



# Sport santé bien-être

Auvergne Rhône-Alpes

## ACTES

des rencontres régionales du 13 décembre 2016 à Saint-Etienne





Document téléchargeable sur [www.ireps-ara.org](http://www.ireps-ara.org)



# Sport santé bien-être

## en Auvergne-Rhône-Alpes

13 décembre 2016, Saint-Etienne.

DRDJSCS, ARS Auvergne-Rhône-Alpes, Pôle Médical Sportif du CREPS de Vichy et IREPS Auvergne-Rhône-Alpes.

### OUVERTURE DE LA JOURNEE

Gilles de LACAUSSADE, directeur général adjoint de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes.

Bruno FEUTRIER, directeur régional adjoint de la DRDJSCS Auvergne-Rhône-Alpes.

4

### ACTIVITE PHYSIQUE, SEDENTARITE, ALIMENTATION ET SANTE : DE QUOI PARLE-T-ON ?

Pr Martine DUCLOS, service médecine du sport, CHU de Clermont-Ferrand.

8

### LE SPORT SANTE BIEN-ETRE PAR L'ARS ET LA DRDJSCS

Laurence CASTET (DRDJSCS), Jean-Louis COTART (ARS), Marie HECKMANN (Comité régional EPGV Auvergne), Madeleine ROEDIGER (Ain Sport Santé).

24

### DES RESSOURCES POUR ACCOMPAGNER LES ACTEURS

Jacques BIGOT (Pôle Ressource National Sport Santé Bien-Etre) et Mélanie RANCE (Pôle médical sportif, CREPS Vichy Auvergne).

39

### TABLES RONDES

#### LE SPORT SUR ORDONNANCE : QUELLE MISE EN OEUVRE ?

Dr Sophie BARROIS (Médecin URPS), Nicole BEUF (Union sportive Issoirienne), Amélie FUSCH (Plateforme sport santé Savoie), Corinne MOISSINAC et Fabien ROUX (kinésithérapeute et éducateur sportif, Clinique médicale de cardio pneumologie à Durtol), Corinne REOCREUX ("Un bon pas pour un bon poids", Ville de St Etienne).

48

#### PERENNISATION DE LA PRATIQUE D'ACTIVITE PHYSIQUE : QUELS FREINS, QUELS LEVIERS ?

Emmanuel BARUCH (DAHLIR), Michelle CLAVIERE (CROMS Auvergne), Mario DEBELLIS (Dédicas), Marjolaine KAZOUIT-SEGUY (FSCF).

59

#### L'EVALUATION : DANS QUEL CADRE ET AVEC QUELS OUTILS ?

Corinne PRAZNOCZY (ONAPS), Lucie PELOSSE (IREPS Auvergne-Rhône-Alpes).

72

#### SYNTHESE ET CONCLUSION

Pr. Martine Duclos et Alain PARODI, directeur de la DRDJSCS.

79

#### POSTERS

82



## OUVERTURE DE LA JOURNEE

**Mme JACOB.** - Bonjour Mesdames et Messieurs, bienvenue à cette journée Régionale Sport Santé Bien-Etre. Sans plus tarder, car comme vous le verrez cette journée est assez dense, je laisse le soin à M. de LACAUSSADE, Directeur général adjoint de l'Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes (ARS Auvergne-Rhône-Alpes) et à M. FEUTRIER, directeur adjoint de la Direction Régionale et Départementale de la Jeunesse et des Sports et de la Cohésion Sociale Auvergne-Rhône-Alpes (DRDJSCS Auvergne-Rhône-Alpes) d'introduire cette journée. Monsieur de LACAUSSADE, la parole est à vous.

**M. de LACAUSSADE.** - Mesdames et Messieurs, c'est avec un vrai plaisir que je vous accueille ce matin pour cette journée régionale sport santé bien-être. Je le fais de la part du Docteur Jean-Yves GRALL, notre nouveau Directeur Général de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes, qui ne peut pas être présent ce matin mais qui, en tant qu'ancien Directeur Général de la Santé, est particulièrement sensibilisé aux questions dont vous allez débattre tout au long de cette journée.

Je suis très heureux de le représenter et de vous voir si nombreux dès le début de vos travaux.

Pourquoi avoir souhaité organiser cette journée qui regroupe des acteurs du secteur sanitaire, sportif, éducatif et social ?

Le premier objectif consiste à renforcer une culture commune autour de la notion de sport santé, en y intégrant des repères qui concernent l'activité physique, l'alimentation et les rythmes de la vie.

Notre deuxième objectif pour cette journée est de favoriser les contacts et les échanges entre les différents acteurs que vous êtes, vous qui accompagnez des publics bien différents ; et de partager entre vous et avec nous la faisabilité d'actions les plus pertinentes et efficaces possible.

Enfin, le troisième objectif et la particularité de cette journée est qu'elle s'adresse pour la première fois au nouveau territoire de la grande Région Auvergne Rhône-Alpes. C'est pourquoi nous sommes réunis ce matin à Saint-Etienne, qui est à peu près au cœur géographique de la Région.

Cette grande Région est l'occasion de relever un certain nombre de défis : celui de la distance et celui du nombre. Nous sommes dans la deuxième région de France (quatrième d'Europe paraît-il) qui tangente les 8 millions d'habitants (7,6 ou 7,7 millions). Une telle superficie, tant d'habitants et tant de contrastes sont autant de challenges que nous devons ensemble affronter et relever.

L'année 2016 de mise en place de cette nouvelle dimension territoriale nous a permis de commencer à nous approprier cette diversité, mais aussi les enjeux et les leviers dont nous disposons. Et je ne doute pas que les nombreux débats et travaux de cette journée permettront de conforter et d'enrichir notre réflexion et nos actions pour demain.

L'Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes prête une attention toute particulière à la thématique du sport santé. En effet, ces enjeux s'adressent aux publics



éloignés de l'activité physique ou sportive, et s'inscrivent pleinement dans les différents axes, les différentes priorités de nos deux projets régionaux de santé.

L'action d'une agence régionale de santé est guidée par un projet régional de santé. Nous avons donc un PRS pour l'Auvergne et un PRS pour Rhône-Alpes, nous les avons encore pour quelques mois puisqu'au 31 décembre 2017, nous aurons un projet régional commun à la grande Région.

Au cœur de nos priorités dans chacune des régions figure un axe important sur la prévention et la lutte contre les maladies chroniques, grand enjeu de société pour aujourd'hui et encore plus pour demain, comme le diabète, les maladies cardiovasculaires qui sont les fléaux de notre temps, et la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap.

Par ailleurs, la lutte contre les inégalités sociales de santé est une priorité qui nous est donnée par la loi, et nous savons bien que l'activité physique en est un vecteur important.

C'est pourquoi, dès la parution de la circulaire de fin 2012 qui nous demandait de mettre en place des plans régionaux sport santé bien-être, nos deux agences régionales de santé de Rhône-Alpes et d'Auvergne se sont emparées du sujet en installant l'une et l'autre un comité de pilotage, un comité technique, pour l'écriture et la mise en œuvre du plan.

D'emblée la co-animation de ces actions par l'Agence Régionale de Santé et la Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale nous a permis d'aller rapidement dans le vif du sujet et d'être efficaces, notamment par la mise en place d'appels à projets qui a ouvert le champ des acteurs dans nos deux institutions.

Dès l'année 2013, nos ARS ont apporté un soutien important humain, intellectuel et financier à ces différentes initiatives, pour leur donner tout leur impact.

Je veux vous dire ce matin, en ouverture de votre journée, que nous avons l'intention claire de poursuivre sur cette lancée.

Nous sommes dans l'écriture du nouveau Projet Régional de Santé Auvergne Rhône-Alpes. Celui-ci aura une architecture un peu différente, modifiée par la loi, avec un cadre d'orientations stratégiques à 10 ans. C'est ce que nous souhaitons pour nous donner de la visibilité, mais c'est aussi compliqué parce que se fixer des orientations sur 10 ans met un peu de pression. Et nous commençons l'écriture d'un Schéma Régional de Santé à 5 ans, dont le démarrage est prévu au 1<sup>er</sup> janvier 2018, afin de remplacer l'ancien Schéma Régional de Prévention, l'ancien Schéma Régional de l'offre de soin, l'ancien Schéma Régional du médicosocial. Autrement dit, vous l'avez compris, la volonté est d'avoir une vue complète sur l'ensemble des thématiques et des réponses que nous devons apporter à la population dans le domaine de la santé au sens très large du terme.

L'écriture de ces documents constitue un défi important à relever. Cependant, nous ne comptons pas les écrire seuls dans notre coin au siège de l'ARS, mais nous voulons profiter de la mobilisation et des retours des acteurs. D'où l'un des intérêts, parmi ceux que j'ai cités précédemment, de la journée qui nous rassemble aujourd'hui à Saint-Etienne.

Je vous souhaite donc des débats riches et fructueux. Je ne serai pas plus long parce que votre programme est très dense. Malheureusement, je ne pourrai pas rester bien longtemps, je vous prie de m'en excuser, mais les équipes de l'ARS sont présentes. Par ailleurs, des actes seront produits, ce qui nous permettra de tirer le plus grand profit de vos travaux.



A toutes et à tous, je souhaite une excellente journée de travail et de réflexion. Merci.

**Mme JACOB.** - Merci Monsieur de LACAUSSE pour cette introduction. A présent, je laisse la parole à M. Bruno FEUTRIER de la Direction Régionale et Départementale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale.

**M. FEUTRIER.** Mon propos sera assez bref. Je m'associe pleinement à celui de mon collègue Gilles de LACAUSSE. C'est une façon de marquer le partenariat de très bonne qualité que nous avons établi avec l'Agence Régionale de Santé lorsque nous étions séparés Auvergne et Rhône-Alpes, partenariat qui se poursuit depuis la fusion.

Le sport santé bien-être, les activités physiques et sportives comme facteur de santé, est un sujet qui mobilise beaucoup, et c'est très heureux. Votre participation nombreuse aujourd'hui en témoigne. Nous sommes dans une Région Auvergne Rhône-Alpes où les initiatives sont très nombreuses et de qualité dans ce domaine, qu'elles soient le fait d'acteurs du monde du sport ou de la santé, et le plus souvent de manière conjointe.

Nous sommes à Saint-Etienne, dans une ville que je connais bien. Le lieu a été choisi parce qu'il est central, mais c'est aussi une ville et un Département dans lesquels de très belles initiatives ont été menées dans ce domaine.

Par ailleurs, dans cette grande Région Auvergne Rhône-Alpes, nous avons un atout particulier puisque le Ministère chargé des sports y a implanté son Pôle ressource national sport santé bien-être. En effet, il se situe au CREPS de Vichy Auvergne. Et dans le cadre d'un appel à projets, le Ministère chargé des sports et le Centre national pour le développement du sport ont permis l'installation de l'Observatoire National des Activités Physiques et de la Sédentarité à Clermont-Ferrand. Ce sont donc deux structures à vocation nationale, ainsi que des atouts de proximité pour nous et pour vous.

Je vous souhaite une très bonne journée.

**Mme JACOB.** - Merci Monsieur FEUTRIER pour cette introduction.

Je vous propose de vous présenter le déroulé de cette journée.

Nous démarrons la matinée avec Martine DUCLOS qui va nous permettre de clarifier ce dont on parle lorsqu'on évoque l'activité physique, l'alimentation et la sédentarité, afin de disposer d'un langage commun.

Ensuite, il sera précisé quelle est la politique régionale qui sous-tend le sport santé bien-être dans la Région. La présentation se fera à quatre voix, avec des représentants de l'Agence Régionale de Santé, des représentants de la Direction Régionale et Départementale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale, et deux opérateurs qui se sont inscrits dans cette politique publique.

Dans un troisième temps de la matinée, seront évoquées les ressources qui sont à votre disposition dans cette grande Région, avec une présentation du Pôle Ressource National Sport Santé Bien-Etre et une présentation d'un accompagnement proposé par le Pôle médical et sportif du CREPS de Vichy.

A 12h30, un buffet est prévu dans le hall d'entrée, et vous pourrez en profiter pour regarder les posters installés (il devrait y en avoir une dizaine) et rencontrer les auteurs de ces posters.

Cet après-midi, une première table ronde nous permettra d'entendre des acteurs qui se sont impliqués dans ce que l'on appelle le « sport sur ordonnance ».

Ensuite une seconde table ronde sera consacrée aux leviers qu'il est possible d'activer pour rendre cette activité pérenne et ainsi dépasser les freins qui peuvent parfois exister.



Enfin, nous aurons une présentation à deux voix sur la question de l'évaluation. Il nous a semblé que pour pérenniser la question de l'activité physique, il fallait se doter d'outils et de démarches d'évaluation peut-être davantage construites qu'elles le sont actuellement. Deux intervenantes nous aideront à réfléchir sur cette question.

Et nous clôturerons la journée par une synthèse réalisée par Martine DUCLOS et M. PARODI, Directeur régional de la DRDJSCS, qui nous fera l'honneur de sa présence.

Par ailleurs, je précise que dans votre programme initial intitulé le préprogramme, le point n°3 de la journée portait sur les nouvelles orientations et perspectives. Compte tenu du retard pris sur la sortie du décret devant préciser ces modalités de prescriptions, nous avons été obligés de modifier le programme. En effet il nous semblait difficile de conserver ce point du programme, n'ayant pas à ce jour les repères qui nous auraient permis de débattre.

Je laisse la place à Martine DUCLOS pour une présentation d'une quarantaine de minutes. Ensuite, vous pourrez lui poser des questions. Je vous serai reconnaissante de bien vous présenter quand vous poserez une question car Muriel DEBLOCK, une sténotypiste, est en charge de prendre les débats qui seront retranscrits dans les actes de cette journée.



## ACTIVITE PHYSIQUE, SEDENTARITE, ALIMENTATION ET SANTE : DE QUOI PARLE T-ON ?

Pr **DUCLOS**. - Mesdames et Messieurs bonjour et merci à l'ARS et à la Direction Régionale et Départementale de la Jeunesse des Sports et de la Cohésion Sociale de leur invitation. C'est toujours un plaisir de voir les deux ministères représentés pour montrer qu'ils travaillent ensemble, ce dont je peux témoigner.

- Activité physique, sédentarité, alimentation et santé : de quoi parle-t-on ?  
D'abord, on parle de mortalité évitable. Jusqu'en 2012, la première cause de mortalité évitable dans les pays développés était le tabagisme. Et depuis 2012, il existe un autre tueur sournois ; l'inactivité physique qui devient la première cause de mortalité évitable dans les pays développés devant le tabagisme. Ainsi, l'inactivité physique est responsable de 5,3 millions de décès par an dans le monde.

Si nous nous cantonnons à l'Europe, on considère actuellement que l'inactivité physique seule, indépendamment de la nutrition et du tabagisme, est responsable de 10 % des décès, soit 500 000 décès par an.

