de la réalisation des mesures statistiques nous avons opéré à un classement des ALD par système atteint, afin d'avoir une analyse facilitée. Nous passons donc de 20 ALD différentes retrouvés à 14 catégories différentes d'ALD.

2.4 Ethique

Cette étude a reçu un avis favorable du Comité d'Éthique du CHU de Rennes (avis n°19.136). La population étudiée était informée que les données recueillies étaient anonymes. Répondre aux questionnaires faisait preuve d'une participation volontaire et avait valeur de consentement.

3 Résultats

3.1 Caractéristiques sociodémographiques et quantité d'activité physique

Nous avons inclus un total de 407 patients dont les données démographiques sont décrites dans le tableau 1. Il s'agissait d'homme dans 58.9% des cas, d'âge moyen de 55.2 ± 16.3 ans, avec un IMC moyen de $26.16 \pm 5.06 \text{ kg/m}^2$. Les sujets inclus étaient principalement des retraités (34.3%), des employés (18.3%) et des cadres (14.3%), avec une sous-représentation des ouvriers (5.4%) mais l'ensemble des situations socio professionnelles étaient représentées. 43.2% des sujets étaient citoyens. Les ALD les plus représentées étaient les greffes rénales (23.3%), les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (17.2%) et les pathologies cardio-vasculaires (14.5%).

401 patients ont répondu au questionnaire IPAQ, mais les données n'étaient pas analysables pour 5 patients donc seules 396 réponses ont été prises en compte (tableau 2). En se basant sur les données de l'IPAQ, 28.8% (n=114) des sujets réalisaient une activité physique faible, 37.1% (n=147) une activité modérée et 34.1% (n=135) une activité physique élevée. 24.3% des sujets étaient inscrits à un club de sport, 14.7% étaient licenciés d'une fédération sportive et 4.9% pratiquaient du sport en compétition. Le temps journalier moyen passé assis était de 3.87 ± 2.25 heures/jour.

Les femmes étaient plus nombreuses dans le groupe avec faible niveau d'activité physique (52.2% dans le groupe AP faible vs 36.5% dans le groupe AP modérée ou élevée, $p=0.004$) avec un IMC supérieur (27.14 ± 5.31 dans le groupe AP faible vs 25.66 dans le groupe AP modérée ou élevée ± 4.81 , $p=0.009$). Il n'y avait pas de différence concernant les catégories socio-professionnelles, le type d'ALD, le lieu de résidence. Nous n'avons pas constaté de différence dans les résultats selon la période d'inclusion (pré et post confinement pour l'épidémie de COVID). Le fait d'être inscrit dans un club de sport ou d'être licencié dans une fédération sportive était associé à un niveau d'activité physique supérieur, (15% et 6.4% respectivement dans le groupe AP faible vs 29.9% et 19.1% dans le groupe AP modérée ou élevée, $p=0.002$ dans les 2 cas) mais n'excluait pas de réaliser une pratique d'activité sportive insuffisante. Le temps passé assis était plus important dans le groupe avec faible activité physique (4.52 ± 2.67 dans le groupe AP faible vs 3.66 ± 2.07 heures dans le groupe AP modérée ou élevée, $p=0.012$).

Tableau 1 : Données démographiques, temps et lieu de recueil. Description de la population et comparaison des deux groupes

	Population étudié	Niveau d'AP Bas (n = 114)	Niveau d'AP Modéré + élevé (n=282)	p value
Age (années)	55.2±16.3	56.85 ± 17.08	54.07 ± 15.75	0.124
Sexe féminin	167 (41.1%)	59 (52.2%)	103 (36.5%)	0.004
Poids (kg)	75,8±16,5	76.47 ± 17.33	75.42 ± 16.00	0.571
IMC	26.16±5.06	27.14 ± 5.31	25.66 ± 4.81	0.009
Situation socio professionnelle	n=405			0.424
Agriculteur	11 (2.7%)	4 (3.5%)	7 (2.5%)	
Artisans	22 (5.4%)	4 (3.5%)	18 (6.4%)	
Autre	46 (11.4%)	18 (15.8%)	28 (10%)	
Cadres	58 (14.3%)	14 (12.3%)	44 (15.7%)	
Cadres	74 (18.3%)	21 (18.4%)	51 (18.2%)	
Employés	22 (5.4%)	5 (4.4%)	15 (5.4%)	
Ouvriers	33 (8.1%)	6 (5.3%)	27 (9.6%)	
Prof. Intermédiaires Retraités	139 (34.3%)	42 (36.8%)	90 (32.1%)	
Lieu résidence	n=391			0.123
Citadin	169 (43.2%)	38 (36.2%)	124 (44.9%)	
Rural	222 (56.8%)	67 (63.8%)	152 (55.1%)	
Catégories d'ALD	n=407			0.161
Cardio-Vasculaire	59 (14.5%)	13 (11.4%)	42 (14.9%)	
Greffe de rein	95 (23.3%)	18 (15.8%)	76 (27%)	
Maladie métabolique	40 (9.8%)	12 (10.5%)	27 (9.6%)	
Gastro-Entérologie	70 (17.2%)	24 (21.1%)	46 (16.3%)	
Diabétologie	32 (7.9%)	10 (8.8%)	21 (7.4%)	
Pneumologie	5 (1.2%)	2 (1.8%)	3 (1.1%)	
Psychiatrie	9 (2.2%)	5 (4.4%)	4 (1.4%)	
Hémostase	1 (0.2%)	1 (0.9%)	0 (0%)	
Neurologie	8 (2%)	4 (3.5%)	4 (1.4%)	
Rhumatologie	4 (1%)	0 (0%)	4 (1.4%)	
Greffe de foie	3 (0.7%)	1 (0.9%)	2 (0.7%)	
Cancer	22 (5.4%)	4 (3.5%)	17 (6.0%)	
Plusieurs ALD	54 (13.3%)	18 (15.8%)	33 (11.7%)	
Hors liste	5 (1.2%)	2 (1.8%)	3 (1.1%)	
Lieu de recueil	n=407			0.397
Médecine Générale	90 (22.1%)	27 (23.7%)	56 (19.9%)	
CHU	317 (77.9%)	87 (76.3%)	226 (80.1%)	
dont :				
Cardiologie	62 (19.6 %)			
Diabétologie	10 (3.2%)			
Gastro-entérologie	75 (18.4%)			
Hépatologie	51 (12.5%)			
Néphrologie	109 (26.8%)			
Pneumologie	10 (2.5%)			
Temps de recueil	n=334			0.747
Avant le confinement	110 (32.9%)	28 (30.8%)	77 (32.6%)	
Pendant/après	224 (67.1%)	63 (69.2%)	159 (67.4%)	

Abréviations : IMC : indice de masse corporelle ; ALD : affection de longue durée ; CHU : centre hospitalier universitaire

3.2 Avis et information sur l'activité physique :

83.1% des patients estimaient que l'activité physique était bénéfique pour la santé et/ou l'évolution de leur affection chronique, 15.8% pensaient que l'activité physique était neutre et 1.1% estimaient que l'activité physique était délétère.

Concernant les sources d'informations sur l'effet de l'activité physique sur la santé et/ou sur leur maladie chronique, 54.1% avaient été informé par leur médecin, 33.9% par un ou plusieurs professionnels paramédicaux, 27.5% par leur entourage et 26.9% avaient été informé par les médias. 17.3% n'ont été informé par aucune de ces quatre sources.

