



ANALYSE TRANSVERSALE DE CAPITALISATION D'EXPÉRIENCE PERSISTE

*Analyse transversale de capitalisation d'expériences des programmes passerelles d'Ile de France :
éléments d'adhésion et d'orientation des patients dans la reprise d'activité physique*





Analyse transversale de capitalisation d'expériences des programmes passerelles d'Ile de France : éléments d'adhésion et d'orientation des patients dans la reprise d'activité physique

En quelques mots...

La pratique d'activité physique pour tous est un enjeu majeur de santé publique, elle est même fondamentale dans la prise en charge des affections de longue durée. Or, reprendre une activité physique n'est pas simple, d'autant plus lorsque la santé est diminuée, et ce même avec des structures d'encadrements dédiées.

Dans le contexte de ces structures - les programmes passerelles - comment les acteurs de terrain travaillent-ils à promouvoir la pratique d'activité physique chez les patients en affections de longue durée ? Comment assurent-ils l'adhésion des patients pendant les programmes et comment favorisent-ils la poursuite de la pratique d'activité physique à l'issue de ces programmes limités dans le temps ?

Afin de comprendre le fonctionnement des programmes passerelles, de savoir à quels défis ils font face au quotidien, sur quoi ils s'appuient pour mener à bien leur mission, nous nous sommes appuyés sur leur expérience.

Cette expérience partagée, est une véritable richesse issue du terrain qui permet d'identifier les points forts comme les axes d'amélioration dans un contexte réel. Ceci à la fois pour les acteurs capitalisés dont la démarche permet une analyse, un recul précieux, dans un objectif de prise en charge optimisée ; mais aussi pour les acteurs similaires en place ou en devenir qui doivent pouvoir s'inspirer de l'expérience de leurs pairs.

Grâce à la contribution de 8 programmes passerelles, nous avons pu dresser cette analyse transversale dont ressortent 5 éléments clés :

- L'emploi d'éducateurs en activité physique adaptée est gage de qualité dans l'encadrement des patients ;
- De multiples mécanismes favorables à l'adhésion sont développés sur le terrain ;
- Diverses méthodes, à explorer, sont utilisées pour orienter les patients à l'issue des programmes ;
- Les objectifs des programmes demanderaient à être clarifiés et explicités ;
- Différents freins externes ont été rapportés et représentent des axes de travail collaboratif et interdisciplinaire.



SOMMAIRE

Sommaire	3
Contexte, enjeux	4
Problématique	5
Objectifs	5
Capitalisation	5
Méthode	6
Limites	7
Quelles compétences nécessaires au bon déroulement des programmes ?	8
Quels mécanismes de terrain sont utilisés pour favoriser l'adhésion des patients pendant les programmes ?	8
Quid des objectifs des programmes ?	14
Quels sont les freins externes rencontrés ?	15
Ce que nous avons appris	16
Perspectives	16
Bibliographie	18



Analyse transversale de capitalisation d'expériences des programmes passerelles d'Ile de France : éléments d'adhésion et d'orientation des patients dans la reprise d'activité physique

THÉMATIQUE

Prise en charge par l'activité physique pour les patients en affections de longue durée ;
Les programmes « passerelles » de remise à l'activité physique

POPULATION CIBLE

Patients en affection de longue durée et éloignés de la pratique d'activité physique pris en charge en programmes passerelles

OBJECTIFS

S'appuyer sur l'expérience des acteurs de terrain afin d'identifier les freins et leviers à l'adhésion et à la poursuite d'activité physique à la suite de ces programmes.

CONTRIBUTEURS

- Comité Départemental Olympique et Sportif de Seine Saint Denis
- Université de Lorraine laboratoire APEMAC.
- Service de Médecine du Sport du Centre Hospitalier Intercommunal de Poissy - St-Germain-en-Laye
- Maison Sport Santé de Bligny, Centre Hospitalier de Bligny
- Comité Départemental Olympique et Sportif des Yvelines, Versailles
- Association du Défi Forme Santé, Saint-Denis – La Courneuve
- Service de Médecine de l'exercice et du sport, Hôpital Jean Verdier, Hôpitaux Universitaires Paris Seine-Saint Denis, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris
- Centre de Santé La Martinière, Saclay
- Office médical des sports de Meaux
- Office Municipal d'Éducation Physique et des Sports de Nanterre

AUTEURS

- Olivier Riquier, chef de projet sport-santé au Comité Départemental Olympique et Sportif de Seine-Saint-Denis, doctorant à l'Université de Lorraine, APEMAC, équipe MICS
- Anne Vuillemin, Professeur des Universités, Université Côte d'Azur, LAMHES
- Oriane Odin, Directrice du Comité Départemental Olympique et Sportif de Seine-Saint-Denis
- Aurélie Van Hoye, Marie Curie Research Fellow, University of Limerick, Ireland, Maitre de conférences HDR à l'Université de Lorraine



CONTEXTE, ENJEUX

En 2019 en France, 11,4 millions de patients, soit 18 % des bénéficiaires du régime général de la Sécurité Sociale¹, avaient un diagnostic d'au moins une des 30 maladies chroniques reconnues par la Sécurité Sociale. Au-delà des questions de santé individuelle, les maladies chroniques ont également un coût financier élevé, estimé en 2016 à 84 milliards d'euros², ainsi que des répercussions en matière d'inégalités sociales³ et territoriales¹.