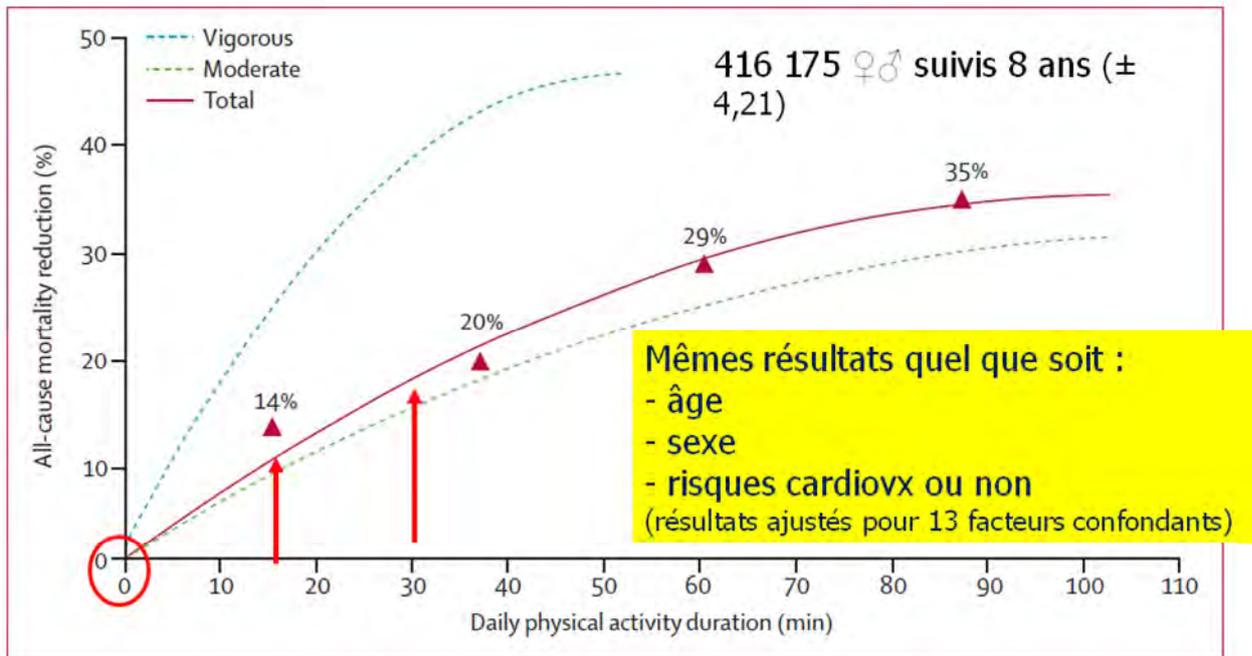
A l'inverse, on sait de façon formelle que l'activité physique seule peut diminuer significativement la mortalité précoce. De grandes cohortes ont été suivies de façon prospective sur au moins 10 ou 15 ans, je vous en propose une de plus de 400 000 sujets dont l'âge moyen était de 50 ans, pour laquelle a été notée la réduction de mortalité en fonction de la quantité d'activité physique pratiquée par jour.

Par rapport aux sujets qui ne pratiquaient aucune activité physique, d'autres 10 minutes par jour, d'autres 20 minutes, d'autres 30 minutes etc., nous voyons que la mortalité diminue de 17 % chez ceux qui ont une activité physique de 30 minutes 5 à 7 fois par semaine. Pour faire ce constat, nous mettons au même niveau tous les facteurs de mortalité en faisant simplement varier la quantité d'activité physique pratiquée par jour.

Ainsi, nous constatons que dès 15 minutes d'activité physique tous les jours, la mortalité précoce est diminuée de 14 %. C'est la limite d'efficacité.



## Ⓜ Minimum amount of physical activity for reduced mortality and extended life expectancy: a prospective cohort study



En conclusion, ce premier travail démontre qu'il est préférable de faire un peu d'activité physique que pas du tout puisqu'avec 15 minutes par jour, nous constatons déjà un effet significatif sur la santé en diminuant la mortalité précoce. Et ceci est efficace quel que soit l'âge. En effet, si l'âge moyen de cette cohorte était de 50 ans, certains sujets avaient entre 20 et 40 ans et d'autres plus de 60 ans. Cela fonctionne chez les hommes comme chez les femmes. Et certains sujets étaient en bonne santé alors que d'autres avaient déjà une pathologie lors de leur entrée dans le suivi de cohorte, comme de l'obésité, de l'insuffisance respiratoire, de l'hypertension, du diabète de type 2.

Ces effets sont bien visibles chez les sujets âgés comme nous le montre une méta-analyse réalisée par l'équipe de Saint-Etienne, qui est bien impliquée dans les effets de l'activité physique, sur des sujets de 72 ans d'âge moyen suivis pendant plus de 10 ans. Il en ressort que plus l'on pratique une activité physique régulière, plus le risque de mortalité précoce est diminué, précoce étant à partir de 70 ans. Néanmoins, même à 73 ans, avec 30 minutes d'activité physique par jour, la mortalité est significativement diminuée. Et dès 15 minutes, la mortalité toutes causes confondues est diminuée de 25 %.

Donc, jusqu'à 75 ans, il est encore possible de démarrer 15 minutes d'activité physique par jour pour diminuer la mortalité précoce, l'espérance de vie chez les femmes étant de 85 ans et chez les hommes de 82 ans.

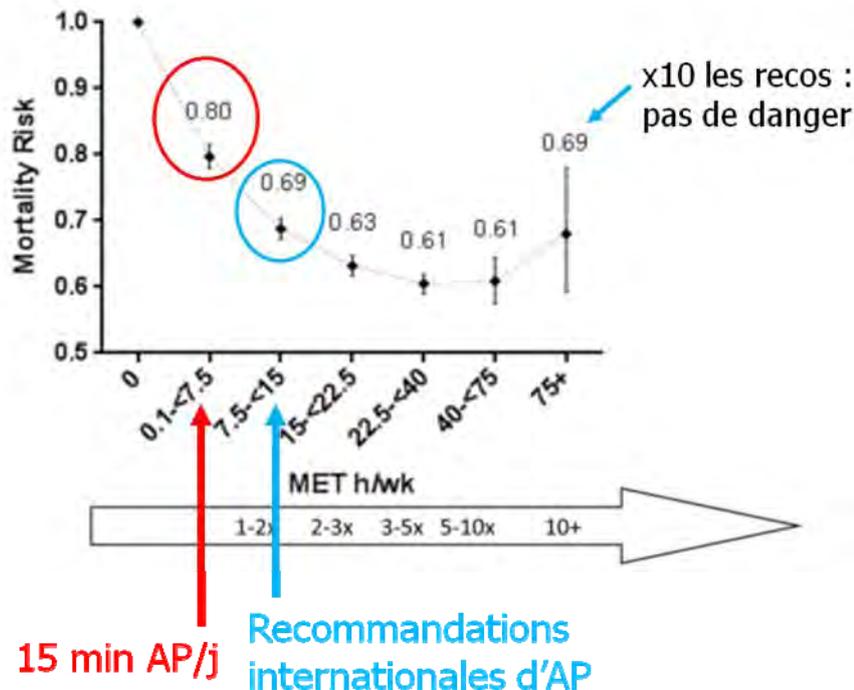
Nous constatons également un effet dose-réponse : plus on en fait, plus c'est efficace. A présent, nous avons suffisamment d'études pour déterminer cet effet dose-réponse.

Le dernier document publié indique l'effet dose-réponse sur le risque de mortalité. Environ 13 facteurs de risques ont été mis au même niveau, et le graphique indique en ordonnée la quantité d'activité physique effectuée par jour et en abscisse les recommandations. Ainsi, entre quelqu'un qui ne fait rien et ceux qui font 30 minutes



d'activité physique d'intensité modérée 5 fois par semaine, le risque de mortalité est diminué d'environ 30 %. Mais surtout avec déjà 15 minutes par jour, on diminue la mortalité de 20 %.

Donc, nous pouvons dire que les recommandations sont de 30 minutes, c'est là où se situe l'efficacité maximale, mais que déjà dès 15 minutes par jour 5 fois par semaine, il est possible de diminuer la mortalité de 15 %.



Arem et al. JAMA 2015

Personnellement, je m'agace contre les messages véhiculés par les médias qui, en cas de mort subite sur un terrain de football ou d'un sportif de haut niveau, annoncent que le sport est dangereux, confondant déjà sport et activité physique. Or, nous pouvons constater que jusqu'à 10 fois les recommandations, soit 15 heures par semaine d'activité modérée à intense, il y a un effet protecteur par rapport à ceux qui ne font rien, avec une diminution de la mortalité à 30 %.

Donc, arrêtons de nous dire que l'activité physique, même 15 heures par semaine d'intensité modérée, tue. Non, elle protège des effets délétères de l'inactivité physique et elle augmente l'état de santé.

- Quelques définitions

L'activité physique, vous savez ce que c'est ; et l'inactivité physique consiste à avoir un niveau d'activité physique inférieur aux recommandations, soit moins de 150 minutes d'activité modérée par semaine.

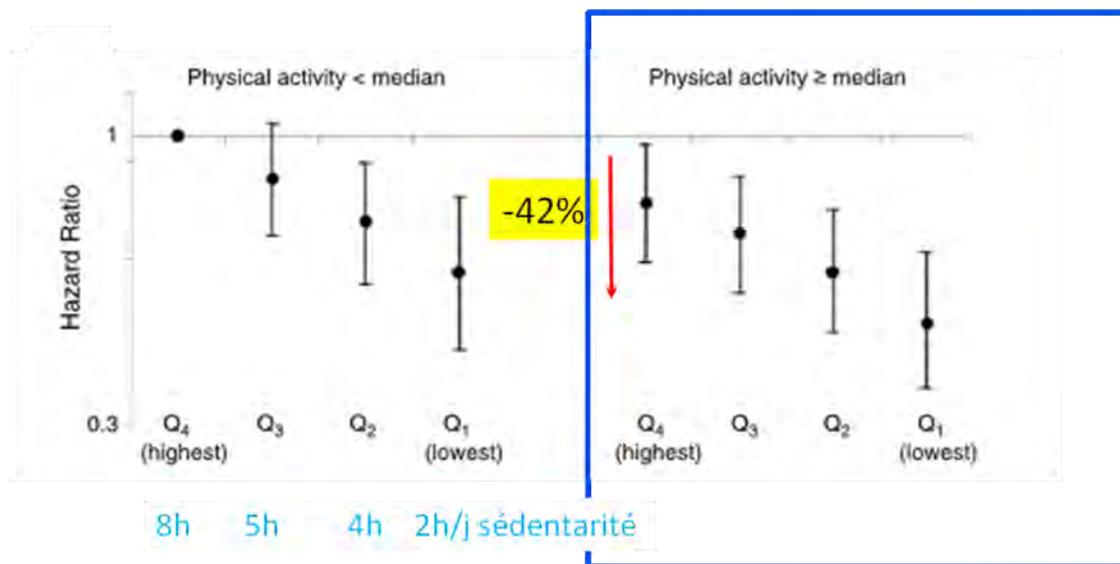
L'important est la définition de la sédentarité. Or, il existe un réel manque de communication pour qu'elle arrive jusqu'à l'oreille des patients ou de la population en général. L'information vient essentiellement des médias qui ne comprennent pas grand-chose et qui aiment bien les choses qui font du bruit, en confondant inactivité physique



et sédentarité. En fait, la sédentarité n'est pas le contraire de l'activité physique, c'est un autre concept qui concerne le temps passé assis en période éveillée, donc entre le levé et le couché, que ce soit dans les déplacements passifs pour aller d'un point à un autre par le biais des transports en commun ou de la voiture, ou dans le cadre du travail (90 % de la population a un travail assis), ou dans les loisirs c'est-à-dire derrière les écrans.

Nous nous intéressons à la sédentarité parce que nous savons maintenant que c'est un facteur de mortalité, indépendamment du niveau d'activité physique. Un travail récent indique le risque de mortalité en fonction du temps passé assis dans deux catégories de population : des sujets ayant un taux d'activité physique correspondant aux recommandations et des sujets ayant un taux d'activité physique inférieur aux recommandations. On fait simplement varier le temps passé assis, les autres facteurs de risques restant au même niveau.

### HR pour la mortalité en fonction des quartiles de sédentarité (moyennes de 2001 et 2003) en fonction de l'activité physique



La sédentarité augmente la mortalité indépendamment du niveau d'AP

Après ajustements multiples (n=4000 sujets, >60 ans)

Leon-Munoz et al., Med Sci Sports Exerc 45(8)1501-1507, 2013

Les gens qui ont un niveau d'activité physique inférieur aux recommandations sont séparés pour chaque groupe en fonction du temps passé assis par jour : 8 heures, 5 heures, 4 heures et 2 heures. Nous constatons que pour les personnes qui passent 8 heures assises par jour dans les deux groupes, le risque de mortalité diminue de 30 % entre ceux qui ont un niveau d'activité physique inférieur aux recommandations et ceux qui font les 30 minutes.

Ensuite, au sein de chaque groupe, entre ceux qui passent 8 heures assis par jour et ceux qui passent moins de 2 heures, la mortalité est diminuée de 42 %. Et l'effet est le même si vous respectez les recommandations.

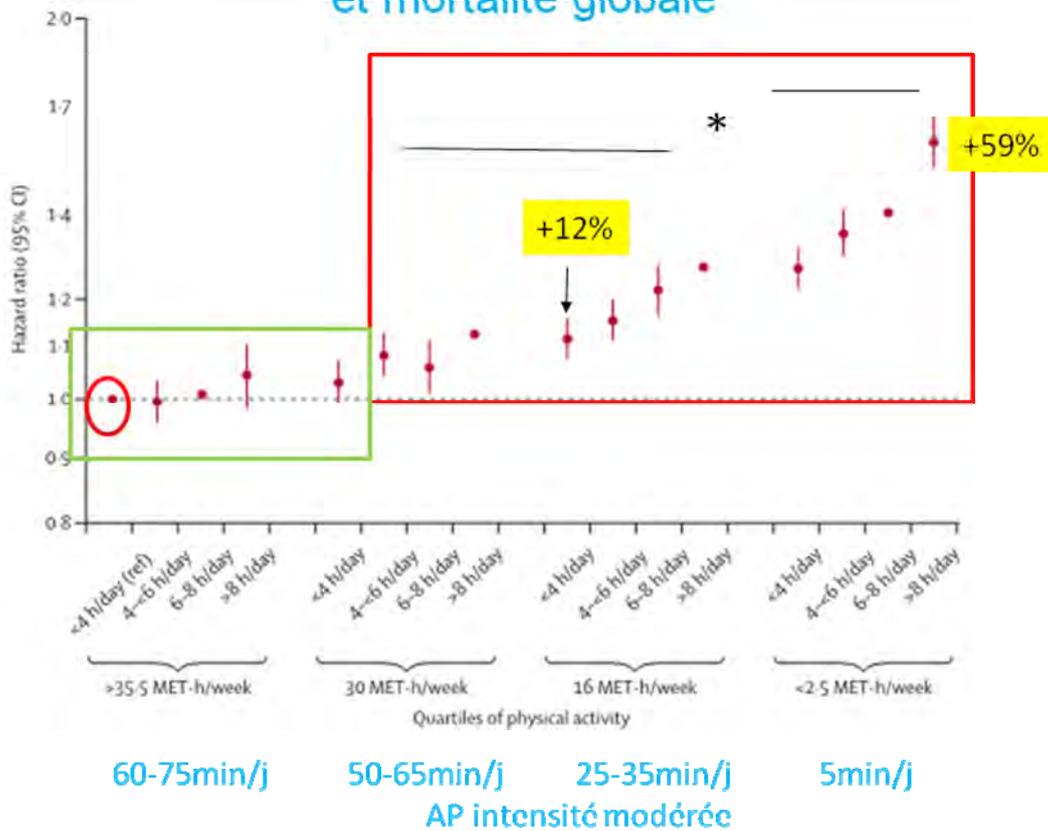
Cela signifie que la sédentarité est un facteur de mortalité indépendamment du niveau d'activité physique.