Les sujets qui pensaient que l'activité physique était bénéfique pour leur santé ont moins fréquemment un niveau d'activité physique faible (72.9% dans le groupe AP faible vs 87.1% dans le groupe AP modérée ou élevée, $p=0.001$), alors que ceux qui pensaient qu'elle avait un effet neutre ont plus fréquemment un niveau d'activité bas (26% dans le groupe AP faible vs 11.8% dans le groupe AP modérée ou élevée, $p=0.001$). Le fait que l'information venait de leur médecin n'avait pas d'influence sur leur niveau d'activité physique, mais si l'information venait d'un paramédical cela augmentait le niveau d'AP (26.3% dans le groupe AP faible vs 37.2% dans le groupe AP modérée ou élevée, $p=0.050$).

3.3 Raisons qui motivaient ou démotivaient les patients à faire de l'activité physique :

87.1% des patients exprimaient le fait qu'une pratique sportive procure un bien-être physique, 73.1% qu'elle procure un bien être mental, 26.9% a un intérêt sur l'aspect social. Pour 11.3% des sondés il existait d'autres raisons, mais devant la grande hétérogénéité des réponses il n'a pas été possible de réaliser un classement informatif.

33.2% n'avaient pas déclaré de raisons démotivantes, 28.8% exprimaient un manque de temps, 22.5% exprimaient un manque d'envie, 19.9% décrivent une incapacité, 8% évoquaient l'aspect financier, pour 4.9% il y a un souci d'accessibilité, un effet négatif sur la santé est exposé comme raison démotivante par 1.8%, enfin, pour 8.5% il existe d'autres raisons mais devant la grande hétérogénéité des réponses il n'a pas été possible de réaliser un classement informatif. Sur les 77 personnes ayant exprimé une incapacité à réaliser une activité physique, 75 ont détaillé cette incapacité. 72.7% décrivaient une incapacité en lien avec des symptômes de leurs maladies ou bien avec des effets indésirables de leurs traitement. 9.1% de ces patients décrivaient une incapacité à cause de croyances limitantes ou un manque d'information et 6.5% de ces patients décrivaient une limitation physique passagère (grossesse, traumatisme aigue...)

Si les raisons poussant à réaliser une activité physique était le bien-être physique ou mental, alors les patients avaient un niveau de pratique plus élevé (respectivement 77.7% et 62.1% dans le groupe AP faible vs 91.5% et 77.7% dans le groupe AP modérée ou élevée, $p=0.000$ et $p=0.003$). Concernant les freins à la réalisation d'une activité physique déclarée par les patients, le manque de temps était rapporté dans les 2 groupes et n'avait donc pas d'influence sur le niveau de pratique effective (28.7% vs 28.4%, $p=0.955$). L'accessibilité à la pratique sportive n'était qu'un problème mineur. Les raisons financières étaient plus fréquemment rapportées dans le groupe avec faible niveau d'AP (13% vs 6.3%, $p=0.032$) ; Le manque d'envie était la principale cause de faible pratique d'activité physique (37% vs 16.6%, $p=0.000$), de même que l'incapacité ressentie par le patient (29.6% vs 16.2%, $p=0.003$)

3.4 Les conseils apportés par le médecin concernant l'activité physique :

266 patients sur 385 (69.1%) ont reçu le conseil de réaliser de l'activité physique de la part de leur médecin, 210 sur 377 (55.7%) ont reçu ce conseil de la part de leur médecin généraliste et 122 sur 377 (32.4%) de la part de leur médecin spécialiste.

Les sujets inclus en médecine générale rapportaient plus fréquemment avoir eu un conseil de la part de leur médecin généraliste de pratiquer une activité physique que ceux inclus au CHU (72.36 % vs 51.5 %, $p=0.001$).

12 patients sur 383 (3.1%) ont déclaré que la pratique d'une activité physique leur avait été déconseillée par un médecin, 9 sur 383 (2.3%) par leur médecin généraliste et 4 sur 382 (1%) par leur médecin spécialiste (dont 2 cardiologues et un médecin du sport).

On constate que si le médecin avait déjà conseillé de faire de l'activité physique cela augmentait la pratique du patient (60.7% dans le groupe AP faible vs 72.6% dans le groupe AP modérée ou élevée, $p=0.025$). Le déconseille n'avait pas d'influence, car rarement rapporté par les patients.

3.5 Information délivrée aux patients sur l'APA et sa prescription :

135 patients sur 379 (35.6%) des patients ont eu une information sur l'APA, dont 101 sur 367 (27.5%) par leur médecin et 54 sur 367 (14.7%) par un professionnel paramédical, 21 sur 367 (5.7%) par leur entourage et 17 sur 367 (4.6%) au travers des médias.

Sur 375 réponses, 52 patients (13.9%) ont bénéficié d'une prescription d'APA, 33 patients sur 369 (8.9%) ont eu la prescription par leur médecin généraliste et 17 sur 369 (4.6%) par leur spécialiste.

Le fait d'avoir eu une information sur l'APA n'améliore pas la pratique d'AP (29.5% dans le groupe AP faible vs 38.7% le groupe AP modérée ou élevée, $p=0.097$), sauf si cette information est délivrée par un paramédical (6% vs 18.1%, $p=0.004$). La prescription d'APA était faible (13.9%) mais sa prescription n'améliorait pas le niveau d'AP (12.6% vs 14.4%, $p=0.659$).

Tableau 2 : Pratique sportive, avis sur l'activité physique leviers, freins, conseil du médecin, information sur l'APA et prescription d'APA, Description de la population et comparaison des deux groupes

	Population étudié	Niveau d'AP Bas n = 114 (28.8%)	Niveau d'AP Modéré + élevé (n=282) (71.2%)	p value
Inscription à un club de sport	n=407 99 (24.3%)	16 (15%)	82 (29.9%)	0.002
Licencié d'une fédération sportive	n=407 60 (14.7%)	7 (6.4%)	52 (19.1%)	0.002
Sport pratiqué en compétition	n=407 20 (4.9%)	2 (1.9%)	18 (6.6%)	0.057
Avis sur l'Effet de l'AP	n=373			
Bénéfique	310 (83.1%)	70 (72.9%)	236 (87.1%)	0.001
Neutre	59 (15.8%)	25 (26.0%)	32 (11.8%)	0.001
Délétère	4 (1.1%)	1 (1.0%)	3 (1.1%)	0.958
Source Info effet de l'AP :	n=375			
Médecin	203 (54.1%)	47 (47.5%)	151 (56.1%)	0.140
Paramédicaux	127 (33.9%)	26 (26.3%)	100 (37.2%)	0.050
Médias	101 (26.9%)	23 (23.2%)	76 (28.3%)	0.336
Entourage	103 (27.5%)	30 (30.3%)	70 (26.0%)	0.413
Raisons Motivant la réalisation d'AP	n=379			
Raison sociale	102(26.9%)	21 (20.4%)	79 (29.3%)	0.084
Raison bien-être physique	330 (87.1%)	80 (77.7%)	247 (91.5%)	0.000
Raison bien-être mental	277 (73.1%)	64 (62.1%)	209 (77.4%)	0.003
Raisons Démotivant la réalisation d'AP	n=386			
Manque de temps	111 (28.8%)	31 (28.7%)	77 (28.4%)	0.955
Soucis d'accessibilité	19 (4.9%)	3 (2.8%)	16 (5.9%)	0.208
Raison financière	31 (8%)	14 (13%)	17 (6.3%)	0.032
Pas d'envie	87 (22.5%)	40 (37.0%)	45 (16.6%)	0.000
Effet délétère pour la santé	7 (1.8%)	1 (0.9%)	5 (1.8%)	0.518
Incapacité	77 (19.9%)	32 (29.6%)	44 (16.2%)	0.003
Autre	33 (8.5%)			
Conseil AP	n=385			
Conseil AP Med Gé	266 (69.1%)	65 (60.7%)	196 (72.6%)	0.025
Conseil AP Spé	210(55.7%)	53 (50.5%)	153 (57.7%)	0.205
	122 (32.4%)	27 (25.7%)	95 (35.8%)	0.062
Déconseil AP	n=383			
Déconseil AP Med G	12 (3.1%)	3 (2.8%)	8 (3.0%)	0.925
Déconseil AP Spé	9 (2.3%)	2 (1.9%)	6 (2.2%)	0.823
	4 (1.0%)	1 (0.9%)	3 (1.1%)	0.903
Info APA	n=379			
Médecin	135 (35.6%)	31 (29.5%)	103 (38.7%)	0.097
Paramédicaux	101 (27.5%)	22 (22%)	78 (30%)	0.129
Médias	54 (14.7%)	6 (6%)	47 (18.1%)	0.004
Entourage	17 (4.6%)	5 (5%)	12 (4.6%)	0.878
	21 (5.7%)	8 (8%)	13 (5%)	0.277
Prescription APA	n=375			
Médecin généraliste	52 (13.9%)	13 (12.6%)	38 (14.4%)	0.659
Spécialiste	33 (8.9%)	8 (7.8%)	25 (9.6%)	0.598
	17 (4.6%)	4 (3.9%)	13 (5%)	0.663