Or, l'activité physique (AP) joue un rôle clé dans la prévention et la prise en charge des maladies chroniques : elle est désormais considérée comme une partie intégrante du traitement⁴. Selon les recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (150 à 300 minutes d'AP modérée/semaine ou 75 à 150 minutes d'AP vigoureuse/semaine, ou une combinaison équivalente d'AP modérée et vigoureuse)⁵, l'AP présente des avantages pour la santé physique, sociale et mentale⁶.

Afin de promouvoir l'utilisation de l'AP à des fins de santé, la France en a fait un axe politique national, encadré notamment par la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 et le décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016. Ce cadre a d'ailleurs été récemment mis à jour et renforcé avec la loi n°2022-296 du 2 Mars 2022 et le décret n°2023-235 du 30 Mars 2023, notamment en ce qui concerne l'élargissement des prescripteurs et des potentiels bénéficiaires.

Les actions sont ensuite déclinées au niveau régional par la labellisation, l'accompagnement et l'encadrement des Agences Régionales de Santé (ARS). En Ile-de-France où a pris place ce travail de capitalisation, le dispositif « Prescriforme » a permis le développement de programmes « passerelles ». Destinés aux personnes souhaitant maintenir ou améliorer leur santé par la pratique d'AP, les programmes passerelles sont définis comme des programmes d'activité physique adaptée (APA) conduits par un enseignant en activité physique adaptée (EAPA) ou au moins un éducateur sport-santé, limités dans le temps (3 à 6 mois) et visant à améliorer la condition physique, à inciter les personnes à pratiquer en autonomie et en sécurité et de manière régulière et pérenne⁷.

PROBLÉMATIQUE

L'état actuel de la recherche a mis en évidence différents facteurs influençant l'engagement des patients dans les programmes types passerelles⁸ : les conditions de pratique et la motivation (ex : plaisir, sentiment d'auto-efficacité, qualité de vie) ; les facteurs sociodémographiques, l'éducation et les connaissances (ex : bénéfices de l'AP, gestion des maladies) ; et les facteurs médicaux (amélioration de l'état de santé, produits pharmaceutiques). De plus, une analyse documentaire de la conception des programmes a montré que les facteurs clés d'une pratique durable de l'AP étaient le soutien perçu, la définition des objectifs et la motivation, les conseils et le suivi des professionnels pendant et après le programme, les incitations, l'engagement social avec les autres participants et l'accessibilité⁹.



Cependant, des études ont émis des doutes sur l'efficacité des programmes, notamment en raison des difficultés à maintenir la pratique de l'AP durablement⁹ (atteinte des recommandations de l'OMS à 12 mois) à la suite des programmes.



OBJECTIFS

Cette problématique étant soulevée, l'expertise collective de l'INSERM en 20196 a recommandé un axe de recherche sur "les techniques utilisées pour favoriser l'engagement et la motivation des patients sur le long terme". En d'autres termes, l'objectif est donc d'identifier les moyens mis en œuvre pour faire le lien entre les programmes et les moyens quels qu'ils soient (clubs, salles de sport, pratique autonome...), de faire perdurer la pratique d'activité physique. Pour tendre vers cet objectif, nous avons tenté de répondre aux questions suivantes :

- Quelles compétences nécessaires au bon déroulement des programmes ?
- Quels mécanismes de terrain sont utilisés pour favoriser l'adhésion des patients pendant les programmes ?
- Quels mécanismes d'orientation sont utilisés pour orienter les patients à la suite des programmes et ainsi favoriser la poursuite de la pratique ?
- Quid des objectifs des programmes ?
- Quels sont les freins externes rencontrés ?

CAPITALISATION

A l'heure actuelle, la recherche a mis en évidence l'efficacité de l'activité physique en tant que traitement et/ou traitement adjuvant des maladies chroniques, ce qui a permis la mise en place de nombreux programmes de remise à l'activité physique grâce aux volontés individuelles et politiques.

En revanche, peu de données sont partagées quant à la réussite à long terme de ces programmes.

Or, la capitalisation de ces expériences est un moyen d'identifier les caractéristiques des programmes, les compétences des porteurs de projets, les méthodes utilisées pour orienter les patients vers un club ou vers l'autonomie à la suite du programme, les ressources investies et les acteurs impliqués. Ce travail est une partie du projet de recherche PERSISTE (Promotion et pERennité de l'activité phySIque SanTE) dont l'objectif est d'apporter un éclairage sur l'efficacité des programmes passerelles quant à la pérennité de la pratique d'AP des participants. Cette partie se concentre donc sur l'expérience de terrain des intervenants et elle sera mise en lien avec la deuxième partie, encore en cours, dont l'objectif est de recueillir les informations liées à cette problématique à travers le prisme des patients. Dans le cadre de ce protocole de recherche, la capitalisation n'a pas abouti à des fiches de capitalisation par projet mais tire des enseignements expérientiels transversaux aux différents projets.

Ce travail nous a permis de mieux comprendre le fonctionnement des programmes passerelles, de mettre en lumière les points forts tout comme des axes d'amélioration et de recherche, qu'ils soient internes ou externes.

MÉTHODE

Les structures sollicitées

Au moment de l'étude, 39 programmes d'activité physique étaient certifiés par l'Agence Régionale de Santé d'Ile de France (ARS IDF). Parmi ces 39 programmes, 15 ont été inclus dans l'étude car répondant aux critères suivants : accueil de patients adultes, inclusion de pathologies diverses, proposition d'activités variées et durée \leq 6 mois.