Cette étude a été réalisée sur 4 000 personnes, et nous disposons également de méta-analyse. Mais nous avons surtout une étude réalisée en 2016 sur un million de sujets,



donc indiscutable. C'est une méta-analyse sur des sujets qui ont été suivis pendant plus de 18 ans. La question était de savoir quelle dose d'activité physique peut permettre d'atténuer les effets de la sédentarité.

## Méta-analyses sur association AP- temps passé assis et mortalité globale



Ekelund et al. Lancet July 27, 2016

Donc, sur un million de sujets avec des facteurs de risque tous mis au même niveau, on a fait varier le temps de sédentarité et le niveau d'activité physique. Les sujets sont répartis en 4 groupes :

1. Ceux qui ne respectent pas les recommandations avec 15 minutes d'activité physique par jour.
2. Ceux qui respectent les recommandations avec 25 à 30 minutes d'activité physique par jour.
3. Ceux qui font deux fois les recommandations avec 50 à 65 minutes d'activité physique par jour.
4. Ceux qui sont largement au-dessus avec 60 à 75 minutes d'activité physique par jour.

Et au sein de chaque groupe figure le temps passé assis : 6 heures par jour, 6 à 8 heures, 4 à 6 heures et moins de 4 heures. Et vous avez le risque de mortalité.

Nous constatons que pour les sujets qui pratiquent entre 60 et 75 minutes d'activité physique par jour et qui passent moins de 4 heures assis pour jour, le risque est de 1, soit équivalent de 0.



Bien sûr, le pire c'est de ne pas suivre les recommandations et de passer 8 heures par jour assis, ce qui concerne beaucoup de gens, presque 60 % de la population. Pour eux, le risque de mortalité est augmenté de 42 %.

Cependant, même en pratiquant 60 minutes d'activité physique par jour et en passant 4 heures assis par jour, à aucun moment vous n'êtes en dessous de 1. Donc, même une activité physique deux fois plus élevée que les recommandations n'atténue pas les effets de la sédentarité. Par conséquent, il faut vraiment lutter contre les effets de la sédentarité. Je vous donnerai les recettes à la fin.

Non seulement la sédentarité augmente la mortalité -sans pour autant succomber à une mort subite comme le démontre les méta-analyses- mais la sédentarité indépendamment du niveau d'activité physique augmente d'un facteur deux le risque de maladies cardiovasculaires, de diabète de type 2, d'obésité et de certains cancers. Ceci explique la surmortalité.

C'est la raison pour laquelle les recommandations de santé publique préconisent à la fois d'augmenter le temps passé à l'activité physique ainsi que de diminuer le temps passé à des comportements sédentaires. Ce message est vraiment important : c'est l'un et l'autre. Lorsqu'on commence à lutter contre les attitudes sédentaires, c'est souvent un bon moyen, chez les sujets très déconditionnés, de passer ensuite à l'activité physique.

- Un rappel bref sur les effets de l'activité physique sur la santé

Sur l'expertise ANSES qui vient de sortir en 2016, il ressort que l'activité physique seule, indépendamment de la nutrition, réduit la mortalité prématurée, toutes causes confondues, de 30 %.

Pourquoi ? Il existe deux grandes causes de mortalité dans les pays développés : les cancers et les maladies cardiovasculaires. Ces dernières représentent la première cause de mortalité en France chez les femmes et la deuxième cause de mortalité chez les hommes. En France, une femme sur trois meurt d'une maladie cardiovasculaire ; et la femme a 8 fois plus de risque de mourir d'une maladie cardiovasculaire que d'un cancer du sein. C'est un constat alarmant. Sur les 147 000 décès en France liés à l'infarctus du myocarde, 54 % sont des femmes. Et l'infarctus du myocarde survient chez les femmes de plus en plus jeunes : 11 % chez des femmes de moins de 50 ans contre 4 % en 1995. Or, il faut savoir que l'infarctus est plus grave chez la femme que chez l'homme puisque 55 % sont fatals pour la femme contre 43 % pour l'homme.

Pourquoi les femmes font-elles plus d'infarctus ? Parce qu'elles vivent à présent comme les hommes : elles travaillent, assument les tâches familiales, mangent aussi mal que les hommes. De plus, l'alcoolisme baisse chez les hommes et augmente chez les femmes parce qu'elles partaient de beaucoup plus bas. L'activité physique est plus basse à tous les âges chez la femme que chez l'homme, et son niveau est insuffisant.

Selon les données de l'OMS suite à des études scientifiques, si tous les Français faisaient 30 minutes d'activité physique 5 fois par semaine, arrêtaient de fumer et avaient une alimentation équilibrée, on pourrait prévenir en France 80 à 85 % des infarctus du myocarde et des accidents vasculaires cérébraux -les 15 % restants sont dus soit à des malformations congénitales, soit à des anomalies génétiques. Et l'activité physique seule pourrait en prévenir 30 %.

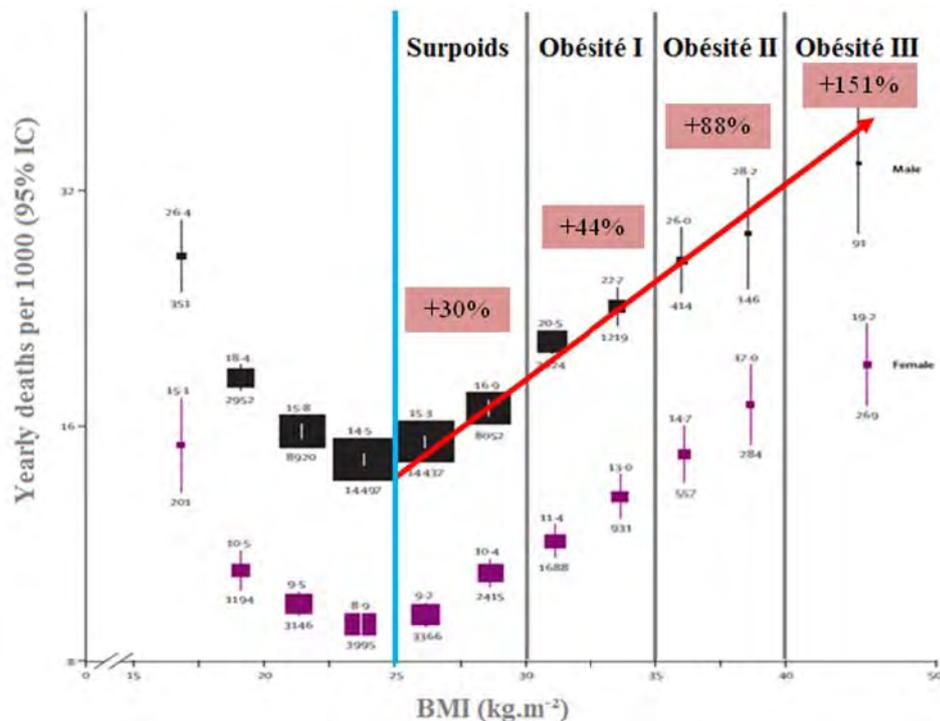
Vous imaginez quelles seraient les économies de santé publique, sans oublier les effets sur la qualité de vie.

Pourquoi l'activité physique prévient les maladies cardiovasculaires ? Parce que c'est un facteur de prévention direct sur l'endothélium, la paroi vasculaire, de même que l'alimentation qui a un effet directement sur l'endothélium. Et l'activité physique comme la nutrition agissent sur tous les facteurs modifiables de risque de l'athérosclérose. Je ne



vais pas tous les énumérer, mais simplement insister sur l'obésité. Je vous rappelle que l'obésité tue.

## Relations indice de masse corporel (IMC) et mortalité



(Berrington et al., NEJM 2010)

24

Ce graphique présente la relation entre l'indice de masse corporelle et la mortalité, en bas chez les femmes et en haut chez les hommes. Vous voyez que pour un indice de masse corporelle à 25 -qui est le poids normal- et un à 30 -qui définit le surpoids- la mortalité est augmentée de 30 %. Ensuite, pour un indice de masse corporelle à partir de 30 -qui est l'obésité I- la mortalité est augmentée de 44 %. Et en fonction du grade de l'obésité, la mortalité augmente pour passer à 88 % jusqu'à 151 %.

Donc, l'obésité tue. Et dès le surpoids, il existe un sur-risque de mortalité parce que l'obésité s'accompagne d'un risque augmenté de maladie cardiovasculaire de facteur 12, de certains cancers multipliés par 4 et d'un sur-risque de diabète de type 2, de pathologies rénales, de pathologies hépatiques -le fameux foie gras qui conduit à la cirrhose hépatique liée au cancer du foie- et de pathologies respiratoires.

Et n'oublions pas l'obésité de l'enfant. Jusqu'à il y a une dizaine d'années, on pensait que le risque pour lui était de devenir un adulte obèse. A 11 ans, un enfant obèse a 90 % de risques de devenir un adulte obèse, et ceci d'autant plus si l'un voire les deux parents sont obèses, et encore plus si le niveau socio-économique est faible. On sait maintenant que c'est beaucoup plus grave que cela, puisqu'un enfant obèse à 7, 8, 10 ou 11 ans a déjà des anomalies comme une hypercholestérolémie, un pré-diabète, une hypertension artérielle vraie et des lésions pré-athérosclérotiques qui font le lit de l'athérosclérose. Donc, l'enfant obèse subit déjà des atteintes artérielles précoces. Et il souffre d'apnée du sommeil. Et 50 % des enfants obèses ont de l'asthme. Ainsi, l'athérosclérose au lieu de survenir à 50 ans peut survenir à 25 ou 30 ans.



L'activité physique est un bon moyen de prévention de l'obésité, et ceci à tous les âges de la vie. Elle ne fait pas perdre du poids, j'en suis désolée, mais elle permet de perdre la masse grasse intra-abdominale, celle qui est si dangereuse sur le plan métabolique et cardiovasculaire que l'on mesure par le tour de taille.

La preuve en est faite par l'équipe de Ross sur des sujets soit minces, soit obèses, soit diabétiques de type 2. L'objectif a été de leur faire faire 2 mois d'activité physique, avec une alimentation équilibrée mais sans perte de poids et sans restriction calorique. A l'issue des 2 mois, la masse grasse a été mesurée par IMR, essentiellement la masse grasse sous-cutanée, la masse grasse abdominale, la masse grasse viscérale. Il ressort que les sujets n'ont pas perdu de poids significativement -environ 200 grammes- mais que les sujets minces ont perdu environ 10 % de la masse grasse viscérale, les sujets obèses 15 % et les diabétiques de type 2 en ont perdu 20 %.

En fait, l'activité physique ne fait pas perdre de masse grasse sous-cutanée. En revanche, la masse grasse viscérale, celle qui est si mauvaise pro-inflammatoire est la première mobilisée au cours de l'activité physique.

La conclusion de l'équipe de Ross est la suivante : un sujet obèse qui fait de l'activité physique et suit une restriction calorique, le meilleur profil est celui qui va perdre du poids et diminuer sa masse grasse viscérale, donc son tour de taille. Mais le sujet obèse qui, en faisant de l'activité physique et une restriction calorique ne perd pas de poids n'est pas un perdant à partir du moment où il diminue son tour de taille car il verra une diminution de la masse viscérale, une amélioration métabolique, une amélioration des paramètres cardiaques et une augmentation de la capacité respiratoire.

- Le diabète de type 2

Un autre effet de l'activité physique porte sur le diabète de type 2 qui est une épidémie en France liée et à l'inactivité physique et l'alimentation déséquilibrée. On sait maintenant, grâce à des études multi-ethniques prospectives chez des sujets à risque élevé de développer un diabète de type 2, donc pré-diabétique, que l'activité physique seule, sans la diététique, permet de prévenir 50 % des diabètes de type 2. Et si l'on rajoute une alimentation équilibrée, il est possible de prévenir 80 % des diabètes de type 2.

Ces chiffres sont extrêmement importants, et concernent toujours une activité physique de 30 minutes d'intensité modérée 5 fois par semaine.

Et chez le diabétique de type 2, l'activité physique fait partie de la prise en charge à part entière puisqu'elle agit sur tous les éléments que l'on traite dans le diabète de type 2 : l'équilibre glycémique, les paramètres lipidiques, les paramètres métaboliques, la tension artérielle. Sans oublier que l'activité physique augmente la capacité maximale d'exercice.

- Capacité physique et capacité d'exercice

La capacité physique concerne les capacités cardiorespiratoires, donc l'endurance, la force musculaire, et chez les personnes âgées la souplesse. Il s'agit de la quantité maximale d'exercice qu'un sujet peut réaliser.

La capacité d'endurance se traduit par la mesure de  $VO_2max$ . Cela consiste à demander au sujet de pédaler en laboratoire jusqu'au maximum et l'on mesure la consommation maximale d'oxygène. On a tendance à penser que  $VO_2max$  se cantonne à mesurer l'activité maximale du système respiratoire et du système cardiaque. En fait, cela va beaucoup plus loin. Quand on mesure la consommation maximale d'oxygène lors d'une épreuve d'effort maximale, on mesure le travail du système respiratoire, du système cardio-circulatoire, mais aussi la consommation maximale du muscle au cours de l'exercice. C'est donc tout le travail des mitochondries qui vont consommer l'oxygène et le transformer en ATP.



On sait depuis longtemps que l'épreuve d'effort est extrêmement intéressante chez les sujets en bonne santé comme chez les sujets malades. Ainsi, dès l'année 2000, un travail a été réalisé sur plus de 5 000 sujets, dont certains en bonne santé et d'autres présentant déjà une maladie cardiaque puisqu'ils avaient eu un infarctus du myocarde ou une embolie pulmonaire. Ils ont eu une épreuve d'effort, puis suivis pendant 7 ans, période au bout de laquelle il a été mesuré le nombre de sujets décédés. La question était de savoir quel facteur permettait de prédire la mortalité chez ces sujets.