AP : activité physique, APA : Activité physique adaptée, Med G : médecin généraliste, Spé : médecin spécialiste

4 Discussion

Dans notre étude nous avons vu que 83,1% des patients interrogés pensent que l'activité physique est bénéfique pour la santé et que 71,2% des patients suivent les recommandations de l'OMS en matière de quantité d'activité physique. Le bien-être physique et le bien être mental sont au premier plan des raisons motivantes à l'activité physique tandis que le manque de temps, d'envie et la présence d'une incapacité sont les trois principales raisons démotivantes.

4.1 Caractéristiques socio-démographiques

Nous avons interrogé 41% de femmes. Cette proportion est plus faible que celle des femmes ayant une ALD en France en 2017 (51.1%). l'âge moyen dans notre étude était de 55.2 ans, ce qui est aussi plus jeune que la moyenne des patients en ALD en France en 2017 (63 ans) (21). Concernant la distribution des caractéristiques socio-professionnelles de la population interrogée, elle se rapproche de celle de la population générale selon une étude de l'INSEE, mis à part la proportion d'ouvriers, plus faible dans notre étude (5.4%) (19). Cependant concernant le pourcentage de chaque ALD contractées par les patients, la distribution dans notre étude diffère de celle dans la population générale, que ce soit dans la population de l'Ille et Vilaine, de la Bretagne ou de la France (tableau en annexe) (21), par exemple, dans notre étude, 23,06% des patients avaient une ALD 28 : greffe, alors qu'en Ille-et-Vilaine seulement 0,16% des patients en ALD ont bénéficié d'une greffe, le pourcentage est similaire en Bretagne et en France. Autre exemple les maladies néoplasiques qui représentent 7,14% des patients de notre étude et 16,80% des patients avec une ALD en Ille-et-Vilaine, le pourcentage est légèrement plus élevé en Bretagne et on retrouve 20,68%.

4.2 Plus de deux tiers des patients atteignent les objectifs de l'OMS en matière d'activité physique et avis majoritairement positif sur l'activité physique.

Nous observons que 83.1 % des répondants pensent que l'activité physique est bénéfique pour la santé. Cela montre que pour la grande majorité, l'effet bénéfique de l'activité physique est acquis, ce qui constitue une bonne condition pour faire en sorte que ces patients en ALD réalisent de l'activité physique.

Cette information sur l'effet de l'activité physique vient surtout des médecins (54.1%). En revanche le fait que celle-ci vienne de leur médecin n'avait pas d'influence sur leur niveau d'activité physique, mais si l'information venait d'un paramédical cela augmentait le niveau d'AP (26.3% dans le groupe AP faible vs 37.2% dans le groupe AP modérée ou élevée, $p=0.050$). C'est pourquoi il nous semble important d'intégrer le personnel paramédical dans le conseil aux patients en termes d'activité physique.

Nous voyons aussi que les patients réalisant peu d'activité physique pensent moins qu'elle est bénéfique et plus qu'elle est neutre sur le plan de la santé par rapport à l'autre groupe. Cela nous montre qu'il faut faire attention au message que nous véhiculons concernant l'activité physique. En tant que soignant, informer que celle-ci est neutre ne suffit pas pour encourager les patients à faire plus d'activité physique.

Dans le même temps nous voyons que 71.2 % des patients ont un niveau d'activité physique au moins modérée, ils atteignent donc les recommandations de l'OMS (11). Dans l'étude nationale nutrition santé de 2006 utilisant l'IPAQ, (22) 63% des sondés déclarent atteindre un niveau d'activité physique modérée (classe « modérée » et « élevée » de l'Ipaq). Dans la troisième édition de l'étude individuelle nationale des consommations alimentaires (INCA3) (23) présentée par l'Anses (Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail), utilisant le GPAQ, 63% des adultes de 18 à 79 ans atteignent un équivalent d'au moins 150 minutes par semaine d'activité physique, comme recommandé par l'OMS. Ces deux résultats sont légèrement en dessous de ceux de notre étude et bien qu'espacés dans le temps, montrent un même taux de sondés suivant les recommandations de l'OMS.

Ce résultat sous-entend que ces patients n'ont pas nécessairement besoin de bénéficier d'activité physique adaptée même si une attention particulière devra être portée par les médecins pour qu'ils maintiennent ce niveau d'activité physique en veillant à l'absence de contre-indication éventuelles.

Concernant les freins à l'activité physique, dans notre analyse les trois principaux que sont le manque de temps, d'envie et un sentiment d'incapacité sont en partie retrouvés également dans d'autres études (24–26). Ces freins pourraient disparaître de plusieurs manières. Premièrement avec l'aide du professionnel de santé en modifiant les représentations du patient concernant l'activité physique et le temps à y consacrer, mais aussi concernant sa maladie et les incapacités qu'il pense avoir. Il est ensuite possible que le manque d'envie disparaisse si le

patient se sent plus en capacité de réaliser de l'activité physique. Deuxièmement avec l'aide de l'APA et d'un éducateur APA, qui, en élaborant un programme adapté, pourra rentabiliser le temps passé à faire de l'activité physique et s'adaptera aux éventuelles incapacités du patient. Il pourra également motiver la personne bénéficiaire tout au long de la prise en charge.

Dans notre étude, l'aspect financier n'a pas été un souci fréquemment décrit par la population interrogée, bien que significativement plus souvent évoqué dans le groupe avec un faible niveau d'activité physique. Concernant les études qui évoquent les freins à la pratique de l'activité physique citées plus haut, seule une montre l'aspect financier comme un frein (25). Au regard de nos résultats, il paraît donc important de favoriser des activités physiques pas ou peu chères pour essayer d'encourager les patients en faisant peu, à en faire plus.