Un recueil de données complet a été obtenu auprès de 8 des 15 programmes contactés. Pour ces 8 programmes, 6 entretiens ont été réalisés avec les EAPA et 2 avec les coordinateurs, les EAPA de ces programmes n'étant pas disponibles.

Programme	Durée / nombre de séances	Équipe	Volume de patients annuel en 2020
Service de Médecine du Sport du Centre Hospitalier Intercommunal de Poissy - St-Germain-en-Laye	6 semaines/ 12 séances	2,5 Médecins, 1,4 EAPA (Master), 0,4 diététicienne 0,1 Psychologue	100 environ
Maison Sport Santé de Bligny	12 semaines / 25 séances	Médecins, 1 EAPA (Licence), 1 Master 2 VHMA	90 environ
Comité Départemental Olympique et Sportif des Yvelines	12 semaines / 30 séances	1 coordonnateur, 1 Master EAPA, 5 éducateurs sport-santé	147
Défi Forme Santé, La Courneuve	12 semaines / jusqu'à 5-6 séances par semaine	1 coordonnateur, 2 médecins, 2 Master EAPA, BPJEPS sport santé en renfort	200 environ
Service de Médecine de l'exercice et du sport, Hôpital Jean Verdier, Hôpitaux Universitaires Paris Seine-Saint Denis, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris	12 semaines / 36 séances	1 médecin, infirmiers, 2 Master EAPA	85 environ
Centre de Santé La Martinière, Saclay	12 semaines / 24 séances	1 médecin, 1,3 EAPA Master	6 en 2020
Office médical des sports de Meaux	12 semaines / 12 à 36 séances	2 médecins, 2 EAPA licence, 1 EAPA Master, 1 diéticienne	100 environ
Office Municipal d'Éducation Physique et des Sports de Nanterre	9 à 18 semaines / 36 à 40 séances	1 médecin, 1 coordinateur, 2 EAPA (licence & Master), 1 BPJEPS sport-santé + stagiaires	250 environ

Étapes

Les données de capitalisation ont été collectées en deux étapes, de novembre 2020 à juin 2021.

1. Premièrement, des informations générales ont été recueillies par questionnaire (telles que le type d'établissement, la durée et le nombre de séances, la composition de l'équipe, le volume annuel de patients, le coût pour les patients).
2. Dans un deuxième temps, l'exploration approfondie a été menée par des entretiens téléphoniques à comprendre comment et dans quelles conditions le programme fonctionne pour favoriser l'adhésion à la pratique et sa poursuite après le programme.





Analyse des données

L'ensemble des entretiens, pour un total de 492 minutes, a été intégralement retranscrit pour permettre une analyse thématique avec le logiciel NVIVO 12. Les questionnaires et les entretiens ont été fusionnés en un seul corpus de données par programme, avant une analyse thématique en fonction des problématiques soulevées. L'auteur principal a effectué une première proposition de codage, qui a été soumise aux co-auteurs pour critique et discussion des différentes interprétations possibles, avant de relancer l'analyse sur la base de la discussion. L'analyse des objectifs des programmes a été réalisée en comparaison avec ceux mis en place dans la certification par l'ARS IDF7. Trois indicateurs ont été étudiés : 1) les objectifs du programme, 2) l'alignement des objectifs sur la définition par l'ARS, et 3) la présence de documents écrits mentionnant les objectifs.

LIMITES

Ce travail est un partage d'expérience à travers le prisme de professionnels impliqués dans des programmes de reprise d'AP et concerne la mise en œuvre de la politique française en Ile-de-France. Les informations recueillies sont exclusivement issues de questionnaires et d'entretiens ; nous n'avons pas réalisé d'observations de terrain. Les questions des entretiens, même si elles ont été posées de la manière la plus objective possible, peuvent avoir influencé les réponses. Certains entretiens ont été menés avec des EAPA et d'autres avec des coordinateurs, les perspectives et l'expérience ont donc pu différer, ce qui peut aussi constituer un point positif dans le sens de l'élargissement de la variété des points de vue. Les résultats de cette étude ne reflètent pas un programme particulier mais plutôt des tendances issues des 8 programmes capitalisés. Chaque programme a ses propres spécificités, notamment en termes de lieu, de ressources, de public et donc de contraintes. Il n'y a pas de prétention de représentativité quant à l'ensemble des programmes de la région.

QUELLES COMPÉTENCES NÉCESSAIRES AU BON DÉROULEMENT DES PROGRAMMES ?



Des éducateurs avec une solide formation et des qualités humaines mais pas seulement

Pour répondre à cette question, nous nous sommes appuyés sur des informations générales tirées des questionnaires et entretiens.

Les EAPA sont recrutés avec au moins une licence en APA, de préférence un master, qui apportent des compétences spécifiques en matière d'encadrement. Par ailleurs, lors du recrutement, une attention particulière est portée sur des qualités relationnelles humaines telles que :

- l'écoute,
- l'empathie,
- l'adaptation,
- l'organisation.



En complément, des compétences transversales, « soft skills », sont prisées, notamment :

- la gestion de projet,
- la communication.

Des éducateurs sportifs sont également recrutés avec une formation complémentaire en sport et santé pour renforcer les équipes qui comprennent cependant toujours au moins un EAPA (donc titulaire à minima d'une licence en activités physiques adaptées).

Dans les différents programmes interrogés, les médecins ne supervisent pas les AP, ils suivent médicalement les patients, les orientent et prescrivent des AP. Ils peuvent également avoir un rôle de dirigeant/responsable/président selon les programmes.