Le premier facteur prédictif de mortalité chez les sujets en bonne santé était la valeur de  $VO_2\text{max}$ , suivi du facteur de risque classique comme l'hypertension, etc.

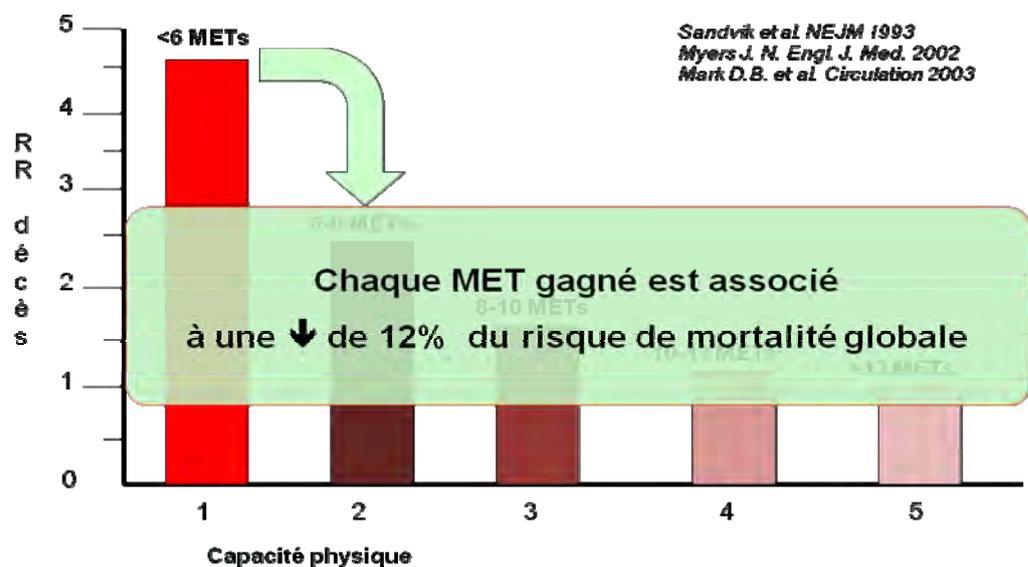
Et le premier facteur permettant de prédire la mortalité chez les sujets qui avaient déjà fait un infarctus du myocarde était aussi la valeur de  $VO_2\text{max}$ .

Donc, ce travail a été le premier à démontrer que la capacité maximale d'exercice est le meilleur facteur pronostic de décès. Il fonctionne de la façon suivante :

Entre l'oxygène consommé au repos qu'on appelle un MET et la consommation maximale, ceux qui ne sont pas capables d'augmenter leur consommation d'oxygène d'un facteur 5 -facteur qui correspond à une marche d'un bon rythme- la mortalité est multipliée par 4, que vous soyez en bonne santé ou malade. C'est valable pour toutes les pathologies, que vous ayez un cancer, un diabète, une maladie cardio-vasculaire.

Cependant, il faut retenir que le fait d'augmenter sa consommation d'oxygène seulement d'un MET (3,5ml d'oxygène) permet de diminuer la mortalité de 12 %. Et augmenter d'un MET demande très peu d'entraînement pour des sujets complètement déconditionnés.

## La capacité physique ,un marqueur de risque de décès



Par conséquent, il est extrêmement important d'être capable de mesurer la capacité d'endurance car cela constitue un bon facteur pour estimer le risque de mortalité.

D'où l'intérêt de mesurer la capacité d'exercice chez les enfants. Des résultats dont on a beaucoup parlé sont arrivés il y a deux ans montrant que la capacité d'exercice des collégiens a diminué de 33 % entre 1971 et 2011. C'est extrêmement inquiétant parce



que cette baisse de la capacité d'endurance représente un facteur de mortalité et de morbidité. Chez les enfants, ce n'est pas un bon pronostic d'espérance de vie.

- Autre effet de l'activité physique : l'effet sur les cancers.

Le cancer est la deuxième cause de mortalité chez les femmes et la première cause chez les hommes. Il existe 3 cancers pour lesquels l'activité physique est un facteur de prévention : le cancer du colon, le cancer du sein et le cancer de l'endomètre. Pour ces trois cas, l'activité physique permet de prévenir 25 % des cancers.

Et cet effet est indépendant de la nutrition. Si on y ajoute la nutrition, le taux passe de 25 à 40 %. Donc, l'activité physique plus la nutrition permettent de prévenir 40 % des cancers précités.

Et l'activité physique a également un rôle important après cancer où l'effet est encore plus important. Nous avons des données sur des cohortes de sujets qui ont démarré une activité physique après le traitement de leur cancer. Je vous montre celles concernant le cancer du sein, mais nous avons les mêmes pour le cancer du colon et le cancer de la prostate.

Les données montrent que l'activité physique démarrée après le traitement du cancer, quel que soit le traitement (chirurgie et/ou chimiothérapie et/ou radiothérapie et/ou hormonothérapie pour le cancer du sein), diminue la mortalité totale toutes causes confondues de 30 à 40 %, et le risque de récurrence du cancer du sein, du cancer de colon ou de cancer de la prostate de 40 %. A titre de comparaison, sachez que la chimiothérapie pour le cancer du sein diminue la mortalité de 10 %.

Compte tenu de ces données, dans les recommandations de l'Institut National du Cancer qui vont sortir en début d'année, l'activité physique fera partie de la prise en charge à part entière des traitements du cancer.

- Le cerveau

Faut-il entraîner le cerveau ? La réponse est oui, et ceci très tôt, dès l'enfance. Une étude réalisée sur une cohorte de 1,2 million d'enfants suédois, qui comporte l'épreuve d'effort à 18 ans en relation avec des tests d'intelligence sur tous les paramètres, montre que les enfants ayant la  $VO_2max$  (la capacité d'endurance) la plus élevée à 18 ans ont les tests cognitifs les meilleurs. En fait, les performances cognitives sont corrélées à la capacité maximale d'endurance, et ceci indépendamment de tout ce qui peut influencer les performances cognitives, à savoir l'âge de la mère à la naissance, son poids, le tabagisme, l'alcoolisme, etc.

Donc, l'activité physique des enfants, indépendamment de tout ce qui peut influencer les tests cognitifs, est corrélée aux performances académiques à 16 et 18 ans. Il est bien démontré que l'activité physique augmente la neuro-genèse, et si elle ne l'augmente pas dans les zones où les neurones ne se multiplient pas, elle augmente la quantité des synapses et leur durée de vie.

Chez les personnes âgées, l'activité physique améliore le vieillissement cognitif normal, retarde la perte d'autonomie de 10 ans, diminue le risque des chutes chez les personnes en perte d'autonomie de 32 % et retarde la survenue de la maladie d'Alzheimer et de la maladie de Parkinson de 30 %.

En résumé, l'activité physique prévient les maladies, maintient et améliore la santé, et traite pratiquement toutes les pathologies chroniques, sans oublier qu'on se fait plaisir, ce qui améliore la qualité de vie.

Nous pouvons le dire autrement. En France, nous sommes les champions d'Europe de l'espérance de vie, mais nous sommes beaucoup moins bons en espérance de vie sans incapacité puisque nous nous situons au 10<sup>ème</sup> rang. Si les femmes vivent 85 ans en



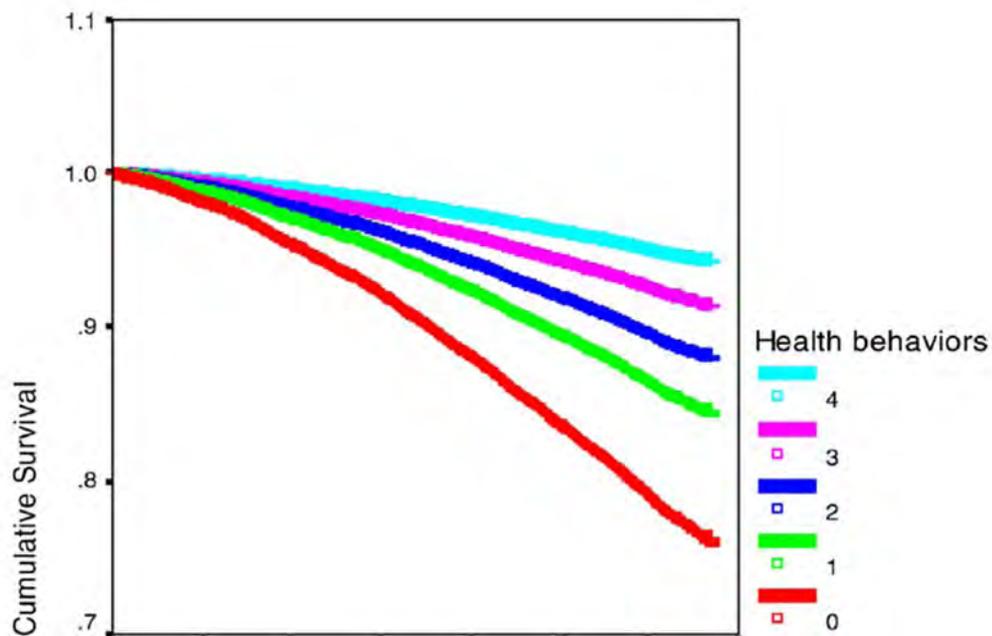
France, elles développent une première pathologie chronique à 63,5 ans, elles ont donc 20 ans d'évolution avec une maladie chronique. Le combat est le même pour les hommes.

Donc, on vit en France en moyenne 20 ans avec une maladie chronique, sachant qu'à 75 ans, on a en moyenne 3 pathologies chroniques.

L'activité physique peut-elle faire gagner des années de vie en bonne santé ? La réponse est oui, et plusieurs études le prouvent, dont l'une comptant 20 000 sujets âgés de 45 à 79 ans suivis pendant 14 ans. La mesure a été faite sur le pourcentage de survie en fonction de 4 comportements de santé :

- Tabagisme : oui ou non.
- Consommation modérée d'alcool.
- Consommation de fruits et légumes mesurée sur des dosages sanguins de vitamines.
- Activité physique.

Quatre bons comportements de santé rapportaient 4 points ; aucun bon comportement de santé n'en rapportait 0 ; et tous les intermédiaires étaient possibles.



**4 facteurs positifs associés :**  
**risque de décès dans les 11 ans : 4x moindre (sujets 45-79 ans)**  
**ce qui équivaut à...**

**≠ de 14 ans d'âge chronologique**

doi:10.1371/journal.pmed.0050012.g001

Ce graphique indique la survie. Au début, chacun des sujets dispose de 100 % de survie, et au bout de 14 ans, la survie diminue. Chez ceux qui n'ont aucun comportement de santé, la survie au bout de 14 ans est de 75 %. Et chez ceux qui ont les 4 bons comportements de santé, c'est-à-dire qui ne fument pas, qui pratiquent une activité physique régulière, qui ont une consommation d'alcool modérée et qui consomment 5 portions de fruits et légumes par jour, la survie au bout de 14 ans est d'environ 95 %.



Il y a environ 25 % de différence de survie liée aux 4 comportements de santé, ce qui correspond à 14 années de vie en bonne santé gagnées.

L'activité physique seule fait gagner 4 années de vie en bonne santé. Et si vous ajoutez la nutrition équilibrée, vous rajoutez des années de vie en bonne santé, pour atteindre 14 années en ajoutant l'arrêt du tabac plus une consommation modérée d'alcool.

- Que faut-il faire pour cela ?

Il faut lutter contre la sédentarité. Ne me demandez pas combien de temps maximum il faudrait passer assis. Au début, on parlait de moins de 7 heures, maintenant même 2 heures ou 4 heures, c'est trop.

En fait, il ne faut pas totalement bouleverser son mode de vie et refuser de travailler. En revanche, les jours non-travaillés, il faut essayer de limiter son temps passé assis ; et les jours travaillés, il faut diminuer les temps prolongés de sédentarité.

Je vais vous donner les chiffres d'activité physique en France. On considère que, chez les adultes, environ 30 % de la population suit les recommandations. Chez les enfants où l'activité physique n'est pas de 30 mais de 60 minutes, les capteurs de mouvements indiquent que l'activité moyenne des garçons est de 32 minutes et celle des filles de 18 minutes, et l'on considère qu'entre 5 et 9 % des enfants suivent vraiment les recommandations -c'est valable pour toute l'Europe.

Quant à la sédentarité (le temps passé assis), l'étude NutriNet santé parue l'année dernière et réalisée sur 35 000 sujets âgés en moyenne de 44,5 ans fait ressortir que, les jours travaillés, les gens passent 12 heures assis, soit 4 heures en rentrant chez soi ; et les jours non travaillés, ils passent 8 heures assis. Il va donc falloir trouver une solution pour passer moins de temps assis.

Sans oublier que toutes les pathologies dont j'ai parlé qui sont des maladies chroniques non transmissibles liées à notre mode de vie concernent 86 % des décès en France et 77 % des coûts de santé publique.

Comment prévenir ces pathologies ?

Pour lutter contre la sédentarité les jours travaillés, il faut se lever toutes les heures ou toutes les heures et demie pendant 5 minutes sans pour autant faire une activité physique. Il a été démontré qu'être simplement debout suffisait à rompre les effets de l'heure ou de l'heure et demie passée assis antérieurement. Tel est le message à transmettre. Quand on prend cette habitude, cela devient un besoin.

Pour les gens totalement inactifs, il est préférable de prendre l'habitude de se lever toutes les heures ou toutes les heures et demie en ayant une activité légère, c'est-à-dire aller ranger un livre ou jeter quelque chose à la poubelle. C'est déjà un début de mouvement et un début de reprise de l'activité.

Deuxièmement, il convient d'augmenter l'activité physique de la vie quotidienne en utilisant les déplacements actifs, en prenant les escaliers ; et les activités physiques sportives structurées comme le renforcement musculaire et l'endurance d'intensité modérée ou vigoureuse. C'est donc la recommandation classique, le problème repose sur la traduction.

En effet, lorsque les médecins doivent traduire ces recommandations, ils peuvent le faire en termes de METs s'ils savent de quoi il s'agit, mais il faut que ce soit compréhensible pour le patient. Il convient de préciser que l'activité doit être raisonnée, régulière et raisonnable. Dans l'idéal, le médecin doit faire une ordonnance d'activité physique, avec une planification de l'activité physique pour répondre à la nouvelle loi de santé publique dont le décret d'application va sortir incessamment.



Cependant, avant la rédaction de l'ordonnance, le médecin doit évaluer l'activité physique du patient, son niveau de sédentarité, ses freins et ses motivations, sa condition physique (son endurance et sa force musculaire), pour ensuite faire la prescription qui implique de mentionner une durée, une intensité, une fréquence et le type de l'activité physique.

Cela devient compliqué car pour moi qui fais ce genre de chose à l'hôpital, cela prend 45 minutes et non pas les 11 minutes de prescription des médecins. En plus du manque de temps, ceux-ci ne sont absolument pas formés. D'où l'intérêt d'avoir des annuaires pour savoir où le médecin peut envoyer son patient, ce qui est fait en Auvergne et prochainement en Rhône-Alpes comme dans de nombreuses régions.