Au sujet des leviers pouvant faire réaliser de l'activité physique nous retrouvons dans notre étude surtout l'idée que l'AP renforce le bien-être physique et mental, ce constat est retrouvé dans d'autres analyses, comme une étude qualitative de 2010 sur 20 personnes retraitées qui trouvaient que les principales motivations à la pratique étaient l'aspect relationnel, la santé et le bien-être. Ou bien dans une étude parisienne de 2017 descriptive transversale de 136 patients consultant en médecine générale avec étude qualitative de 19 entretiens qui trouvaient qu'une bonne santé physique et mentale, la solidarité entre malades, la socialisation, le besoin de retrouver l'estime de soi, l'envie de vivre un moment heureux et la dépendance au dispositif de sport constituaient les principaux éléments motivants (26,27). Le fait de savoir que dans notre étude les patients exprimaient le bien-être physique et mental plus que l'aspect social nous fait penser qu'il faut axer le discours sur le sport bien-être. Avoir une approche de l'activité physique moins axée sur le sport à connotation de performance, pourrait également favoriser l'activité chez les femmes, souvent moins motivées par la compétition même si cela reste à démontrer, n'ayant pas trouvé de données sur ce sujet dans la littérature.

4.3 Le rôle des professionnels de santé dans le « sport-santé »

69,1% des patients ont été conseillé par leur médecin pour la réalisation d'une activité physique. 55,7% l'ont été par leur médecin traitant ce qui est positif. Un taux importants de médecins conseillant leurs patients est retrouvé dans une étude réalisée dans le Val de Marne (28) avec 95% des médecins qui conseillent leurs patients au moins plusieurs fois par semaine. Cependant, ce chiffre est difficile à interpréter car il n'est pas précisé le pourcentage des patients en ALD bénéficiant de conseil. Une autre étude basée sur des entretiens semi-directifs portant sur la prévention a été réalisée auprès de 99 médecins généralistes franciliens entre 2010 et 2011. Cette étude, parut dans la revue « santé publique » du premier semestre 2016 montre que ce conseil n'est pas systématique pour chaque patient, mais qu'il est tout de même plus fréquent en prévention secondaire et tertiaire que primaire (29). Les raisons évoquées dans cette étude pour expliquer que ce conseil ne soit pas donné plus fréquemment sont, une formation insuffisante des médecins, une mobilisation nationale peu aidante et peu de relais identifiés pour l'activité physique autour du médecin.

Dans notre étude, les sujets inclus en cabinet de médecine générale rapportaient plus fréquemment avoir eu un conseil de la part de leur médecin généraliste de pratiquer une activité physique que ceux inclus au CHU (72.36 % vs 51.5 %, $p=0.001$). Si on considère que les médecins généralistes qui ont participé à notre étude sont intéressés par l'activité physique, on peut donc en déduire qu'un médecin motivé par ce soin en parlera plus à ces patients.

4.4 L'activité physique adaptée, un outil en voie de démocratisation.

Concernant l'APA on voit que seulement 35,6% des patients interrogés ont eu une information sur l'APA, qui est surtout donnée par les professionnels de la santé. Il est également à noter que, comme avec l'information sur l'activité physique, les professionnels paramédicaux ont significativement plus informé les patients réalisant un niveau moyen et élevée d'activité physique. C'est un argument de plus pour inclure pleinement les professionnels paramédicaux dans le conseil en activité physique pour le patient.

Concernant la prescription d'APA, elle est très faible dans notre étude (13,5%) et il n'a pas été retrouvé de différences de prescription entre les deux groupes, cependant le nombre de patients ayant eu une prescription était faible. Malheureusement il n'a pas été retrouvé de données comparatives dans la littérature. Concernant les freins à cette prescription, une étude (30) montre qu'ils peuvent être dues au manque de formation des médecins et aux difficultés à

adresser les patients vers une structure adaptée et le prix de l'APA. Dans cette étude, les éléments d'incitation à la prescription sont une meilleure information sur les lieux dispensant de l'AP, une formation à la prescription et la prise en charge financière de l'APA.

Pour lutter contre l'absence de connaissances concernant les réseaux d'APA, une étude française, basque, montre qu'il peut être pertinent de s'appuyer sur des intermédiaires pour aider à orienter les patients et favoriser la poursuite de l'AP par le patient (31). En France des outils ont été mis à la disposition du médecin traitant pour aider à la prescription comme le guide édité par l'HAS (32) ou encore le « Médicosport Santé » édité par le VIDAL pour aider à choisir une activité physique adaptée pour le patient (33). L'ARS Bretagne, propose via son site internet bretagne-sport-sante.fr (34) de connaître les offres d'APA en Bretagne pour les usagers et les professionnels de santé. Ils proposent également différents documents et outils pour les professionnels impliqués dans la promotion et la prescription d'APA. Une autre initiative, du comité départemental olympique et sportif d'Ille-et-Vilaine (CDOS) (35) est actuellement mise en place, en expérimentation pour l'instant. Elle consiste en une mise en réseau d'acteurs du sport et de la santé afin que les professionnels de santé dirigent leurs patients vers les structures sportives capables de les accueillir en fonction de leur pathologie. Si cette démarche est concluante, elle pourra aussi favoriser la prescription de l'APA par les médecins traitant. En revanche cela demande un effort du professionnel de santé qui doit se diriger lui-même vers ces outils.

Deuxième frein à la prescription qui apparaît dans l'étude citée plus haut, le prix de l'APA. En effet il n'existe pas de cotation au niveau de l'assurance maladie cela signifie qu'un patient devra prendre à sa charge les séances d'activité physique adaptée dont il bénéficiera. Cependant il existe des initiatives des collectivités locales ou des mutuelles, entre autres, pour essayer de diminuer le coût de l'APA pour les patients sans pour autant garantir une gratuité pour celui-ci. Cette question soulève une autre interrogation qui en découle : est-ce qu'un remboursement par l'assurance maladie de l'APA améliorerait l'observance d'un programme d'APA ou augmenterait-il le niveau d'activité physique des patients ?

Une autre façon de lutter contre le prix de l'APA est d'agir sur l'information et l'éducation thérapeutique en incitant le patient à faire de l'activité physique qui ne coûte rien ou presque comme de la marche ou du vélo par exemple.

Dernier frein, la formation à la prescription. Un travail de thèse (36) a abouti à la conclusion que les médecins ne se sentaient pas assez formés à la prescription de l'APA et que cela les freinaient à prescrire de l'APA même s'ils estiment aborder l'activité physique au moins une consultation sur 4 pour 97.5% des répondants et 3 consultations sur 4 pour 69.6% d'entre eux. Notre étude n'a pas abordé ce sujet mais il est primordial que le médecin se sente légitime et à l'aise avec cette prescription. La possibilité pour le médecin traitant de prescrire de l'APA est récente et il faudra sans doute du temps pour que les médecins s'approprient cette nouvelle prescription.

4.5 Une autre façon de voir le colloque singulier entre le médecin et le patient : l'éducation thérapeutique.

Pour lutter contre les freins à l'activité physique il existe d'autres actions possibles, c'est ici que l'éducation thérapeutique entre en jeu dans le but d'accompagner le patient dans une démarche thérapeutique incluant l'activité physique. L'éducation thérapeutique du patient (ETP) a déjà fait ses preuves au travers de plusieurs études (37,38). Cependant il est difficile de trouver dans la littérature des évaluations de l'ETP concernant la quantité d'activité physique. Néanmoins si celle-ci est considérée comme une thérapeutique à part entière et que l'ETP se montre performante pour améliorer l'observance des traitements par les patients, cela est encourageant quant à la possible efficacité de l'ETP sur la réalisation d'une activité physique par les patients.