QUELS MÉCANISMES DE TERRAIN SONT UTILISÉS POUR FAVORISER L'ADHÉSION DES PATIENTS PENDANT LES PROGRAMMES ?



Des mécanismes éprouvés pour un encadrement de qualité :

1. Les conditions de pratique
2. La mise en valeur des progrès et des sensations générées par l'exercice
3. L'aspect relationnel et social de la pratique

1. En ce qui concerne les conditions de pratique, **le plaisir et la motivation sont assurés par diverses stratégies, dont le soin apporté à un environnement propice à la pratique**, notamment l'importance d'assurer une grande **variété d'activités** :



«c'est très simple, on veut que les gens fassent un maximum d'activités et qu'ils continuent après»

Un deuxième point concerne **la sécurité**, la personne interrogée considérant que



«c'est vraiment un environnement médical donc c'est un peu un cocon pour eux quand ils arrivent et ils savent qu'ils sont en sécurité»

Ce point est également évoqué dans les qualités étendues lors du recrutement des EAPA :



«les critères qu'on demande à quelqu'un qui va encadrer... c'est surtout la sécurité.»

Un troisième point était **l'adaptation du contenu au public** :



«on ne peut pas faire autre chose que d'adapter la pratique aux personnes qui viennent»

«en fait c'est par une pratique raisonnée de leur apporter des exercices qui vont leur permettre de progresser.»



L'importance du **travail en petits groupes** (12 personnes maximum par EAPA selon le cahier des charges de l'ARS) a été évoquée dans un souci de qualité et d'individualisation :



«Vraiment des moments où on est juste tous les deux, entre le praticien et moi, j'ai un maximum de 8, ça me permet de passer plusieurs fois pour les voir pendant la pratique.»

et aussi de **pouvoir pratiquer des activités collectives** :



« il y a toujours un moment [...], où on fait un sport ensemble. C'est-à-dire que c'est vraiment une activité collective où tout le monde participe, où ils sont souvent par deux, par trois, etc.»

2. Le deuxième thème pour assurer l'adhésion à la pratique durant les programmes est de **mettre l'accent sur les progrès et les sensations générés par l'exercice**, pour cela l'adhésion est favorisée de manière informelle par des discussions pendant les séances. Les progrès sont également mesurés de manière stricte par des tests médico-sportifs tels que le test de marche de 6 minutes, le test d'équilibre ou le test de force des membres inférieurs. Les EAPA essaient de mettre l'accent sur ces progrès afin que les patients se rendent compte des bénéfices de leur pratique :



« A chaque séance on leur dit, ... s'ils progressent ou pas au niveau de l'équilibre, au niveau du cardio ou ... des abdos.»

De plus, les EAPA encouragent les patients à identifier leurs sentiments positifs liés à l'AP afin qu'ils prennent conscience de ce bien-être :



« Ils réapprennent à se mouvoir dans l'espace et c'est leur propre sensation... à sentir leur corps... ça va leur faire du bien dans l'instant et du coup, ça agit directement sur leur motivation...»

3. En ce qui concerne le troisième thème, **l'aspect relationnel et social de la pratique**, deux types d'interactions ont été soulignées comme essentielles pour les interviewés.

La qualité de la relation avec l'EAPA :



« La personnalité de l'EAPA donne envie à la personne de revenir. On m'a beaucoup dit qu'en fait ils ont pu le faire avec nous parce qu'on était là, on était présent.»

Les relations sociales entre patients ont été mentionnées comme un point positif par toutes les personnes interrogées et illustrées en rapportant les propos des participants :



«En plus, les gens se revoient, et dernièrement c'était «on espère qu'on, on a hâte de boire un verre à la fin.»»



Ainsi, à partir de ce constat, les EAPA s'appliquent à satisfaire ce besoin de cohésion sociale par différents moyens, par exemple :



« L'année dernière... [sur] certains sites, il y avait un petit goûter, des petites choses de fin d'année, ou une danse ; c'était thématique, danse tahitienne. Ils se sont mis en costume et ils ont fait leur danse tahitienne... »

Quels mécanismes d'orientation sont utilisés pour orienter les patients à la suite des programmes et ainsi favoriser la poursuite de la pratique ?

L'analyse thématique nous a permis de clarifier les critères d'orientation individuels, vers qui et sur quels critères, ainsi que la manière dont ce travail d'orientation est effectué.

Les principaux critères d'orientation des patients vers les programmes sont des **critères individuels** :

Leur état de santé :



« Cela dépendra s'ils ont eu des améliorations quantitatives ou qualitatives dans les paramètres de condition physique évalués »

Leurs envies :



« Il faut lui proposer quelque chose qu'elle aime parce qu'aujourd'hui si on propose une activité à une personne qu'elle n'aime pas, elle va peut-être le faire parce qu'elle va se sentir obligée au début mais elle va vite arrêter de toute façon et ce n'est pas le but »

Et l'offre local en fonction de leur lieu de résidence :



« On voit avec eux au niveau de la distance, notamment pour les personnes qui ne sont pas véhiculées... on va carrément sur Google Maps. »

Une fois ces éléments pris en compte, les patients sont orientés vers différentes structures ou vers une pratique autonome. Lorsqu'ils sont orientés **vers une pratique encadrée**, les structures privilégiées sont celles labellisées par l'Agence Régionale de Santé sous le **label « Prescri'forme »** :



« Évidemment, on a toute confiance en Prescri'forme, et on les envoie dans ces clubs en se disant « ça va bien se passer là-bas » »