En fait, le rôle du médecin est de convaincre le patient, lui expliquer les effets de l'activité physique, que ce n'est pas dangereux pour lui, qu'il n'y a pas d'interaction avec les médicaments. L'important est de rédiger une ordonnance prescrivant de l'activité physique 5 fois par semaine et ensuite de savoir où envoyer le patient auprès d'un professionnel de l'activité physique adaptée. Il existe des modèles suivant les villes, les régions et chaque particularité. Ce professionnel évaluera le patient sur son niveau d'activité physique, ses goûts, son temps, et il saura où l'envoyer pour pratiquer une activité physique adaptée durable pour une santé durable, et ceci de façon coordonnée entre le médecin et tous les acteurs pour des économies de santé.

C'est également le rôle du Pôle Ressource National Sport Santé Bien-être et de l'Observatoire National, dont le but est de référencer toutes les actions qui se font et les effets de l'activité physique et de les remonter auprès des décideurs afin de favoriser et impulser des actions locales.

Pour finir, n'oubliez pas qu'une petite activité physique vaut mieux que rien du tout, qu'il faut lutter contre la sédentarité, que le changement ne se prescrit pas car changer est difficile, donc l'ambivalence est normale chez le patient. Ne pas oublier non plus le rôle du médecin, et qu'il est important de partager et de collaborer car c'est vraiment multidisciplinaire.

L'activité physique fonctionne à tous les âges, le mieux est de commencer tôt, mais même chez une personne âgée c'est efficace.

Et le duo gagnant, c'est l'activité physique et la nutrition.

Je vous remercie et je vous propose de vous lever pour mettre en pratique mon exposé !

**Mme JACOB.** - Merci à Martine DUCLOS pour son intervention et pour la proposition qu'elle nous fait en nous demandant de nous lever. En effet nous étions en complète contradiction entre son discours et notre position assise.

Certains d'entre vous ont-ils déjà des questions pour Martine DUCLOS ?

**Corinne REOCREUX, ville de Saint-Etienne.** - Pour les enfants, l'activité sportive permet d'augmenter le nombre de neurones et de synapses. Est-ce la même chose pour les adultes ?

**Pr DUCLOS.** - Absolument. Dans la région du cerveau dénommée l'hippocampe, tout au long de la vie les neurones continuent à se multiplier. Cette zone est impliquée dans la mémoire et dans l'humeur. Donc, cela fonctionne à tous les âges de la vie.

Et pour les autres zones du cerveau, l'activité physique permet d'augmenter le nombre de synapses, et ce à n'importe quel âge.



**Antoine BLECHET, centre hospitalier Alpes Isère psychiatrie.** - Vous nous avez fait une belle présentation, il nous manque cependant l'aspect pratique, c'est-à-dire quels tests nous pouvons faire avec n'importe quelle personne de notre entourage pour évaluer son niveau.

**Pr DUCLOS.** - Ce point sera traité cet après-midi. Je vous précise toutefois que, pour l'endurance, le plus simple est typiquement le test de marche de 6 minutes ; pour la force musculaire, c'est le handgrip avec un dynamomètre ; et pour les membres inférieurs, c'est soit les flexions et extensions, soit le test « *get up and go* » qui consiste à comptabiliser le nombre de fois où la personne peut se lever et s'asseoir d'un siège et le temps qu'elle met pour se lever du siège, faire un demi-tour et revenir s'asseoir.

D'autres tests permettent de mesurer la souplesse et l'équilibre sur une jambe yeux ouverts et fermés.

Ces tests sont standardisés et proposent des normes en fonction du sexe et de l'âge. Il n'y a pas besoin de médecin, ils sont très simples.

**Philippe PAULIN, Education Nationale.** - Pourriez-vous redéfinir ce que vous appelez l'unité MET.

**Pr DUCLOS.** - Le MET est l'équivalent métabolique. C'est votre consommation d'oxygène lors de votre dépense énergétique de repos ou quand vous êtes assis ou couché. Cela correspond à 3,5ml d'oxygène consommés par kilo de poids corporel par minute. Pour faire simple, quand vous êtes assis ou couché, on considère que votre dépense énergétique de repos est égale à 1 MET. Dès que vous êtes debout, vous atteignez les 1,5 MET environ, et plus vous bougez, plus votre consommation d'oxygène augmente.

A titre d'exemple, l'activité physique d'intensité modérée d'un sujet le place entre 3 et 5 MET. Et la forte intensité le situe au-dessus de 5 MET.

Cela permet d'éviter de parler en pourcentage de  $VO_2max$ , ce qui n'est pas clair pour le grand public, ou en pourcentage de fréquence cardiaque, ce qui ne veut pas dire grand-chose. Donc, la valeur en MET est simple et valable pour tout le monde quel que soit le poids.

**Myriam CHOMAZ, UNSLL.** - Je souhaiterais faire une remarque à propos de posture assise. Il faut bien préciser qu'il s'agit de l'assis passif parce que certains sports se font assis et les certaines personnes en situation de handicap sont également assises.

**Pr DUCLOS.** - Vous avez raison.

**Myriam CHOMAZ, UNSLL.** - Par ailleurs, l'activité physique au niveau de l'Education Nationale est de 3 heures par semaine au collège et de 2 heures au lycée, y a-t-il un levier possible au Ministère des Sports pour formuler des recommandations fortes parce que ce sont des moments où l'on peut facilement agir me semble-t-il, et donner la culture de l'activité physique ?

**Pr DUCLOS.** - Il faut savoir qu'en Europe, la France est le pays qui compte le plus d'heures d'éducation physique par rapport aux autres pays européens.

J'ajoute que le levier ne porterait pas sur le Ministère des Sports mais sur le Ministère de l'Education, et dans ce domaine le premier est pro-actif quand le deuxième commence à rajouter dans ses programmes d'éducation générale l'activité physique. Autant une information a été faite en direction des enfants sur la nutrition, autant a priori dans le nouveau programme cette année il y a une information sur le rôle de l'activité physique. C'était dans les intentions.



Il serait déjà bien qu'à l'école, les enfants prennent l'habitude de se lever à tous les intercourts, et ce à tous les âges. Comme d'habitude, le modèle est celui des pays nord-européens où les élèves se lèvent à toutes les heures, à tous les intercourts. Si on en expliquait la raison, ce serait déjà pas mal, plutôt que de laisser les enfants et les ados restés assis entre les intercourts, ne pas aller à la récréation.

**Claude CHOTEAU, DD ARS 63.** - Votre présentation est édifiante, je me demande donc ce qui pêche dans le discours ambiant. En effet, on parle de 5 fruits et légumes par jour et l'on voit que la malbouffe continue d'augmenter. On dit que le sport fait du bien et l'on constate que l'on en fait de moins en moins.

Donc, d'après vous qu'est-ce qui empêche d'améliorer ce système, hormis l'aspect marketing notamment pour la malbouffe ?

**Pr DUCLOS.** - A priori, la population a l'information d'après les quelques études qui ont été réalisées, mais elle a besoin d'aide car elle ne sait pas où aller. Elle a besoin de ce lien pour passer de l'état de l'information à celui de l'action.

Pour les populations intermédiaires, c'est-à-dire les gens à risque qui n'ont rien fait depuis longtemps, ils ne vont pas dans les clubs sportifs car ils pensent qu'ils sont réservés à la compétition, même si les choses sont en train de changer du fait de l'orientation sport santé pour la plupart des clubs sportifs.

Ils pensent que les salles de sports sont là pour ceux qui veulent faire de la « gonflette ». J'exagère quelque peu car certaines salles de sport prennent en compte cette orientation sport santé, mais les gens n'ont pas encore cette information.

Cela fait longtemps que je rêve de ce qui se passe au Canada, à savoir qu'il y ait dans les villes un guichet d'information où les gens pourraient se rendre pour indiquer leur profil, exposer leur envie de faire de l'activité physique pour leur santé et obtenir les adresses des relais pour ce faire. Il y a le message du médecin, mais tout le monde n'est pas malade. Pour les malades, il y a le médecin, mais celui-ci a encore besoin d'être formé et de connaître les endroits à indiquer dans le cas du sport sur ordonnance car il ne dispose pas de cette information, du fait également qu'elle n'existe pas partout.

Pour les non-malades ou les gens à risque qui n'osent pas aller dans un club de basket parce qu'ils savent que ce n'est pas pour eux, il manque ce guichet sport santé qu'on devrait avoir partout.

Même moi, je ne sais pas que conseiller pour les personnes âgées qui habitent dans des petits villages. Je leur suggère d'aller à la mairie pour obtenir peut-être des informations. Ils ont envie de pratiquer une activité physique mais ne savent pas où aller. Donc, il manque ce guichet d'information.

**Annick ARNAUD, infirmière.** - Pourquoi ne pas intégrer le réveil musculaire et le travail comme levier de performance au travail ?

**Pr DUCLOS.** - Je suis complètement d'accord, les effets sont bien démontrés. Nous le faisons à Clermont-Ferrand avec Michelin, et nous l'avons démarré avec la CPAM de Clermont-Ferrand.

C'est bien démontré pour ceux qui occupent des postes à risque, pour lutter contre les troubles musculo-squelettiques, mais nous le faisons spécifiquement pour ceux qui ont un travail sédentaire car ils peuvent également développer des problèmes d'arthrose ainsi que des troubles musculo-squelettiques, même si ce ne sont pas ceux liés aux mouvements répétitifs d'un travail à la chaîne. Les études font apparaître des douleurs lombaires et cervicales, des actions sur la qualité de vie et la fatigue. Nous sommes en



train de démarrer un gros travail sur les travailleurs sédentaires assis de la CPAM de Clermont-Ferrand.

**Claire ETIENNE, service promotion de la santé de l'ARS dans la Loire.** - Dans ce changement des habitudes de vie, l'activité physique est la seule qui n'est pas soumise aux lobbies industriels du tabac ou agroalimentaires. Cela devrait donc être plus facile d'agir sur ce domaine que sur la nutrition, et pourtant cela semble plus difficile.

Nous sommes dans des environnements très défavorables qui compliquent l'intégration de l'activité physique dans nos vies. Je m'inquiète pour une certaine catégorie de la population que sont les femmes au niveau des maladies cardiovasculaires. A notre petit niveau dans la Loire, nous essayons de chercher des solutions parce que nous constatons déjà que les petites filles pratiquent moins d'activités physiques que les garçons dès la petite enfance, et ensuite nous savons bien que ce sont les mères qui vont emmener leurs enfants au sport sans jamais en faire elles-mêmes. Elles passent également plus de temps aux tâches ménagères que les hommes, même si les choses ont bien évolué. Et elles s'oublient toujours.

Dans la Loire, nous sommes en train de réfléchir pour leur proposer, quand elles emmènent leurs enfants au foot, une heure de gym dans une salle à côté afin de rentabiliser ce temps-là.

Et comme vous le disiez, il y a une piste importante dans les entreprises pour amener de l'activité physique au travail, puisque c'est là où l'on passe le plus de temps en étant souvent assis.

**Pr DUCLOS.** - Je suis complètement d'accord avec vous. Pour rebondir sur vos propos, j'ai discuté avec Michelin qui a mis l'activité physique dans l'entreprise depuis une dizaine d'années, et selon les statistiques, la grande majorité des adhérents à ce programme sont les femmes entre 25 et 50 ans qui ont des enfants non-autonomes parce que c'est le seul moment dont elles disposent pour s'occuper d'elles.

Par ailleurs, certaines fédérations sportives ont aménagé un créneau pour les mamans qui accompagnent leurs enfants à une activité sportives, mais c'est assez compliqué. Et d'autres qui proposent des activités spécifiques pour les femmes proposent en même temps une activité sportive pour les enfants.

Lors de l'année de la femme et du thème sur le sport et les femmes, j'étais sur Bordeaux et des choses avaient été mises en place dans toute la région et cela fonctionnait très bien. Le problème a été le financement pour que l'action perdure.

**Mme JACOB.** - Merci. Je vous propose de passer à l'intervenant suivant qui est Jean-Louis COTART de l'Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes.



## LE SPORT SANTE BIEN-ETRE PAR L'ARS ET LA DRJSCS

**M. COTART.** - Bonjour à tous. Je suis Jean-Louis COTART, l'un des référents régionaux de la thématique santé sport et nutrition à l'ARS Auvergne Rhône-Alpes.

Je vous précise que les actes de cette journée sont en cours de saisie, vous aurez donc la possibilité d'y avoir accès comme ceux qui sont absents.

Je vais faire une présentation largement moins scientifique et donc nettement moins intéressante que le Professeur DUCLOS, un peu plus administrative, en indiquant comment les institutions ARS et DRJSCS se sont emparées de cette thématique.

- Le contexte

Les plans régionaux sport santé bien-être se sont développés dans toutes les régions de France à partir d'une instruction interministérielle -en guise de cadeau de Noël des ministères de la santé et des sports- le 24 décembre 2012. L'objectif de ces plans devait être d'accroître le recours aux activités physiques et sportives comme thérapeutique non médicamenteuse et développer la recommandation des activités physiques et sportives par les médecins et autres professionnels de santé dans un but de préservation du capital santé de chacun.

L'instruction mentionnait quatre publics cibles, nos plans ont donc été dédiés à ces quatre publics cibles et ne se sont pas adressés à tout le monde, mais à ceux ayant un comportement éloigné de la pratique sportive le plus marqué :

- Les porteurs de maladies chroniques (diabète, hypertension, cancer, etc.).
- Les personnes âgées qu'elles soient à domicile ou en institution.
- Les personnes handicapées à domicile ou en institution.
- Les publics des quartiers prioritaires de la politique de la ville, c'est-à-dire se trouvant dans une précarité socio-économique plus marquée que le reste de la population.

L'instruction demandait qu'il y ait une co-animation de l'ARS et de la DRJSCS, en lien avec les priorités ministérielles, que ce soit les programmes nationaux comme le programme national nutrition santé, le plan obésité, le plan cancer, etc., ainsi qu'avec les priorités régionales.

En Auvergne et en Rhône-Alpes nous avons écrit nos plans respectivement. A l'époque, nous ne travaillions pas ensemble.

Pour l'Auvergne, le plan avait une durée de 2013 à 2016, et pour Rhône-Alpes elle était de 2013 à 2017, ce qui fait que le plan d'Auvergne se prolonge d'une année, avec un plan unique Auvergne Rhône-Alpes à horizon 2018.

Cette réforme territoriale a entraîné une redistribution des cartes. Je me suis présenté comme étant référent pour l'ARS, je suis domicilié à Lyon, et ce sont nos collègues de la DRJSCS du site de Clermont-Ferrand qui suivent le futur grand plan Auvergne Rhône-Alpes. Ainsi, ce n'est pas hégémonique, mais réparti de part et d'autre.