Du côté du soignant cela nécessite un engagement important et surtout une remise en question des objectifs qu'il souhaite atteindre pour lui et pour le patient. Il ne s'agit plus de donner un conseil mais de faire naître chez le patient l'envie de faire de l'activité physique pour soi et non pour faire plaisir au médecin. Dans notre étude, concernant les trois premiers freins, l'éducation thérapeutique pourrait faire changer les représentations de ces patients concernant le temps, la motivation nécessaire pour faire de l'activité physique et leur regard sur leurs incapacités. Concernant ces patients se disant en incapacités, ils semblent être surtout limités par leur maladie, ce qui n'est pas une contre-indication à l'activité physique, bien au contraire (39).

4.6 Forces et faiblesses de l'étude

4.6.1 Forces

Dans notre étude nous avons inclus un nombre important de patients. Il existait une bonne variété des ALD dans cette échantillon et les catégories socio-professionnels étaient globalement comparables avec la population française. Le nombre important de sujets dans notre étude nous a permis d'avoir des données exploitables sur lesquelles une réflexion est possible, ce qui était le but de cette étude.

4.6.2 Faiblesse

Le questionnaire proposé était long pour les patients, peut-être aurions-nous dû nous focaliser sur le questionnaire IPAQ et les données socio démographiques pour ne pas perdre le patient et favoriser un bon remplissage de celui-ci. Parfois, à la relecture des réponses des patients certaines nous paraissaient exagérées ou peu probable, voire incohérente. Nous avons dû les garder mais concernant le taux de prescription d'APA par exemple, il était sûrement surestimé. Concernant les ALD le pourcentage de chacune n'était pas comparable avec les pourcentages retrouvés en Ile-et-Vilaine, en Bretagne et en France. Cela est dû au fait que nous avons demandé aux patients en consultation dans des services spécialisés du CHU. Cependant sans ces réponses venues du CHU de Rennes, il n'y aurait eu qu'une petite centaine de réponses venant des cabinets de médecine générale.

5 Conclusion

L'état des lieux du niveau d'activité physique des patients en ALD dans cette étude montre que plus des deux tiers des patients suivent les recommandations de l'OMS en termes de quantité d'activité physique. Ils sont plus informés par le corps médical sur les bienfaits de l'activité physique que par d'autres sources et les freins principaux exprimés sont accessibles au changement via un discours adapté des professionnels du soins et de l'activité physique.

Concernant l'APA, le pourcentage d'information des patients sur l'APA et sa prescription sont faibles. Pour améliorer cela, il nous paraît important pour le corps médical d'intégrer l'APA comme une thérapeutique à part entière en se faisant aider d'outils pour développer les réseaux d'APA dans les territoires.

Développer l'éducation thérapeutique pour lutter contre les freins à l'activité physique et autonomiser le patient nous semble aussi important.

Enfin, il nous paraît important que tous les acteurs autour de l'activité physique et de la santé comme les professionnels paramédicaux, les élus, les associations, et donc les médecins travaillent de concert, en interprofessionnalité pour faire la promotion de l'activité physique auprès des patients en ALD.

6 Bibliographie

1. Les Français vivent plus longtemps, mais leur espérance de vie en bonne santé reste stable - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 13 févr 2019]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/les-francais-vivent-plus-longtemps-mais-leur-esperance-de-vie-en-bonne-sante>
2. Données de cadrage : Les affections de longue durée (ALD) - IRDES [Internet]. [cité 20 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.irdes.fr/enseignement/chiffres-et-graphiques/ald-affections-de-longue-duree/incidence-ald.html>
3. Gandon F. Conséquences de l'activité physique adaptée sur la consommation de médicaments chez les personnes âgées en institution. 14 oct 2016;99.
4. Füssenich K, Nusselder WJ, Lhachimi SK, Boshuizen HC, Feenstra TF. Potential gains in health expectancy by improving lifestyle: an application for European regions. *Popul Health Metr.* 17 2019;17(1):1.
5. Røe C, Preede L, Dalen H, Bautz-Holter E, Nyquist A, Sandvik L, et al. Does adapted physical activity-based rehabilitation improve mental and physical functioning? A randomized trial. *Eur J Phys Rehabil Med.* juin 2018;54(3):419-27.
6. Hupin D, Roche F, Gremeaux V, Chatard J-C, Oriol M, Gaspoz J-M, et al. Even a low-dose of moderate-to-vigorous physical activity reduces mortality by 22% in adults aged ≥ 60 years: A systematic review and meta-analysis. *Br J Sports Med.* 3 août 2015;49.
7. Pedersen BK, Saltin B. Exercise as medicine – evidence for prescribing exercise as therapy in 26 different chronic diseases. *Scand J Med Sci Sports.* 2015;25(S3):1-72.
8. Activité physique : Prévention et traitement des maladies chroniques [Internet]. Inserm - La science pour la santé. [cité 25 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/expertises-collectives/activite-physique-prevention-et-traitement-maladies-chroniques>
9. Carré F. Danger: sédentarité : vivre plus en bougeant. 2013.
10. Les bienfaits de l'activité physique (et/ou les méfaits de la sédentarité) | Archive ouverte UNIGE [Internet]. [cité 16 févr 2019]. Disponible sur: <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:32407>
11. OMS | Recommandations mondiales en matière d'activité physique pour la santé [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 7 oct 2020]. Disponible sur: https://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/fr/
12. Décret-2016-1990-Dispensation-activité-physique-adaptée-ALD-1.pdf [Internet]. [cité 24 déc 2018]. Disponible sur: <http://a-f-p-l.net/wp-content/uploads/2017/10/D%C3%A9cret-2016-1990-Dispensation-activit%C3%A9-physique-adapt%C3%A9e-ALD-1.pdf>

13. Définition de l'ALD [Internet]. [cité 13 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/prescription-prise-charge/situation-patient-ald-affection-longue-duree/definition-ald>
14. Cottin-Euziol M-E. Étude du ressenti de la qualité de vie des sujets en situation de précarité pratiquant une activité physique adaptée régulière. 25 mai 2018;71.
15. Sokka T, Häkkinen A, Kautiainen H, Maillefert JF, Toloza S, Hansen TMø, et al. Physical inactivity in patients with rheumatoid arthritis: Data from twenty-one countries in a cross-sectional, international study. *Arthritis Care Res.* 2008;59(1):42-50.
16. Grondin É. Motivations et barrières à la pratique d'une activité physique prescrite au sein d'un programme Sport sur Ordonnance chez le patient diabétique de type 2. 27 mars 2018 [cité 6 juin 2019]; Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01764322>
17. Scoatariu-Thiébaud N. Activité Physique sur ordonnance: à propos d'une enquête auprès de patients, tout venant, consultant leur médecin généraliste en Lorraine. :120.
18. Chevallier E, Bultez J. Ressenti des médecins traitants de Rhône-Alpes concernant la prescription d'activité physique adaptée chez leurs patients. 9 oct 2017;186.
19. Population selon le sexe et la catégorie socioprofessionnelle | Insee [Internet]. [cité 5 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381478>
20. Calcul des scores de l'IPAQ (version courte). :1.
21. ameli.fr - Prévalence [Internet]. [cité 8 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/affection-de-longue-duree-ald/prevalence/prevalence-des-ald-en-2017.php>
22. ENNS : étude nationale nutrition santé [Internet]. [cité 25 oct 2020]. Disponible sur: [/determinants-de-sante/nutrition-et-activite-physique/enns-etude-nationale-nutrition-sante](https://determinants-de-sante/nutrition-et-activite-physique/enns-etude-nationale-nutrition-sante)
23. Etude INCA 3 : présentation | Anses - Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail [Internet]. [cité 25 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.anses.fr/fr/content/etude-inca-3-pr%C3%A9sentation>
24. Freins à la pratique de l'activité physique et sportive régulière dans la population générale : étude en Midi-Pyrénées. 2012.
25. Étude des freins des patients diabétiques et/ou obèses à la poursuite d'une activité physique adaptée via une association dédiée. 2019.
26. Pratique d'une activité physique régulière, motivation des patients et place de leur médecin traitant : étude comparative concernant des seniors actifs. 2010.
27. Etude des motivations des patients à moyen et haut risque cardio-vasculaire à pratiquer une activité physique dans le cadre d'un dispositif de sport sur ordonnance en médecine générale. 2017.