Les patients peuvent également être orientés **vers des structures non labellisées** lorsque l'offre locale n'est pas suffisante et/ou que l'offre est reconnue par l'EAPA comme étant adaptée aux patients :



« Je suis obligé [d'envoyer les patients dans les clubs sans APA], il n'y a pas assez de clubs qui ont un entraîneur »

Le retour d'expérience des anciens patients permet également aux EAPA de mieux connaître l'offre locale adaptée :



« J'ai le retour d'expérience de certains patients, et c'est pour moi la chose la plus importante »

Même si les EAPA préfèrent orienter les patients vers les structures labellisées, ils demandent souvent des informations complémentaires pour s'assurer qu'ils peuvent y envoyer leurs patients ou intervenir directement auprès des éducateurs dans leur formation pour leur parler de Prescri'Forme :



« J'appelle beaucoup les clubs pour savoir...ce qu'ils disent sur le sport santé, etc... »

Parfois, les patients sont également orientés **vers des EAPA privés** :



« J'utilise beaucoup l'annuaire des professeurs d'AP adaptée de la SFP-APA ... et ça me permet aussi de ... faire le relais avec mes collègues en cabinet privé pour ... des gens qui n'ont pas grand-chose d'autre ou qui ont des besoins particuliers »

Ou bien les patients sont **réadmis dans le programme passerelle** lorsqu'aucune autre solution n'est trouvée et qu'il est possible de renouveler leur participation :



« Si on voit que...c'est encore un peu bancal et que...on sent qu'ils ont encore besoin de soutien, on renouvelle le programme une fois »

Enfin, un programme offre la possibilité de **continuer dans le même cadre**, moyennant un forfait mensuel. (15€ pour une séance par semaine, 23€ pour 3 séances et 35€ en illimité).

Lorsque les patients sont orientés **vers une pratique autonome**, c'est principalement à leur demande ou à cause d'un manque de structure adaptée localement. Par conséquent, les EAPA font de leur mieux pour les soutenir dans ce choix par différents moyens afin de soutenir la pratique de l'AP. Ça peut être par la transmission d'exercices et de séances :



«Je suis ouvert à la pratique indépendante. Donc s'ils ont besoin d'aide, nous leur donnons l'aide existante»

ou encore en les conseillant sur le choix du matériel à acheter et à utiliser de manière autonome :



«Par exemple, les gens qui veulent acheter un vélo et qui nous demandent quel est le meilleur vélo, on va les conseiller là-dessus »



Les EAPA et/ou les encadrants réalisent le **travail d'orientation** pour pérenniser la pratique après le programme par différents moyens : transmission de coordonnées, contact avec le club, intervention d'une association tierce ou présence physique de l'EAPA. **Les coordonnées des structures susceptibles d'accueillir les patients sont remises au patient** sous forme de liste détaillée pour l'aider dans son choix et assurer la suite du processus :



« En gros, on leur donne un listing avec le nom de l'association, le site internet, tout ça, le numéro de téléphone, l'email, les horaires des activités, les différentes activités, les lieux des activités, les tarifs... La seule chose qu'ils doivent faire est d'appeler, de communiquer avec l'association. J'ai toujours refusé d'appeler les associations pour eux. Pour moi, c'est une démarche qu'ils doivent faire »

Le processus d'orientation peut également inclure un **appel téléphonique entre l'EAPA et le club bénéficiaire potentiel** :



« Si nous avons de la chance, ils ont un club à côté et nous les mettons en contact. C'est-à-dire que j'appelle d'abord le club, ou du moins je lui dis que quelqu'un va l'appeler. Je leur demande, s'ils n'ont pas appelé dans les 15 jours, si le club peut les rappeler »

Dans certains cas, **les EAPA interviennent ponctuellement auprès d'associations extérieures** au programme pour favoriser le contact humain ainsi que la découverte de l'activité en question :



« L'année dernière on a eu une dizaine de randonnées, organisées par le comité départemental en lien avec les clubs pour nos inscrits, donc en fait il y avait notre éducateur plus la randonnée. Ils n'ont pas découvert la marche nordique et ensuite ils ont fait des randonnées. Donc comme ça les gens entrent en contact avec les éducateurs de l'association pour les connaître. Et si le courant passe, alors ce que je dis aux associations, c'est d'apporter leurs flyers »

Parfois, il y a eu **l'accompagnement physique des EAPA** en dehors des séances du programme pour faire le lien avec une activité qui suit le programme :



« L'année dernière, nous avons développé la natation santé et la natation J'étais présente dans les locaux et ça a fait la transition entre les patients et cette nouvelle activité qu'ils ne connaissaient pas forcément et l'éducateur qui recevait un nouveau public pour lui. Et donc, au moins il y avait un point de repère en fait pour tout le monde, qui était moi, et qui pouvait potentiellement aider un éducateur s'il avait des questions »



Certains programmes s'appuient sur des **partenariats réels ou en construction** dont le lien est formalisé par écrit et avec des critères précis :