Actuellement, nous sommes dans une phase d'évaluation. Des sociétés externes sont en train de travailler sur nos deux plans. Les copies définitives devraient arriver vers la fin de l'année, ce qui nous permettra d'écrire notre futur plan commun Auvergne Rhône-Alpes. Ce calendrier d'évaluation porte jusqu'à fin décembre 2016, nous devrions donc normalement en disposer d'ici quelques jours ou semaines.

A présent, je vais vous parler plus spécifiquement de Rhône-Alpes, et après ma collègue Laurence CASTET vous parlera plus spécifiquement d'Auvergne.

- Plan sport santé bien-être Rhône-Alpes 2013-2017

Pour son écriture, nous avons travaillé avec la DRDJSCS du site de Lyon, et nous avons décidé de nous appuyer sur les principes de la charte d'Ottawa qui fête ses 30 ans cette année, par une vision globale d'appui sur tous les déterminants de la santé. Pour rappel, la charte d'Ottawa propose d'orienter les actions selon 5 axes :

- Une élaboration des politiques publiques saines.
- Une création d'environnements favorables.
- Le renforcement de l'action communautaire.
- L'acquisition d'aptitudes individuelles.
- La réorientation des services de santé.

En Rhône-Alpes, nous avons constaté que le thème relatif à l'acquisition d'aptitudes individuelles était très fréquemment proposé par tous les opérateurs et institutions qui incitaient les populations à pratiquer une activité physique. Cependant, nous constatons que cela ne suffit pas. Nous avons donc décidé d'agir plus globalement sur l'environnement des personnes, par une mobilisation institutionnelle auprès des administrations et des collectivités, et par des actions structurantes sur les territoires.

Ainsi, nous avons décidé de ne pas agir sur l'axe relatif à l'acquisition d'aptitudes individuelles, mais sur les quatre autres.

- Axe 1 : élaboration des politiques favorables à la santé.

Un travail en transversalité a été réalisé dans les institutions sur l'activité physique et la santé.

Une mise en lien systématique a été faite entre l'alimentation et l'activité physique et la santé, ce qui s'adresse à tous. Le Professeur DUCLOS nous a montré quelle est la potentialisation d'agir sur les deux en même temps.

Après des collectivités qui signaient des contrats locaux de santé, nous avons essayé de toujours introduire des volets alimentation et activité physique.

- Axe 2 : création d'environnements favorables

Nous avons décidé de sensibiliser et d'informer les personnels non sanitaires. Ce sont tous les salariés ou tous les bénévoles qui travaillent dans des associations ou institutions en lien avec le public. L'objectif a été de leur faire sentir pour l'intérêt qu'il y a à motiver le public rencontré pour une pratique d'activité physique, même si ces associations n'ont aucun rapport avec l'activité physique comme peuvent l'être les centres sociaux.

Ensuite, il a été décidé de soutenir les actions innovantes par le biais de financements que nous avons pu apporter à tous les projets intéressants qui émergeaient dans les territoires.

- Axe 3 : renforcement de l'action communautaire

Le but est d'essayer, dans toutes actions menées, de faire participer au maximum les publics. En effet, une action qui aura été co-crée avec le public a davantage de chance de réussir et d'avoir un impact.



- Axe 4 : réorientation des services de santé

Il s'agit de sensibiliser et mobiliser les personnels sanitaires, en agissant auprès des médecins, auprès des hôpitaux, de tout le monde sanitaire pour lui faire comprendre quel est l'intérêt de rajouter la palette activité physique dans leur programme de propositions de traitement aux patients.

Je vous propose une focale particulière sur les actions structurantes en Rhône-Alpes que nous avons intitulées : les plateformes sport santé, pour mettre en lien le public avec l'activité physique.

Nous avons constaté que deux temps clés étaient nécessaires pour parvenir à une pratique pérenne d'activité physique :

- Le passage de la structure où les personnes sont suivies, que ce soit un hôpital ou un établissement médicosocial, à une structure de pratique d'activité physique comme un club sportif ou un centre social.
- Le maintien dans le temps de cette pratique d'activité physique.

Pour ce faire, nous avons décidé d'aider au développement sur les territoires de plateformes sport santé favorisant le parcours du public des structures sanitaires ou sociales vers une pratique régulière d'activité physique. ces plateformes doivent organiser l'accueil et l'orientation du public si possible sur le mode présentiel, c'est-à-dire physiquement, et pas seulement via un site, en essayant de faire du « sur mesure » afin que les personnes bénéficient vraiment de ce qui leur convient.

Les étapes de mise en œuvre d'une plateforme sport santé sont les suivantes :

- Un diagnostic local qui se réalise en fonction de l'offre existante et des politiques déjà en place, comme les contrats locaux de santé, les ateliers santé ville.
- Mobiliser tous les partenaires potentiellement impliqués dans le projet.
- Mettre en place une gouvernance si possible co-portée sport et santé.
- Construire une offre pérenne d'accompagnement de ces publics.
- Communiquer.
- Former les personnels du domaine du sport à accueillir les publics concernés.

En Rhône-Alpes, il y a 6 plateformes dans 6 départements, et les 2 manquants que sont l'Isère et le Rhône ont des projets en gestation qui devraient émerger au cours de l'année 2017.

Pour illustrer mon propos et qu'il soit davantage évocateur, nous avons demandé à la personne qui coordonne la plateforme de l'Ain de vous faire une présentation de son dispositif. Cela vous permettra de mieux comprendre ce qu'il y a derrière cet acronyme de P2S.

**Mme ROEDIGER.** - En préambule, je tiens à remercier l'ARS et la DRDJSCS Auvergne Rhône-Alpes de permettre au Département de l'Ain une présentation de son dispositif.

La plateforme sport santé est née en septembre 2014 de la volonté de l'ARS et de la DDCS de décliner localement le Plan régional sport santé bien-être.

Depuis sa création, notre dispositif est porté par l'association Ain Profession Sport et Culture. Ce choix s'avère pertinent au vu du vivier d'éducateurs et d'associations dont Ain Profession Sport et Culture assure la gestion et le suivi que nous mobilisons. Nous sommes les seuls au niveau de la Région Rhône-Alpes à être portés par Ain Profession Sport et Culture.



L'implication réelle des trois porteurs que sont Ain Profession Sport et Culture, la DDCS et l'ARS a favorisé l'émergence et conforte la montée en puissance de la plateforme sport santé dont les orientations sont prises lors de commissions techniques trimestrielles, mais aussi lors de comités de pilotage bi-annuels invitant les partenaires de fonctionnement institutionnels et financiers.

- Les objectifs

Notre but est de favoriser la pratique d'une activité régulière pour un public dit inactif, mais aussi de tendre vers un guichet unique départemental sport santé.

- Le public visé

Nous restons sur le public du plan régional sport santé bien-être, mais avec la spécificité départementale de nous adresser également à tout public en addictologie et en psychiatrie.

A ce jour, nous sommes à plus de 550 personnes accompagnées en plus de deux ans, des personnes atteintes de maladies chroniques et en situation de précarité dominante. Il nous reste un travail à faire sur le public en situation de handicap avec les fédérations d'handisport et de sport adapté.

- Le parcours de suivi personnalisé

Je précise que les 550 personnes dont je parle n'ont jamais poussé la porte d'un gymnase ou d'une piscine de leur vie. Donc, ce public ne se retrouvait pas dans les offres d'activité physique qui étaient proposées sur le terrain aujourd'hui.

Nous avons créé une marche intermédiaire que nous avons nommée « atelier passerelle ». L'idée est que les personnes ne restent pas dans ce premier palier qui se compose de petits groupes de 15 personnes maximum, avec une durée dans un atelier de six mois à un an, en sachant qu'il s'agit du cadre et que la réalité peut être parfois différente car certaines personnes peuvent avoir besoin de rester plus longtemps et d'autres moins.

La spécificité est le suivi médical renforcé. Ainsi, les personnes qui intègrent un atelier passerelle bénéficient d'un bilan au démarrage de l'activité et six mois après.

Actuellement, 95 % des orientations que nous proposons se font en direction des ateliers passerelles, d'où la réflexion de leur développement sur le territoire.

Il était aussi important pour nous que chaque éducateur susceptible d'animer des ateliers passerelles puisse avoir un bagage minimum sur l'accueil de ces nouveaux publics. Donc, sur 2016, nous avons proposé une formation continue à laquelle l'ensemble des éducateurs a participé et a pu être accompagné.

Par ailleurs, il était important d'éviter la stigmatisation des pathologies, c'est-à-dire de ne pas faire des ateliers spécifiques cancers, spécifiques maladies chroniques, etc. A partir du moment où la personne se fait plaisir, où l'activité convient et se situe à proximité du domicile, peu importe la pathologie, peu importe la période de convalescence. Tout le monde peut intégrer ces ateliers, et nous sommes avec des groupes où l'humain a toute sa place, où l'entraide fonctionne sans jugement avec une veille permanente sur les coéquipiers.

La deuxième marche porte sur les séances sport santé, peu importe la provenance fédérale, le porteur de ces créneaux, tous sont sous une même entité, que ce soit l'atelier passerelle ou la séance sport santé. C'est important de le préciser.

Ces séances sport santé sont des créneaux qui existaient déjà, dont beaucoup étaient portés par le mouvement sportif, avec des groupes un peu plus importants. Nous les avons limité à 25, avec l'objectif d'intégrer 3, 4 ou 5 personnes davantage autonomes. Il



était important de ne pas avoir des nombres trop élevés pour que l'éducateur puisse assurer un suivi particulier des personnes intégrant les créneaux d'activité physique.

Tous ces ateliers sont conventionnés avec le dispositif de la plateforme, l'objectif étant de gagner en autonomie et d'intégrer les clubs déjà en place actuellement.

- Le parcours

Il s'agit de construire du « sur mesure ». On est tous différents, les personnes ont toutes des attentes et des besoins différents. De ce fait, le parcours d'activité physique doit être adapté et personnalisé.

Les partenaires englobent les secteurs du monde de la santé, le mouvement sportif et les acteurs sociaux. Sans eux, l'orientation vers le dispositif serait bien compliquée. A ce jour, les associations, tout secteur confondu, se démarquent, ainsi que les établissements de santé dont les hôpitaux font partie.

Nous allons œuvrer, en 2017, à fédérer davantage les réseaux de santé, les professionnels de santé et de proximité qui représentent à ce jour seulement 10 % des prescripteurs.

Ensuite, le bénéficiaire prend contact avec la plateforme par le biais d'un numéro unique. Et cet appel va déclencher le premier entretien personnalisé et la création du parcours de suivi personnalisé qui se décide en équipe.

Deux possibilités se présentent :

- Soit on oriente directement vers les séances sport santé pour un public quelque peu autonome. Dans ce cas, nous aurons un lien avec le professionnel de santé que nous informerons, un livret de suivi est remis et surtout il y a une prise de contact avec l'éducateur concerné pour faciliter l'accueil.
- Soit la personne en première intention est orientée vers un atelier passerelle. Dans ce cas, nous programmons un premier bilan de santé.

Les bilans de santé sont organisés avec le pôle d'évaluation physique et sportive, anciennement les CMS que vous connaissez au niveau des départements, en lien étroit avec le docteur Christine POULARD, médecin du sport et médecin référent de la DDCS de l'Ain. Dans ces premiers bilans, il y a un temps avec le médecin du sport et un temps avec un éducateur sportif en APA.

Dans ce cadre, il est réalisé un TM6 (test de 6mn marche) avec mise à disposition d'un cardio-fréquence-mètre pendant 6 mois paramétré sur une fourchette de réentraînement basse et une fourchette de réentraînement haute, afin de les sensibiliser sur leurs capacités et les rassurer. Cela a permis de rassurer les éducateurs, les structures et les personnes, surtout celles atteintes de troubles cardiaques. C'est un outil que nous avons expérimenté, que nous continuerons à mettre en place, et que beaucoup de personnes ont ensuite souhaité racheter après les 6 mois.

Nous disposons également d'un livret de suivi pour faire le lien entre l'ensemble des acteurs ; et la remise en activité est au moins de 6 mois : les parcours étant variables il est impossible de dire à l'avance combien de temps la personne restera au sein de cet atelier passerelle.

Ensuite, au bout de 6 mois, soit nous programmons un deuxième bilan de santé à l'appréciation du médecin à compter de 2016, soit nous passons par le médecin généraliste en fonction du suivi. En revanche, au sein du dispositif, nous menons un deuxième entretien personnalisé pour un réajustement éventuel du parcours.



Je précise que, sur l'année 2015, nous faisons systématiquement les deux bilans de santé. Or, nous avons pu remarquer que les marqueurs de santé, avec une séance par semaine, n'augmentaient pas forcément mais se stabilisait, que tout le monde se faisait plaisir et plus de 85 % de ces personnes qui n'avaient jamais franchi la porte d'une institution sportive poursuivaient l'activité après 6 mois.

Nous avons également réfléchi sur la façon de lever le frein financier pour la remise en activité, et nous avons mis en place un chèque-sport d'une valeur moyenne de 50 €. Comme nous touchons de nombreuses personnes en situation de précarité, cela permet que le coût financier ne soit pas un frein à la remise en activité.

- La stratégie de développement

A ce jour, 50 ateliers passerelles ont été créés de toute pièce, dont 22 sont portés par des associations sportives toutes fédérations confondues, 10 par des collectivités, 4 par des associations de santé et 14 par l'association Ain Profession Sport et Culture dont 4 dans des hôpitaux.

L'idée est la diversité de la pratique, et l'objectif est que tout le monde puisse se faire plaisir : sans plaisir la motivation est quasi nulle et l'engagement est plus compliqué.

Les séances sport santé sont portées principalement par les associations sportives. Il nous reste un travail de fédération, de secteur et de proximité à mener au niveau du développement, mais pour le moment chacun peut trouver des offres adaptées.

Concernant la plateforme, nous avons vraiment voulu valoriser l'existant et nous appuyer sur le savoir-faire des acteurs locaux pour les aider à toucher un autre type de public ; inciter également le mouvement sportif à penser l'activité différemment. C'est grâce à la synergie des acteurs locaux de santé sociaux et sportifs, et à la volonté d'œuvrer dans le même sens que la plateforme trouve aujourd'hui sa place dans le contexte local comme moyen de réunir le sport et la santé au service des bénéficiaires, pour les aider à tendre vers un mieux être, certes physique mais également émotionnel et psychique. Bref, une prise en charge globale et réelle de l'individu.

Merci de votre attention.

**Mme CASTET.** - Bonjour. Je me présente : je suis Laurence CASTET de la Direction Régionale et Départementale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale Auvergne Rhône-Alpes. Je suis en charge de la mise en œuvre de la politique Sport Santé Bien-Etre pour la DRDJSCS dont le pilotage est effectué par le site de Clermont-Ferrand.

Je reviens sur le côté institutionnel, à savoir la façon dont a été construite et menée la politique sport santé bien-être sur le territoire Auvergne.

- Présentation du plan Auvergne

Tout d'abord, je précise que l'Auvergne ne comptait que 4 départements contre 8 en Rhône-Alpes, soit un total de 12 à présent.