28. Promotion de l'activité physique régulière par les médecins généralistes du Val de Marne : étude sur la fréquence du conseil. 2007.
29. Bloy G, Philippon LM, Rigal L. Les médecins généralistes et le conseil en activité physique : des évidences aux contingences de la consultation. Sante Publique (Bucur). 22 juin 2016;S1(HS):153-61.
30. Activité physique pour la santé : état des lieux de la prescription par les médecins généralistes du Pays Basque depuis la loi de modernisation du système de santé. 2019.
31. Bauduer F, Vanz E, Guillet N, Maurice S. La prescription d'activité physique par le médecin traitant : l'expérience de Biarritz Côte Basque Sport Santé. Sante Publique (Bucur). 9 sept 2018;Vol. 30(3):313-20.
32. guide_aps_vf.pdf [Internet]. [cité 11 oct 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/guide_aps_vf.pdf
33. Aide à la prise en charge médicale des activités physiques et sportives - MÉDICOSPORT-SANTÉ [Internet]. [cité 11 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/infos-sport-medicosport-sante/>
34. Sport Santé Bien-Être en Bretagne [Internet]. Sport Santé Bien-Être en Bretagne. [cité 19 oct 2020]. Disponible sur: <https://bretagne-sport-sante.fr/>
35. CDOS35. sport santé [Internet]. CDOS 35. [cité 13 oct 2020]. Disponible sur: <http://www.le-sport35.com/sport-sante/>
36. Prescription d'AP : connaissances et besoins des médecins d'Ile-de-France [Internet]. IRBMS. 2019 [cité 25 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.irbms.com/prescription-apa-enquete-medecins-ile-de-france/>
37. Lager G, Pataky Z, Golay A. Efficacité de l'éducation thérapeutique. Rev Médicale Suisse. 2009;3.
38. Crozet C, Bockstael VV, Devos J, d'Ivernois J-F. Évaluation d'un programme national en France d'éducation thérapeutique pour des patients du régime agricole atteints de maladies cardio-vasculaires. Educ Thérapeutique Patient - Ther Patient Educ. 1 juin 2009;1(1):33-8.
39. Inserm_EC_2019_ActivitéPhysiqueMaladiesChroniques_Synthese.pdf [Internet]. [cité 28 avr 2020]. Disponible sur : https://www.inserm.fr/sites/default/files/2019-02/Inserm_EC_2019_ActivitéPhysiqueMaladiesChroniques_Synthese.pdf

7 Annexe

7.1 Questionnaire diffusé

Affection de longue durée (ALD) et activité physique

Je suis interne en médecine générale et je prépare ma thèse de docteur en médecine. Merci de prendre quelques minutes pour répondre à ce questionnaire anonyme qui servira de base à mon travail de thèse. Ce questionnaire **s'adresse à tout patient majeur souffrant d'une maladie ayant été déclarée comme "affection de longue durée" (ALD).**

Il s'agit pour vous de répondre à quelques questions sur votre niveau d'activité physique ainsi que sur vos connaissances autour du lien entre votre maladie chronique et l'activité physique.

Partie 1, données démographiques :

1. Sexe : M F

1. Âge : ans Poids : Kg Taille : cm

1. Pour quelle(s) maladie(s) êtes-vous en **affection de longue durée (ALD)**
? (Si vous ne savez pas, vous pouvez demander à votre médecin)

.....

.....

.....

2. Catégorie socio-professionnelle :

Agriculteur

Artisans – Commerçants – Chefs d'entreprises

Cadres et professions intellectuelles supérieures (professions libérales, cadres de la fonction publique, professeurs, scientifiques, professions de l'information, des arts et des spectacles, cadres administratifs, et commerciaux d'entreprise, Ingénieurs et cadres techniques d'entreprise)

Professions Intermédiaires (Instituteurs et assimilés, professions intermédiaires de la santé et du travail social, professions intermédiaires administratives de la fonction publique, professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises, techniciens, contremaîtres, agents de maîtrise)

Employés

Ouvriers

Retraités

Autres / sans activité professionnelle

3. Lieu de résidence : Citadin Rural

Partie 2, niveau d'activité physique

Nous nous intéressons aux différents types d'activités physiques que vous faites dans votre vie quotidienne. Les questions suivantes portent sur le temps que vous avez passé à être actif physiquement au cours des **7 derniers jours**. Répondez à chacune de ces questions même si vous ne vous considérez pas comme une personne active. Pensez aux activités que vous faites au travail, à domicile et dans votre jardin, pour vos déplacements d'un endroit à l'autre et pendant votre temps libre pour les loisirs, l'exercice ou le sport.

Bloc 1 : Activités intenses des 7 derniers jours

1. Pensez à toutes les **activités intenses** que vous avez faites au cours des **7 derniers jours**.

Les activités physiques intenses font référence aux activités qui vous demandent un effort physique important et vous font respirer beaucoup plus difficilement que normalement. Pensez seulement aux activités que vous avez effectuées pendant **au moins 10 minutes d'affilée**.

1-a. Au cours des **7 derniers jours**, **combien y a-t-il eu de jours** au cours desquels vous avez fait des **activités physiques intenses** comme porter des charges lourdes, bêcher, faire du VTT ou jouer au football

jour(s)

☐ Je n'ai pas eu d'activité physique intense $\Rightarrow$ **Passez au bloc 2**

1-b. Au total, combien de temps avez-vous passé à faire des activités intenses au cours des 7 derniers jours ?

heure(s) minutes

☐ Je ne sais pas

Bloc 2 : Activités modérées des 7 derniers jours

2. Pensez à toutes les activités modérées que vous avez faites au cours des 7 derniers jours. Les activités physiques modérées font référence aux activités qui vous demandent un effort physique modéré et vous font respirer un peu plus difficilement que normalement. Pensez seulement aux activités que vous avez effectuées pendant **au moins 10 minutes d'affilée**.

2-a. Au cours des **7 derniers jours**, **combien y a-t-il eu de jours** au cours desquels vous avez fait des **activités physiques modérées** comme porter des charges légères, passer l'aspirateur, faire du vélo tranquillement ou jouer au volley-ball ? Ne pas inclure la marche.

jour(s)

☐ Je n'ai pas eu d'activité physique modérée $\Rightarrow$ **Passez au bloc 3**

2-b. Au total, combien de temps avez-vous passé à faire des **activités modérées au cours des 7 derniers jours** ?

heure(s) minutes

☐ Je ne sais pas

Bloc 3 : La marche des 7 derniers jours

3. Pensez au temps que vous avez passé à **marcher au moins 10 minutes d'affilée** au cours des **7 derniers jours**. Cela comprend la marche au travail et à la maison, la marche pour vous rendre d'un lieu à un autre, et tout autre type de marche que vous auriez pu faire pendant votre temps libre pour la détente, le sport ou les loisirs.