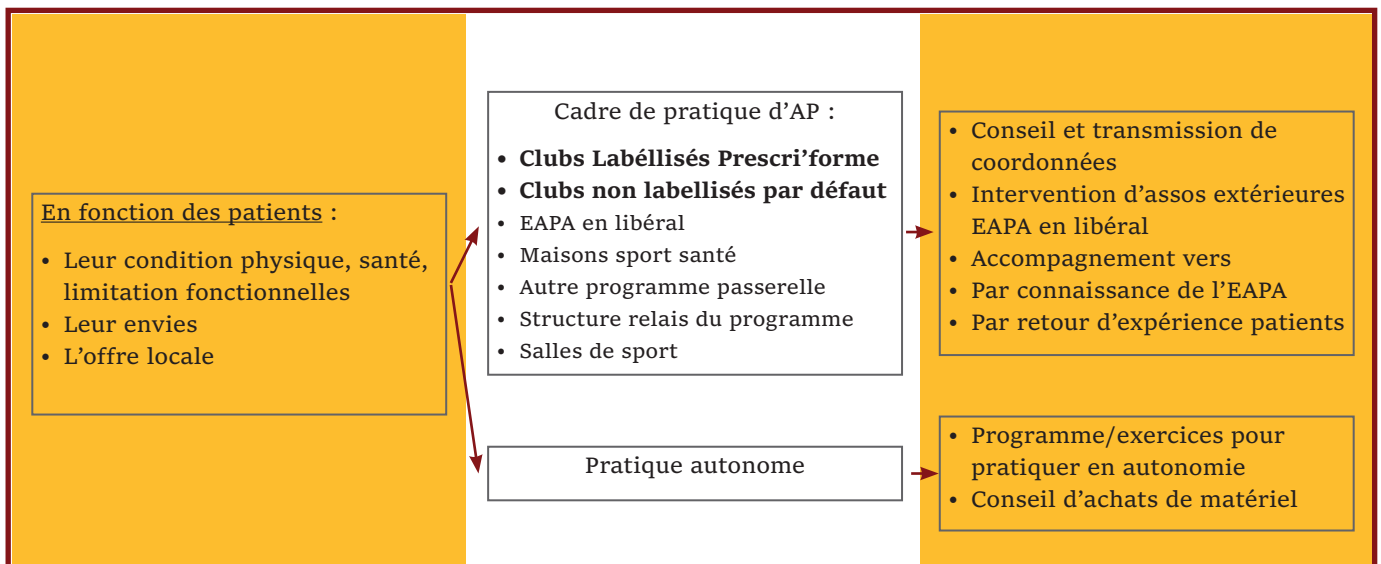


« Nous avons des clubs sportifs avec lesquels nous avons eu des partenariats parce qu'ils avaient des éducateurs (sport santé), comme la natation et l'athlétisme. Ils ont donc des éducateurs formés et nous envoyons nos patients dans leurs services ... Nous avons créé une convention type avec nos partenaires, ils doivent adhérer à [notre] maison sport santé, à notre charte d'orientation... que nous sommes en train de mettre en place. Ils doivent être référencés sur Prescri'Forme, sinon on ne les prend pas »

Dans d'autres cas, il s'agit plus de **contacts privilégiés** que de partenariats formels :



« Il y a eu un partenariat qui s'est mis en place, mais c'était plus des connaissances (...) mais on n'a pas ... signé de papier de partenariat »



QUID DES OBJECTIFS DES PROGRAMMES ?

En interrogeant les objectifs du programme, **les entretiens ont mis en évidence la difficulté à décrire clairement les objectifs**. L'agence régionale de santé, qui a certifié ces programmes, a défini les objectifs comme suit : « améliorer la condition physique, faire en sorte que les personnes pratiquent en autonomie, en sécurité, de façon régulière et persistante ». Ces objectifs n'ont été clairement énoncés que deux fois. A première vue, les réponses des personnes interrogées semblent être assez éloignées de ces éléments.

Deux personnes interrogées ont mentionné l'absence d'objectifs :



« Mais non, je n'ai pas d'objectifs fixes, si vous voulez »

« Non, on n'a pas d'objectifs..., X m'avait donné une feuille, je ne sais plus trop où elle est. »



Quatre ont mentionné des objectifs sur l'attractivité du programme plutôt que des objectifs pour le patient :



« Les objectifs, concrètement c'est d'essayer d'avoir de plus en plus de monde. »

« La promotion du sport santé dans le département, faire en sorte qu'à terme il y ait une offre sport santé dans toutes les disciplines des clubs sportifs du département. »

Trois ont mentionné des objectifs pour les patients et/ou la poursuite de la pratique :



« La façon dont je le conçois, c'est de faire de l'entraînement physique pour les patients, d'améliorer leur condition physique et surtout de trouver des solutions à leurs problèmes physiques et surtout de trouver des solutions pour qu'ils continuent par la suite »

Enfin, les personnes interrogées sur l'aspect écrit ou formalisé des objectifs ont eu des réponses disparates :



« C'est écrit dans le procès-verbal. Pendant l'assemblée générale, on en parle. »

« C'est seulement des choses qui sont déjà là ; enfin en tout cas à mon avis qui n'ont jamais été trop formalisées. »

QUELS SONT LES FREINS EXTERNES RENCONTRÉS ?

De ces programmes relativement récents ont émergé des freins externes variés. Ils demandent certainement du recul sur la pratique de l'ensemble du champ de l'activité physique adaptée, et même plus globalement du sport-santé. Ils soulèvent des questions importantes pour lesquelles de nombreux travaux de recherche et de collaboration seront nécessaires – Comment décliner les volontés politiques sur le terrain ? Comment la politique et les collectivités peuvent-elles soutenir efficacement les programmes d'APA ? – Comment organiser le financement pour assoir et développer le sport santé ? – Comment favoriser le travail en synergie des différents acteurs ? Et notamment, comment faire pour favoriser la collaboration du monde médical et du monde du sport ?