Nous sommes partis volontairement sur un comité de pilotage restreint, s'appuyant sur des structures existantes et composé d'une dizaine de membres issus de la commission territoriale du CNDS pour ce qui est de la DRDJSCS, et issus de la commission de coordination prévention pour l'ARS.

Nous disposons d'une équipe projet ARS/DRDJSCS pour réaliser les travaux du plan à l'identique du plan rhônalpin, pour l'élaboration, le suivi et l'évaluation.

Notre particularité porte sur le fait que nous nous sommes appuyés sur un groupe technique d'experts. L'idée était de donner un cadrage, car le sport santé est composé de



nombreux acteurs, avec un investissement de personnes, de structures etc. Et pour cadre, nous avons décidé de partir de l'existant pour aller plus loin.

Ce groupe d'experts est composé d'une quarantaine de personnes repérées par l'ARS et la DRDJSCS, acteurs du sport et de la santé, mais pas uniquement puisqu'il y a aussi des collectivités locales, des CCAS, des coordonnateurs de contrats locaux de santé, etc. L'objectif était de contribuer à l'élaboration du plan, de partager l'expérience dans un objectif de mutualisation des acteurs et des moyens, et de cadrer et recenser l'offre de formation.

Le plan s'est appuyé sur :

- les dispositifs réglementaires (l'instruction du 24 décembre 2012),
- les caractéristiques de la population (une population vieillissante avec un taux de certaines maladies chroniques supérieur au taux national, et un nombre important de prestataires de l'allocation adulte handicapé),
- les connaissances et recommandations concernant les bienfaits des activités physiques pour la santé,
- le diagnostic des acteurs sport santé bien-être mobilisés en Auvergne.

Ce plan a été construit en lien avec les plans nationaux, et il prend en compte les priorités d'intervention issues des outils de planification définis par l'ARS et la DRDJSCS.

Pour l'ARS, il s'agit du projet régional de santé, du schéma régional de la prévention, du programme régional à destination des populations vulnérables, d'accès à la prévention et aux soins, et des programmes régionaux sport et santé ayant contribué à la réduction des principaux facteurs de risque pour la santé des auvergnats comme notre convention qui existait avant le plan régional sport santé bien-être entre l'ARS et certains acteurs du mouvement sportif notamment l'EPGV.

Pour la DRDJSCS, nous avons le document stratégique régional qui décline les axes d'interventions prioritaires de la DRDJSCS et notamment la prévention par le sport et la promotion du sport pour le plus grand nombre. Nous avons une politique forte au niveau de la DRDJSCS Auvergne concernant SEMC (Sport Education Mixité Citoyenneté) et « Sport et Handicaps ».

Il faut savoir qu'il existe également un pôle ressource Sport Education Mixité Citoyenneté au même titre qu'il existe un pôle ressource Sport Santé Bien-être. La finalité SEMC consiste à favoriser l'accès à la pratique sportive pour tous dans les associations sportives. Certains publics ont des besoins particuliers, ils sont éloignés de la pratique sportive pour diverses raisons (la ruralité, les femmes, les publics dans les quartiers, les publics précaires, etc.). Donc, la finalité SEMC vise à favoriser la pratique sportive de ces publics et à développer des moyens pour leur permettre de pratiquer.

Une autre finalité est la lutte contre les discriminations dans le sport, l'éducation et l'insertion par le sport.

Et la politique « Sport et Handicaps » est plus évidente à appréhender. Elle consiste à favoriser l'élargissement et l'amélioration qualitative de l'offre de pratique sportive, que ce soit la sensibilisation, l'incitation et l'accompagnement lorsque c'est nécessaire.

Notre plan s'est voulu vivant et évolutif. Cela paraît un peu prétentieux, mais nous voulions partir sur 4 ans sans pour autant nous interdire de le faire évoluer d'une année sur l'autre en fonction de l'évolution des projets, des instructions, etc.

Nous avons été quelque peu ralentis fin 2015 et 2016, avec la réforme territoriale. Nous aurions aimé avancer davantage dans le domaine du sport d'entreprise, ainsi que du



sport et thermalisme puisqu'en Auvergne, nous avons des acteurs qui s'investissent dans le thermalisme et les activités physiques et sportives.

- La déclinaison du plan en Auvergne

Nous avons défini, avec l'aide de nos experts et le groupe techniques DRARS, 4 axes d'intervention prioritaires, dont 1 axe organisationnel et 3 axes populationnels.

L'axe opérationnel :

Axe 1 : la mise en réseau de tous les acteurs régionaux sports santé pour favoriser l'accès et la pérennisation de la pratique d'activité physique et sportive pour tous. Notre fil conducteur est l'activité physique pour tous, à tous les âges de la vie.

Les 3 axes populationnels : les 3 populations qui répondent à l'instruction du 24 décembre 2012 :

Axe 2 : promouvoir et développer les activités physiques et sportives pour les personnes atteintes de maladies chroniques non transmissibles.

Axe 3 : promouvoir et développer les activités physiques et sportives pour les publics qui en sont le plus éloignés ainsi que pour les publics à besoins spécifiques, particulièrement pour les personnes en situation de handicap.

Axe 4 : promouvoir et développer les activités physiques et sportives dans un but de maintien de l'autonomie pour les personnes avançant en âge. Nous sommes prioritairement orientés sur la prévention avant l'entrée en établissement, mais cela ne nous a pas empêché d'accompagner certains projets en établissement.

- Les grandes orientations de l'Axe 1

Les mots clés sont la mise en réseau, la communication et l'encadrement notamment par rapport aux formations, les compétences pour encadrer les différents publics, et une notion d'éthique.

Cet axe vise à créer des outils collaboratifs, sachant qu'il alimente les axes populationnels, lesquels participent pleinement à cet objectif.

L'idée était de créer pour la Région Auvergne un outil régional de partage de l'information et de valorisation, et de mise en réseau des acteurs. Le site internet Sport Santé Auvergne a vu le jour, dont Martine DUCLOS a montré le visuel.

Cet axe consiste ensuite à mettre en place sur les territoires des dispositifs d'orientation, d'accompagnement et de suivi individualisé des publics les plus éloignés de la pratique d'APS ; et de doter la Région d'une offre sport santé.

- Les grandes orientations de l'Axe 2

Nous sommes dans l'interdisciplinarité, la thérapeutique non médicamenteuse, l'éducation thérapeutique, l'adhésion et l'accompagnement individualisé, et la coopération entre les acteurs et les partenaires au service du bénéficiaire.

Cet axe vise à favoriser les coopérations. Le site internet a été largement développé pour les professionnels de santé et surtout pour le grand public.

L'objectif est d'identifier les structures favorisant les partenariats du sport santé orienté maladies chroniques. Au départ, nous ne savions pas trop comment l'intituler, et nous avons vu apparaître de nombreux réseaux locaux, variés, portés par des acteurs différents, souvent des municipalités mais également des centres médico-sportifs, des CCAS, des dispositifs locaux départementaux.



Le but est de faciliter dans tous les cas la pratique sportive adaptée au plus près des milieux de vie des populations concernées ; et de contribuer à la déclinaison des journées thématiques, qu'elles soient nationales, européennes ou mondiales (la journée sans tabac, Octobre rose, etc.) qui sont à soutenir sur les territoires pour permettre au public de se rencontrer, d'échanger et de découvrir le bénéfice des APS.

Cet axe vise également à affiner les outils d'évaluation existants de la condition physique. Cet objectif a été ciblé au départ du plan, sans pour autant être véritablement poursuivi. Mais comme l'ONAPS s'est installé à Clermont-Ferrand, cet objectif est suivi à une échelle nationale.

- Les grandes orientations de l'Axe 3

Il est à destination des publics les plus éloignés des APS, notamment ceux en situation de handicap, en nous orientant essentiellement sur l'insertion, la précarité, l'accompagnement et le suivi de la personne, dans un objectif de promouvoir et de diversifier l'offre d'activités physiques adaptées, de soutenir les journées sportives de sensibilisation sport et handicap, et de déployer sur l'ensemble de la Région un dispositif déjà existant avant le plan, à savoir le DAHLIR, dispositif d'accompagnement du handicap vers des loisirs intégrés et réguliers.

Cet après-midi, lors d'une table ronde, vous aurez un acteur de ce dispositif qui vous expliquera en quoi cela consiste. Je précise que ce dispositif a largement été soutenu dans le cadre du plan et il l'a aussi alimenté.

Ensuite, cet axe vise à impulser la mise en place d'activités physiques et sportives en direction du public précaire, en exclusion, en difficulté sociale.

Nous nous sommes également intéressés au milieu carcéral, avec 2 acteurs (le Cross et l'EPGV) ainsi que la boxe et d'autres.

Une enquête régionale avait été prévue sur la place des activités physiques dans les établissements du médicosocial. Nous n'avons pas pu tout faire dans le cadre du plan, et cet objectif fait partie de ceux qui n'ont pas été atteints.

- Les grandes orientations de l'Axe 4

Il est à destination des personnes avançant en âge pour maintenir l'autonomie, le lien social, avec une recherche de coordination territoriale.

Le plan a cherché à dynamiser, valoriser, soutenir les parcours organisés qui émanent des territoires (les réseaux d'acteurs) pour proposer une offre d'activités physiques variées et adaptées aux besoins et aux attentes de la personne âgée :

- en faisant la promotion des initiatives collectives territoriales ;
- en mobilisant les clubs sportifs ;
- en mobilisant des cadres formés spécialisés ;
- en ciblant les zones dépourvues d'offres notamment dans les territoires ruraux ;
- en utilisant les supports d'emploi de type groupements d'employeurs.

Par ailleurs, puisque nous sommes partis de l'existant, nous avons un programme qui existait avant le plan sport santé bien-être intitulé « l'Equilibre où en êtes-vous » qui cible les zones blanches et favorise l'animation intergénérationnelle, notamment par le biais d'ateliers équilibres au sein des établissements mais aussi et surtout en amont, pour des personnes à domicile.

Dans cet axe 4, notre but était aussi de recenser les expérimentations locales permettant un élargissement de l'offre pour les publics seniors.



Je conclus en disant que cette politique ne peut se mener au niveau régional sans une coordination au niveau départemental, que ce soit avec les DDCS et les DDARS, surtout aujourd'hui où nous passons à 12 départements. Nous aurons donc besoin de réseaux départementaux forts et bien structurés.

Je voulais également souligner la place du mouvement sportif. Les fédérations se sont de plus en plus sur les conventions d'objectifs signés avec le ministère en charge des sports un champ « sport santé ». En Auvergne, nous avons 5 ou 6 fédérations bien impliquées, du niveau régional au niveau local ; nous en comptons autant en Rhône-Alpes. Ce ne sont pas forcément les mêmes acteurs, ce qui va permettre de nous enrichir.

**Mme HECKMANN.** - Je vais vous présenter un programme qui est rentré dans le cadre de ce plan SSBE, intitulé « Gym'Après Cancer » qui se traduit par « Un nouvel élan pour mon corps ».

C'est un programme de la Fédération Française d'Education Physique et de Gymnastique Volontaire (EPGV) qui a été développé sur l'ensemble de la France.

Il a été créé en 2009 et correspond à un vrai programme et non pas à des séances qui se suivent n'importe comment. Et il a été développé par ma fédération -je suis présidente du comité régional d'Auvergne- qui s'investit de longue date sur le sport santé. Cette fédération a été créée en 1888 par le docteur TISSIER, avec pour objectif que les femmes pratiquent une activité physique afin de donner de beaux enfants et servir au mieux leur mari.

Ce concept sport santé a été développé pendant des années sans qu'il soit à la mode, et a intégré 540 000 licenciés, ce qui est énorme. Nous sommes donc une fédération importante, mais qui n'est pas médiatisée puisque nous n'avons pas de compétition, donc nous n'intéressons pas les médias en général, sauf lorsqu'il y a de telles journées.

Les licenciés sont composés de 94 % de femmes car comme l'a dit Martine DUCLOS, celles-ci sont beaucoup plus sensibles à la santé. De longue date, la pratique physique est quelque chose d'important pour elles.

- Le programme Gym'Après Cancer

C'est un programme entier d'activités physiques adaptées. Il est destiné à des adultes - en dessous de 18 ans, nous n'avons rien élaboré- et commence dès le diagnostic. Le terme est un peu trompeur, Gym'Après Cancer ne veut pas dire après le cancer, mais dès l'annonce du cancer. C'est pourquoi nous travaillons au plus près du monde médical.

Et ce programme se prolonge pendant et après le traitement, c'est-à-dire pendant la chimiothérapie où c'est le plus important, pendant la radiothérapie et surtout pendant l'hormonothérapie lorsqu'il s'agit du cancer du sein, parce que l'hormonothérapie a des effets assez indésirables.

Ce programme tel qu'il est réalisé commence par de la communication. Fatalement, il faut en parler et connaître son existence. Notre outil principal se décompose en affiches et flyers qui indiquent pourquoi, comment et expliquent de quoi c'est constitué avec quelques témoignages, l'endroit où il se pratique, et surtout le plus important c'est qu'il donne un contact qui est le numéro de portable de l'éducateur sportif lui-même. Ainsi, le lien est direct.

Quand on parlait précédemment de passer le seuil d'une salle d'activités sportives, c'est effectivement le moment le plus compliqué. Nous nous apercevons qu'il faut un accompagnement. Il existe encore des clichés dans la pratique de l'activité sportive qui n'est pas bonne auprès du public, peut-être parce que nécessitant un effort, ou étant inaccessible.



Il faut donc que les personnes, surtout quand elles sont dans la maladie, soient accompagnées. Le rôle de l'éducatrice ou de l'éducateur est très important. C'est pourquoi son numéro figure sur les flyers, lesquels sont déposés dans les centres de soin, chez les médecins et les pharmaciens, mais aussi chez les coiffeurs parce qu'il faut parfois aller chercher un postiche. Nous avons donc imaginé tous les endroits en lien avec le cancer. Ils se trouvent également dans les CCAS de nos municipalités puisque ce sont des lieux d'accompagnement pendant la maladie en cas de précarité.

Donc, lorsque la personne contacte l'éducateur, celui-ci lui donne un rendez-vous individuel et la reçoit en entretien personnalisé pour faire le point avec elle sur sa motivation et ce qu'elle va « subir ». Il s'agit d'un premier questionnaire de vie pour savoir si la personne faisait déjà du sport, quelle était son activité de tous les jours. En fait, il se résume parfois au questionnaire Ricci et Gagnon.

Cet entretien avec l'éducateur comporte également des tests dont Martine DUCLOS vous a parlé précédemment, à savoir le 6 minutes, l'équilibre statique, l'équilibre dynamique, la souplesse, l'endurance et le tonus musculaire. Ces tests sont très importants parce qu'ils vont prouver l'impact et les bienfaits apportés.

Par ailleurs, l'avis médical est obligatoire et il pourra être revu et corrigé selon l'évolution de la maladie pendant le traitement. Le médecin pourra à tout moment faire arrêter l'activité physique.