3-a. Au cours des **7 derniers jours**, combien y a-t-il eu de jours au cours desquels vous avez marché pendant **au moins 10 minutes d'affilée**.

jour(s)

☐ Je n'ai pas fait de marche $\Rightarrow$ **Passez au bloc 4**

3.b. Au total, combien d'épisodes de marche d'au **moins 10 minutes d'affilée**, avez-vous effectué au cours des **7 derniers jours** ?

nombre d'épisodes de 10 minutes d'affilée

Exemples :

Lundi : 1 marche de 60 minutes	6 épisodes
Mardi : 1 marche de 20 minutes et 3 marches de 5 minutes	2 épisodes
Mercredi : 1 marche de 35 minutes	3 épisodes
Jeudi : 1 marche de 8 minutes	0 épisodes
Vendredi : 1 marche de 6 minutes puis 3 marches de 4 minutes	0 épisodes
Samedi : 1 marche de 18 minutes	1 épisode
Dimanche : 1 marche de 10 minutes et 3 marches de 5 minutes	1 épisode
Total	13 épisodes

☐ Je ne sais pas

Bloc 4 : Temps passé assis au cours des 7 derniers jours

4. La dernière question porte sur le **temps que vous avez passé assis** pendant les jours de semaine, au cours des **7 derniers jours**. Cela comprend le temps passé assis au travail, à la maison, lorsque vous étudiez et pendant votre temps libre. Il peut s'agir par exemple du temps passé assis à un bureau, chez des amis, à lire, à être assis ou allongé pour regarder la télévision, devant un écran.

4-a. Au cours des **7 derniers jours**, pendant les jours de semaine, combien de temps, en moyenne, avez-vous passé **assis** ?

heure(s) minutes

☐ Je ne sais pas

- Êtes-vous inscrits à un **club de sport** (salle de sport, association..) ? ☐ oui ☐ non
- Êtes-vous licencié d'une **fédération sportive** ? ☐ oui ☐ non
- Pratiquez-vous du **sport en compétition** ? ☐ oui ☐ non

Partie 3, votre avis sur l'activité physique

● Pensez-vous que l'effet d'une activité physique sur votre santé, et plus particulièrement sur l'évolution de votre (vos) affection(s) de longue durée, est :

☐ Bénéfique ☐ Délétère ☐ Neutre

pour quelles raisons ?

.....

.....

.....

Qui vous a informé à ce sujet ?

☐ Média (télévision, radio, journaux..) ☐ entourage (famille, amis...),
☐ Médecin ☐ Personnels paramédical (infirmière, kinésithérapeute, psychologue...)

● Quels sont les raisons pour lesquelles vous pratiquez ou voudriez pratiquer une activité physique ?

☐ aspect social (rencontrer d'autres personnes)
☐ bien-être physique
☐ bien être mental
☐ autre :

.....

.....

.....

● A l'inverse quelles sont les raisons qui vous démotivent à la pratique d'une activité physique ?

☐ Le manque de temps ☐ accessibilité géographique ☐ aspect financier
☐ pas d'envie ☐ effet délétère sur la santé
☐ incapacité à réaliser une activité physique, si oui pourquoi ?

.....

.....

☐ autre

.....

.....

Partie 4, prescription d'activité physique

- Votre **médecin** vous a-t-il déjà **conseillé de faire de l'activité physique** ? ☐ oui ☐ non

Si oui quel médecin ?

☐ généraliste ou ☐ spécialiste (si oui, quelle est sa spécialité :)

Si oui pourquoi et laquelle (ou lesquelles) ?

.....

.....

.....

- Votre **médecin** vous a-t-il déjà **déconseillé de faire de l'activité physique** ? ☐ oui ☐ non

Si oui quel médecin ?

☐ généraliste ou ☐ spécialiste (si oui, quelle est sa spécialité :)

Si oui pourquoi et laquelle (ou lesquelles) ?

.....

.....

.....

- Vous a-t-on déjà parlé de **l'activité physique adaptée à votre pathologie** ? ☐ oui ☐ non

Si oui, qui ?

☐ Média (télévision, radio, journaux..)

☐ entourage (famille, amis...),

☐ Médecin

☐ Personnels paramédical (infirmière, kinésithérapeute, psychologue...)

- Votre médecin vous a-t-il déjà **prescrit de l'activité physique adaptée à votre pathologie** ?

☐ oui ☐ non

Si oui quel médecin ? ☐ généraliste ou ☐ spécialiste (si oui, quelle spécialité :)

Si oui, pourriez-vous nous en décrire brièvement les modalités ?

.....

.....

.....

*Ce questionnaire étant anonyme, vos droits en lien avec le traitement de vos données personnelles ne pourront s'appliquer.
Cette étude a reçu un avis favorable du comité d'éthique du CHU de Rennes (avis n°19.136).*

7.2 Liste des trente ALD exonérantes

Liste des ALD 30

Liste des 30 affections de longue durée (ALD 30) qui donnent lieu à exonération du ticket modérateur (article d-322-1 du CSS)

L'article D-322-1 du code de la sécurité sociale précise la liste de ces affections " comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse susceptibles d'ouvrir droit à la suppression de la participation des assurés sociaux aux tarifs servant de base aux calculs des prestations en nature de l'assurance maladie ".

Cette liste est établie après avis du Haut Comité Médical de la Sécurité Sociale (HCMSS).

En regard de cette liste, le HCMSS élabore des Recommandations à l'intention des médecins traitants et des médecins conseils des services de l'assurance maladie dans le but de donner des indications précises sur les conditions d'exonération. Après aval du Ministre ces Recommandations font l'objet d'une publication par l'UCANSS à l'intention des Professionnels.

Liste des affections de longue durée :

1	Accident vasculaire cérébral invalidant ;
2	Insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques ;
3	Artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques ;
4	Bilharziose compliquée ;
5	Insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves ; cardiopathies congénitales graves ;
6	Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses ;
7	Déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé, infection par le virus de l'immuno-déficience humaine ;
8	Diabète de type 1 et diabète de type 2 ;
9	Forme grave des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie), épilepsie grave ;
10	Hémoglobinopathies, hémolyses, chroniques constitutionnelles et acquises sévères ;
11	Hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves ;
12	Hypertension artérielle sévère ;
13	Maladie coronaire ;
14	Insuffisance respiratoire chronique grave ;
15	Lèpre ;
16	Maladie de Parkinson ;
17	Maladies métaboliques héréditaires nécessitant un traitement prolongé spécialisé ;
18	Mucoviscidose ;
19	Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif ;
20	Paraplégie ;
21	Périartérite noueuse, lupus érythémateux aigu disséminé, sclérodermie généralisée évolutive ;
22	Polyarthrite rhumatoïde évolutive grave ;
23	Psychose, trouble grave de la personnalité, arriération mentale ;
24	Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives ;
25	Sclérose en plaques ;
26	Scoliose structurale évolutive (dont l'angle est égal ou supérieur à 25 degrés) jusqu'à maturation rachidienne ;
27	Spondylarthrite ankylosante grave ;
28	Suites de transplantation d'organe ;
29	Tuberculose active ;
30	Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique.