- **Les freins institutionnels et politiques** soulèvent à la fois le sentiment d'un manque de soutien et une difficulté à travailler avec les différents services des collectivités concernés par le sport-santé.



« Et c'est vrai que, que ce soit la délégation départementale du ministère des Sports, donc la DDCS ou même euh l'ARS et cetera (...), pour moi je trouve qu'on est absolument pas soutenus, en tout cas, pas comme ce qu'il y a écrit sur le papier »

« Les politiques locales (...) C'est parfois compliqué de, de jongler entre le service de la santé et le service des sports. et du coup monde du sport, monde de la santé... »



- **Les freins financiers** sont évoqués dans des perspectives de développement des activités mais aussi dans le fait de renforcer les équipes pour assurer de meilleures conditions de travail.



« le développement clairement, le développement, le manque de moyens »

« c'est très difficile. Il y a un manque de personnel »

- **Les freins liés au travail en interdisciplinarité** semblent quant à eux soulever des problèmes de communication et de collaboration autour d'intérêts communs ; tout comme la difficulté à mettre en place des ponts entre le monde de l'activité physique et le monde médical.



« il y a un gros travail à faire d'information et d'évoquer les rôles de chacun »

Rôle et formation des médecins :



« Et puis il y en a qui comprennent pas forcément le sport santé en chez les médecins »

« il y a encore des médecins qui envoient eux, sans même des fois sans expliquer au patient »

CE QUE NOUS AVONS APPRIS

Cette analyse transversale tirée de la capitalisation des expériences de 8 programmes a mis en évidence l'utilisation sur le terrain de mécanismes solides et variés au bénéfice des patients. Ce partage d'expériences a aussi permis d'identifier des difficultés et des pistes de travail pour améliorer le bon déroulement des programmes et la prise en charge des patients.

- Pour favoriser l'adhésion à la pratique de l'AP pendant les programmes, les compétences utilisées sont l'empathie, l'écoute, l'adaptation, et la capacité sur le terrain à assurer la variété des contenus, la sécurité des participants, à encourager leurs progrès et à promouvoir l'aspect social de l'activité physique. Toutes ces compétences sont en relation avec la formation assurée en STAPS APA et constituent la base solide de cet encadrement.¹⁰
- En complément, des compétences transversales ou « soft skills » comme la communication, ou la gestion de projets sont plébiscitées pour permettre d'assurer le bon déroulement des programmes en dehors de l'encadrement à proprement parler¹¹.
- La variété des méthodes d'orientation post-programme identifiées offre une possibilité d'individualisation mais aucune garantie de pratique durable n'a été identifiée. Pour aller plus loin dans la compréhension de l'utilisation de ces méthodes d'orientation en vue d'une pratique pérenne, des recherches supplémentaires sont nécessaires. Elles permettront alors d'explorer l'efficacité des différentes méthodes et de les ajuster selon les contextes et les individus. Une des hypothèses pour assurer la continuité de la pratique est de s'appuyer sur la découverte des activités en s'appuyant sur l'aspect social humain, afin de lever des barrières telles que la peur et/ou la méconnaissance d'activités pourtant adaptées¹² ou l'inhibition sociale¹³.



- Les objectifs des programmes apparaissent comme un axe de travail important. En effet, ces objectifs, bien que définis dans le cahier des charges de l'Agence Régionale de Santé, sont apparus comme peu ou pas connus. Les réponses n'ont que rarement concerné les objectifs liés à la pérennisation de la pratique et n'étaient pas alignés avec ceux du cahier des charges. Cette méconnaissance nuit probablement à l'efficacité des programmes¹⁴, pour être plus efficaces dans l'atteinte des objectifs, ceux-ci devraient être formalisés et SMART (spécifiques, mesurables, actionnables, pertinents et temporels)¹⁴. Ces éléments plus liés à la gestion et au management pourraient peut-être compléter la formation des différentes personnes travaillant dans les programmes passerelles.
- Les freins externes identifiés (manque de soutien politique, institutionnel et financier, difficultés du travail en interdisciplinarité) sont une source de préoccupation quant au bon déroulement des programmes de reprise d'AP et au développement du sport-santé plus globalement. La multiplicité et la variété des parties-prenantes met en lumière la complexité, notamment en santé publique, à prendre en compte les objectifs de chacun et les différentes interactions¹⁵.

PERSPECTIVES

Les pistes de travail sont multiples ; sans ordre de priorité ni prétention d'exhaustivité :

- Continuer de s'appuyer sur les éléments forts et probants déjà utilisés
- Œuvrer en interne autour de la connaissance et la clarification des objectifs
- S'appuyer sur les retours d'expériences pour co-construire et affiner le cahier des charges des dits programmes
- Explorer l'efficacité des différentes méthodes d'orientation afin de favoriser la poursuite de la pratique, notamment en s'appuyant sur le maillage territorial de l'offre sport-santé
- Œuvrer pour un travail interdisciplinaire autour d'objectifs communs et appuyé sur des actions de coordination.