7.3 Tableau de correspondance entre les groupes d'ALD créés pour l'étude et les ALD exonérantes

Numéro	Catégorie	ALD concernés
1	Cardio-vasculaire	1-3-5-13
2	Greffe de rein	28 greffes de rein
3	Hépatologie	17
4	Gastro-entérologie	24
5	Diabétologie	8
6	Pneumologie	14-29
7	Psychiatrie	23
8	Hémostase	11
9	Neurologie	9-16-25
10	Rhumatologie	21-22-27
11	Greffe de foie	28 greffes de foie
13	Cancer	30
14	Plusieurs ALD	
15	Hors liste	

7.4 Population selon le sexe et la catégorie socioprofessionnelle en 2019

Population selon le sexe et la catégorie socioprofessionnelle en 2019

en %

Catégorie socioprofessionnelle	2019			Part des femmes
	Femmes	Hommes	Ensemble	
Agriculteurs exploitants	0,4	1,2	0,8	26,9
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	2,0	5,3	3,5	28,8
Cadres et professions intellectuelles supérieures	8,2	12,3	10,1	42,2
Professions intermédiaires	13,9	13,3	13,6	53,4
Employés	21,5	7,8	15,0	75,1
Ouvriers	4,5	18,9	11,4	20,6
Inactifs ayant déjà travaillé	34,9	29,8	32,5	56,2
Personnes n'ayant jamais travaillé	14,4	11,2	12,9	58,4
Total	100,0	100,0	100,0	52,3

r : données révisées.

Note : les chômeurs sont classés dans leur ancienne catégorie socioprofessionnelle.

Champ : France hors Mayotte, population des ménages, personnes de 15 ans ou plus.

Source : Insee, enquêtes Emploi.

7.5 Répartition des différentes ALD en nombre et pourcentage.

En France, Bretagne, Ille-et-Vilaine en 2017 et dans notre étude.

	Notre Etude	%		ILLE ET VILAINE	%		BRETAGNE	%
ALD1	7	1,43	ALD1	7050	4,28	ALD1	24 720	4,10
ALD2			ALD2	500	0,30	ALD2	1 490	0,25
ALD3	1	0,20	ALD3	7540	4,58	ALD3	32 660	5,41
ALD4			ALD4	<10		ALD4	<10	
ALD5	56	11,43	ALD5	13760	8,36	ALD5	54 950	9,11
ALD6	4	0,82	ALD6	2450	1,49	ALD6	8 600	1,43
ALD7			ALD7	1120	0,68	ALD7	3 310	0,55
ALD8	51	10,41	ALD8	24500	14,89	ALD8	90 910	15,07
ALD9	4	0,82	ALD9	5330	3,24	ALD9	17 140	2,84
ALD10			ALD10	180	0,11	ALD10	420	0,07
ALD11	1	0,20	ALD11	450	0,27	ALD11	1 670	0,28
ALD12			ALD12	5470	3,32	ALD12	18 930	3,14
ALD13	25	5,10	ALD13	14510	8,82	ALD13	57 630	9,55
ALD14	12	2,45	ALD14	5280	3,21	ALD14	18 840	3,12
ALD15			ALD15	4310	2,62	ALD15	17 940	2,97
ALD16	1	0,20	ALD16	1660	1,01	ALD16	5 930	0,98
ALD17	46	9,39	ALD17	2030	1,23	ALD17	7 250	1,20
ALD18			ALD18	150	0,09	ALD18	470	0,08
ALD19	26	5,31	ALD19	2260	1,37	ALD19	8 280	1,37
ALD20			ALD20	540	0,33	ALD20	1 670	0,28
ALD21	4	0,82	ALD21	1520	0,92	ALD21	5 310	0,88
ALD22	1	0,20	ALD22	3480	2,11	ALD22	12 570	2,08
ALD23	12	2,45	ALD23	26110	15,87	ALD23	83 570	13,85
ALD24	77	15,71	ALD24	2280	1,39	ALD24	7 150	1,19
ALD25	4	0,82	ALD25	1300	0,79	ALD25	4 400	0,73
ALD26	1	0,20	ALD26	450	0,27	ALD26	2 490	0,41
ALD27	3	0,61	ALD27	2260	1,37	ALD27	8 450	1,40
ALD28	113	23,06	ALD28	270	0,16	ALD28	780	0,13
ALD29	1	0,20	ALD29	160	0,10	ALD29	450	0,07
ALD30	35	7,14	ALD30	27650	16,80	ALD30	105 300	17,45
HL	5	1,02	Total	164570	100,00	Total	603 280	100,00
total	490	100,00						

(Source : site internet de l'assurance maladie)

ALD : Affection de longue durée

HL : hors liste des 30 ALD exonérantes

NP : ALD non précisée

Simon BURLLOT. Activité physique des patients en ALD en Ile-et-Vilaine : niveau de pratique, motivations, freins et informations

37 feuilles, annexes, 2 tableaux, 30cm – Thèse : Médecine ; Rennes 1 ; 2020 ; N°

Résumé

Contexte : Il est reconnu que l'activité physique est bénéfique pour la santé et pour améliorer la qualité de vie des patients en ALD. Alors que le dispositif « sport sur ordonnance » est mis en place depuis 2016, nous souhaitons étudier le niveau d'activité physique des patients en ALD en Ile-et-Vilaine.

Objectif : Evaluer la quantité d'activité physique des patients en ALD en Ile-et-Vilaine ainsi que les freins, leviers et l'information concernant l'exercice physique. Ainsi que l'information sur l'activité physique adaptée et sa prescription.

Méthode : étude épidémiologique descriptive monocentrique transversale ayant lieu en Ile-et-Vilaine, menée grâce à un auto-questionnaire sur papier, anonyme, distribuée aux patients en ALD grâce à des médecins traitants volontaires et dans les services de consultations volontaires du CHU de Rennes, entre Mars et Juillet 2020. Analyse statistiques descriptive puis comparative entre les patients faisant peu d'activité physique et les autres.

Résultats : 412 patients ont répondu au questionnaire. 34.1% des patients ont une activité physique intense selon l'IPAQ, 37.1% ont une activité physique modérée et 28.8% ont une activité physique faible. 83.1% des patients estiment que l'activité physique est bénéfique pour la santé. Concernant les leviers, le bien-être physique et mental sont exprimés par respectivement 87.1% et 73.3%, l'aspect social est exprimé à 26.9%. Concernant les freins, 28.8% des patients expriment un manque de temps, 22.5% le manque d'envie, 19.9% une incapacité. 69.1% des patients ont reçu le conseil de réaliser de l'activité physique de la part de leur médecin. 35.6% des patients ont eu une information sur l'APA. 13.9% ont bénéficié d'une prescription d'APA.

Conclusion : Notre étude montre un taux de patients respectant les recommandations de l'OMS légèrement plus élevé que le taux français. Pour les autres, l'APA est une bonne solution sous réserve de diminuer les freins à la prescription de celle-ci. Des manières différentes d'aborder l'activité physique pourraient aussi être envisagées comme l'éducation thérapeutique.

Rubrique de classement : MEDECINE

Mots-clés : Epidémiologie, Exercice physique, motivation

Mots-clés anglais MeSH : Epidemiology, Exercice, motivation

JURY: Président : Madame la professeure VIGNEAU Cécile

Assesseurs :

Monsieur le Professeur SCHNELL Frédéric [directeur de thèse]

Monsieur le Professeur GARLANTEZEC Ronan

Monsieur le docteur ALLORY Emmanuel

Monsieur PRESTEL Thierry