BIBLIOGRAPHIE

- 1 French Social security [Assurance Maladie]. Prevalence of chronic diseases in 2019 [Prévalence des ALD en 2019]. ameli.fr. <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/affection-de-longue-duree-ald/prevalence/prevalence-des-ald-en-2019.php> (accessed 2021-05-14).
- 2 Rapport-Charges-et-Produits-2019-Web.Pdf. <https://www.ameli.fr/sites/default/files/rapport-charges-et-produits-2019-web.pdf> (accessed 2021-10-01)
- 3 Cockerham, W. C.; Hamby, B. W.; Oates, G. R. The Social Determinants of Chronic Disease. *Am. J. Prev. Med.* 2017, 52 (1, Supplement 1), S5–S12. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2016.09.010>.
- 4 Durstine, J. L.; Gordon, B.; Wang, Z.; Luo, X. Chronic Disease and the Link to Physical Activity. *J. Sport Health Sci.* 2013, 2 (1), 3–11. <https://doi.org/10.1016/j.jshs.2012.07.009>
- 5 World Health Organisation. WHO Guidelines on Physical Activity and Sedentary Behaviour, 2020. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240015128>.
- 6 Boiche, J.; Fervers, B.; Freyssenet, D.; Gremy, I.; Guiraud, T.; Moro, C.; Nguyen, C.; Ninot, G.; Perrin, C.; Poiraud, S.; Varray, A.; Vinet, A.; Walther, G. Physical activity: Prevention and treatment of chronic diseases [Activité physique : Prévention et traitement des maladies chroniques]; report; Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), 2019; p Paris : Inserm : Éditions EDP Sciences (ISSN : 0990. <https://www.hal.inserm.fr/inserm-02102457> (accessed 2021-10-31)
- 7 Regional Health agency [Agence Régionale de Santé]. Certification of physical activity resumption programs [Certification de programmes passerelles]. <http://www.iledefrance.ars.sante.fr/certification-de-programmes-passerelles-dans-le-dispositif-prescrit-2019> (accessed 2021-10-06).
- 8 Albert, F. A.; Crowe, M. J.; Malau-Aduli, A. E. O.; Malau-Aduli, B. S. Functionality of Physical Activity Referral Schemes (PARS): A Systematic Review. *Front. Public Health* 2020, 8, 257. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.00257>.
- 9 Orrow, G.; Kinmonth, A.-L.; Sanderson, S.; Sutton, S. Effectiveness of Physical Activity Promotion Based in Primary Care: Systematic Review and Meta-Analysis of Randomised Controlled Trials. *BMJ* 2012, 344, e1389. <https://doi.org/10.1136/bmj.e1389>.
- 10 Barbin, J.-M.; Camy, J.; Communal, D.; Perrin, C.; Fodimibi, M.; Vergnault, M. Referential of Activities and Competences of the Teacher in Adapted Physical Activity. [Référentiel d'activité et de Compétences de l'enseignant En Activité Physique Adaptée]; 2015.
- 11 Cimatti, B. Definition, Development, Assessment of Soft Skills and Their Role for the Quality of Organization and Enterprises. *Int. J. Qual. Res.* 2016 Vol10 1 P97-130 2016. <https://doi.org/10.18421/IJQR10.01-05>.
- 12 Dupays, S.; Kiour, A.; Bourdais, F.; De Vincenzi, J.-P. Rapport IGAS General Inspectorate of Social Affairs/ General Inspectorate of Youth and Sports [Inspection Générale Des Affaires Sociales / Inspection Générale de La Jeunesse et Des Sports.]; N°2017-126R/IGJS N°2018-I-07; Inspection Générale des Affaires Sociales / Inspection générale de la jeunesse et des sports, 2018. https://web.archive.org/web/20180422054030id_/http://www.sports.gouv.fr/autres/RapportIGASIGJSAPSMars2018.pdf.
- 13 Fanget, F. De l'inhibition sociale à l'anxiété sociale. *J. Psychol.* 2007, n° 244 (1), 24–28.
- 14 Ogbeiwi, O. Why Written Objectives Need to Be Really SMART. *Br. J. Healthc. Manag.* 2017, 23 (7), 324–336. <https://doi.org/10.12968/bjhc.2017.23.7.324>.
- 15 Neville, B. A.; Menguc, B. Stakeholder Multiplicity: Toward an Understanding of the Interactions between Stakeholders. *J. Bus. Ethics* 2006, 66 (4), 377–391.



ANALYSE TRANSVERSALE DE CAPITALISATION D'EXPERIENCE PERSISTE

Contributeurs :

Comité Départemental Olympique et Sportif de Seine Saint Denis
Université de Lorraine laboratoire APEMAC

Service de Médecine du Sport du Centre Hospitalier Intercommunal de Poissy - St-Germain-en-Laye
Maison Sport Santé de Bligny, Centre Hospitalier de Bligny

Comité Départemental Olympique et Sportif des Yvelines, Versailles
Association du Défi Forme Santé, Saint-Denis – La Courneuve

Service de Médecine de l'exercice et du sport, Hôpital Jean Verdier, Hôpitaux Universitaires Paris
Seine-Saint Denis, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris

Centre de Santé La Martinière, Saclay

Office médical des sports de Meaux

Office Municipal d'Éducation Physique et des Sports de Nanterre

Auteurs :

Olivier Riquier

chef de projet sport-santé au CDOS 93

doctorant à l'Université de Lorraine, APEMAC, équipe MICS

Anne Vuillemin

Professeur des Universités, Université Côte d'Azur, LAMHES

Oriane Odin

Directrice du CDOS 93

Aurélie Van Hoya

Marie Curie Research Fellow, University of Limerick, Ireland,

Maitre de conférences HDR à l'Université de Lorraine

Mise en page :

Laëtitia Lejeau - CDOS 93

Correspondant :

Olivier Riquier - olivier.riquier@cdos93.org

AVRIL 2024