Le programme consiste en 3 séances d'une heure par semaine. Bien évidemment, selon les traitements, les 3 séances ne peuvent pas toujours être suivies, elles seront donc adaptées. Ce sont des séances collectives, mais toutes les consignes sont individuelles et l'éducateur s'attache à ce que tout le monde puisse faire les exercices. Et en cas de personnes en difficulté, il a pour mission de se préoccuper de la difficulté et des risques propres au type de cancer. J'insiste sur ce point car on ne fait pas faire la même activité à une personne munie d'une poche après un cancer du colon qu'à une personne ayant subi une mastectomie.

Deux séances sont en salle principalement, et une se fait en extérieur. Celle en extérieur peut être encadrée ou pas. Nous distribuons des podomètres à tout le monde, elles ont leur tableau et doivent inscrire le nombre de pas qu'elles font par jour et principalement le nombre de pas réalisés le jour de l'activité à l'extérieur. Je précise que certaines séances à l'extérieur sont autre chose que de la marche et consiste à l'utilisation du milieu naturel.

La fin du programme est difficile à déterminer. Cependant, elle se situe souvent après 36 semaines. Evidemment, on ne commence pas comme une saison sportive, car on peut apprendre à n'importe quel moment de l'année qu'on est atteint d'un cancer. Donc, les personnes intègrent le programme avec les autres, d'où l'adaptation permanente de l'éducateur sportif.

Après 36 semaines, les tests sont repassés et une évaluation est réalisée. Ceci est très important pour la personne qui a besoin d'une valorisation permanente. Tout cela amène vraiment une meilleure qualité de vie, une sécurisation parce que l'encadrement est très sérieux, et puis cela permet de repartir dans la vie avec toute la dynamique de la vie professionnelle et autre.

- Les bienfaits du programme

Je ne reviens pas dessus car Martine DUCLOS les a largement développés. Son nom est d'ailleurs cité sur le power point par rapport à une de ses recherches sur l'activité physique et le cancer du sein et du colon.



Nous avons principalement constaté un effet sur la fatigue provoquées par les traitements chimiques. Donc l'activité physique est compensatoire. C'est vraiment quelque chose de tout à fait remarquable.

Ensuite, il y a cette estime de soi que l'on perd lorsqu'on culpabilise sur la raison de la survenue du cancer. L'activité sportive représente un accompagnement psychologique important puisque les séances sont collectives et qu'il y a une forme de motivation et de dynamique de groupe.

Et l'activité physique agit également sur le sommeil.

- Un encadrement professionnel

Ce point constitue vraiment notre bagarre. Les professionnels sont bien sûr salariés avec la convention collective du sport. Le profil requis, c'est d'être diplômé des métiers du sport (brevet professionnel AGFF ou APT, et STAPS APAS licence ou master). Nous souhaitons vivement que les candidats aient de l'expérience (2 à 5 ans) parce qu'il est nécessaire d'avoir l'expérience de la pédagogie de l'adulte. En effet, on n'encadre pas des adultes malades comme on encadre des enfants dans des séances récréatives.

Toutes ces personnes passent obligatoirement par une formation complémentaire spécifique à la pathologie. Pour le cancer, elles suivront 48 heures de formation, 3 premiers jours, de l'alternance suivie de 2 jours plus une certification avec un cancérologue, un oncologue et un psychologue. Ce dernier aspect est très important car dans les groupes, certains participants peuvent décéder ce qui a des impacts sur le groupe et sur nos éducateurs sportifs.

Et Martine DUCLOS participe à nos formations en tant qu'intervenante.

- Gym'Après cancer en Auvergne

Vous avez suivi une partie de son développement dans l'exposé de Laurence CASTET. Nous avons commencé par une étude de faisabilité avec le centre de lutte Jean Perrin à Clermont-Ferrand, dont son directeur attendait beaucoup de ce programme. Et en même temps l'Institut National contre le Cancer (INCa) avait lancé un appel à projet orienté vers l'activité physique, auquel nous avons répondu et que nous avons obtenu, ce qui a constitué aussi une aide considérable financièrement parlant pour avancer, parce que ce programme coûte cher.

Puis nous avons lancé la première formation, et nous avons déployé aussitôt les 6 sites avec les principaux centres hospitaliers et cliniques, certaines de ces dernières étant spécialisées sur certains cancers par l'ARS et ont donc été très intéressées par ce programme.

Précédemment, nous parlions des saisies de statistique, nous avons dû créer un logiciel et nous disposons de 4 ans de statistiques concernant les bienfaits apportés sur les personnes qui ont suivi ce programme.

Il a été intégré au Plan Régional Sport Santé qui vous a été présenté. Actuellement, il est étendu à 11 sites sur les 4 départements d'Auvergne. Et nous avons mené une étude avec le CRNH et le centre Jean Perrin essentiellement sur la fatigue pendant le traitement et l'impact de l'activité physique.

A ce jour, le bilan fait ressortir que 340 personnes -ce qui n'est pas négligeable- ont participé à ces programmes, dont une majorité de femmes. Comme je le dis souvent, on dirait que les hommes n'ont pas de cancer, alors qu'il y a beaucoup de cancer de la prostate. Pourtant, nous comptons les participants masculins à ce programme sur les doigts de la main.



17 éducateurs ont été formés, et nous avons une participation des bénéficiaires à toutes nos manifestations, ce qui est fort sympathique. Cela signifie qu'après ou pendant le programme, les participants viennent et suivent les événementiels, que ce soit Octobre rose, Mars bleu, etc., et viennent témoigner.

Ils poursuivent dans des clubs que nous avons labellisés qui peuvent les accueillir, car souvent ils ne veulent pas partir tout de suite dans un club ordinaire. Et nous avons des témoignages émouvants.

- Réseaux et partenariats

Je termine en indiquant comment nous avons construit les réseaux et partenariats. Nous sommes allés tous azimuts, mais le comité régional est d'abord le promoteur, c'est lui qui a tout coordonné. Nous nous sommes appuyés sur nos comités départementaux -c'est la force d'une fédération sportive- les 4 comités ayant joué le jeu. Ensuite, nous sommes allés à la recherche de partenaires publics ou privés opérationnels, techniques, financiers : vous voyez qu'il y a les collectivités territoriales locales (pour le prêt des salles par exemple) des associations de patients, mais aussi une banque qui nous accompagne en imprimant tous nos outils.

Je vous remercie.

**Mme JACOB.** –Nous voyons bien, avec ces différentes interventions, comment différents acteurs peuvent s'intégrer dans une politique publique et aussi comment une politique a pu initier des actions. Je vous invite, si vous en avez, à poser vos questions aux intervenants.

**Claire PERRIN, responsable formation APAS Université de Lyon.** - J'ai beaucoup apprécié les présentations et la dynamique qui est en train de se développer. Je constate une évolution entre le Plan Sport Santé Bien-Etre et là où nous en sommes aujourd'hui dans la façon dont on pose les questions, en intégrant la prescription d'activité physique. La dernière présentation a bien cité la question des compétences, mais c'était peut-être le moment de rappeler que l'activité physique adaptée fait des formations et se développe depuis 36 ans sur une recherche pluridisciplinaire.

Je sais par exemple que la FFEPGV travaille avec des chercheurs, et travaille dans ces formations avec l'APA, mais je me demande comment, dans tout ce qui a été mis en place et ce qui se met encore en place aujourd'hui, on pose cette question des compétences à partir du moment où les personnes sont envoyées sur prescription, et que cela dépasse le cadre du Plan sport santé bien-être qui s'adresse à du loisir.

**Mme JACOB.** - Nous l'avons compris, il existe un vrai enjeu d'employabilité autour de cette question des compétences. Les politiques publiques qui ont été mises à l'œuvre n'essayaient pas d'éluder la question, c'est au travail en ce moment, des textes qui doivent sortir devraient apporter des précisions sur la formation.

**M. COTART.** - Pour être très transparent, nous avons choisi la date du 13 décembre pour ces rencontres car nous pensions avec certitude que les décrets ministériels seraient parus et que nous pourrions les présenter. Or, il y a 15 jours, on nous a dit que tel ne serait pas le cas.

Cependant, d'après ce qu'on a vu ou entendu, cette notion de compétence est tout à fait envisagée dans tout ce qui va paraître. Malheureusement, nous ne pouvons pas en parler aujourd'hui.

**Mme CASTET.** - Nous sommes dans l'attente d'informations venant du national, et d'un cadrage, sachant qu'il existe des formations STAPS, des formations du domaine du Ministère des sports et qu'il faut articuler tout cela. Nous avons aussi le pôle ressource qui œuvre dans ce sens avec un groupe de travail national.



Dans le cadre de ces plans sport santé bien-être Auvergne et Rhône-Alpes, nous aurons un réel travail d'harmonisation des formations à réaliser, dès lors que les textes seront parus, pour que la qualité de l'encadrement ait du sens au niveau de la grande Région, que ce soit les formations mises en place au sein des plateformes, de la qualification des personnes qui encadrent et qui sont recensées sur notre site internet sport santé Auvergne.

Un groupe de travail va se mettre en place rapidement au premier trimestre 2017, afin de savoir vraiment où nous allons dans le plan 2018 avec ces formations et qualifications par rapport au sport santé. Mais nous ne pouvons pas le mettre en place avant ce cadrage national.

**Mme JACOB.** - En tout cas, sur cette question, il y a de la place pour différents acteurs. A l'écoute des différentes interventions, que soit celle de Martine DUCLOS ou celle de Madeleine ROEDIGER relative à la plateforme dans l'Ain, nous constatons que cette intention ne fonctionnera que si des acteurs se mettent autour de la table et travaillent ensemble. C'est bien la complémentarité des acteurs et non leur concurrence qui fera avancer cette question.

Nous sommes bien d'accord que tout cela est sous condition de formation, parce qu'on n'accompagne pas des publics qui présentent de réelles difficultés sans formation. Des textes doivent sortir prochainement, mais pour l'instant, nous ne pouvons pas vous en dire davantage, et nous le regrettons.

**Mme HECKMANN.** - J'ajoute qu'il ne faut surtout pas nous opposer les uns aux autres, nous avons besoin de tous, et nous sommes complémentaires. Il est donc absolument nécessaire que nous soyons tous des professionnels.

**Emeline MOTTET, Présidente du No Kachi Lyon.** - Il s'agit d'un club de karaté qui a la chance de proposer un cours de karaté santé, puisque la Fédération Française de karaté a décliné des formations pour le sport santé. Notre difficulté consiste à réussir à atteindre les publics qui n'ont jamais passé la porte d'une salle de sport, ou qui ont fait du sport mais à qui cela ne viendrait plus à l'idée parce qu'ils sont malades ou se sentent trop vieux et trop faibles.

Nous pouvons proposer des activités, mais comment parvenir à atteindre ces publics ?

**Mme ROEDIGER.** - Par rapport à l'expérimentation dans l'Ain, cela relève du réseau des partenaires. Ainsi, nous avons soulagé l'ensemble des associations, l'ensemble des centres sociaux et toutes ces structures avec lesquelles nous travaillons qui proposent des créneaux en activité physique adaptée, en étant un relais par rapport aux clubs et aux créneaux qui peuvent être proposés.

Vous pouvez également activer vos réseaux de proximité, qui sont souvent différents de ceux de la plateforme, mais nous pouvons activer des leviers et des partenariats à notre niveau pour amener des pratiquants au sein de vos créneaux d'activité. Mais chez nous, cela s'inscrit dans un parcours de suivi personnalisé.

**Mme CASTET.** - C'est une question qui revient régulièrement et depuis longtemps, même avant les plans : celle de l'offre et la demande. Le fait d'être ouvert à tous et d'ouvrir ses portes n'est pas si facile ; et tout seul on n'arrive à rien, on va plus loin à plusieurs. Cette problématique de réseaux nous importe, c'est pour cela que nous avons besoin de la coordination au niveau des départements pour que le mouvement sportif puisse rencontrer et connaître les réseaux de santé, et que des porteurs de projets portent articulent les choses au niveau des territoires.

Des dispositifs existent sous forme de plateformes côté rhônalpin, et nous avons le DAHLIR côté auvergnat. Précédemment, je vous ai parlé du DAHLIR handicap qui est le



dispositif d'accompagnement du handicap, nous sommes aussi allés sur le DAHLIR insertion, et maintenant sur le DAHLIR santé pour favoriser les partenariats.

Et il n'y a pas que le DAHLIR, il existe d'autres dispositifs comme l'EPGV.

Le mouvement sportif seul aura beaucoup de mal à toucher ces publics, il faut donc communiquer et articuler les réseaux.

**Laurie PHILIPPON, hôpital de Villefranche.** - Je suis responsable du programme d'activité physique.

Par rapport au programme mis en place par l'EPGV sur la Gym'Après Cancer, n'y a-t-il pas une volonté de l'ARS de financer des choses directement dans les hôpitaux pour que des éducateurs APA soient sur place, en tout cas qu'ils insufflent cela auprès des institutions pour qu'ensuite il n'y ait pas d'engagement pris de certaines fédérations et qu'il ait une ouverture sur toutes les fédérations, et qu'on puisse plutôt travailler avec différents acteurs en parallèle pas forcément attachés à une fédération.

**M. COTART.** - Vous imaginez bien qu'il existe une contrainte : la contrainte économique. Nous pourrions imaginer des professeurs d'APA dans tout EHPAD, tout établissement médico-social pour personne handicapée, et dans tout hôpital. C'est impossible au regard de la contrainte financière.

C'est pour cela qu'il faut trouver d'autres dispositifs qui permettent malgré tout de faire le lien entre le monde sanitaire et le monde de l'activité physique.

**Mme ROEDIGER.** - Par rapport à l'organisation technique, les éducateurs APA dans les établissements sont des relais incontournables pour la prise en charge du bénéficiaire lors du retour à domicile. Donc, nous travaillons main dans la main avec les acteurs au sein d'hôpitaux, au sein d'établissements, toujours dans l'intérêt de la personne.



## DES RESSOURCES POUR ACCOMPAGNER LES ACTEURS

**M. BIGOT.** - Bonjour à toutes et tous. Je vais vous présenter le Pôle Ressource National Sport Santé Bien-être.

Ce pôle a été créé et implanté au CREPS de Vichy en 2009 par le Ministre de la santé et des sports de l'époque, Mme BACHELOT. Le premier directeur en a été le docteur Jean-Luc GRILLON. Ensuite, pour différentes raisons, il a été transféré à Paris au Ministère des sports. Et l'année dernière, Thierry BRAILLARD, le Secrétaire d'Etat aux sports a décidé de réinstaller le pôle au CREPS de Vichy.

- Le contexte politique

Le sport santé intervient au carrefour des politiques de santé publique. Le véritable départ du sport santé en France est la première communication conjointe des Ministres de la santé et des sports en Conseil des Ministres, avec la mise en place d'un plan interministériel sport santé bien-être composé d'une multitude d'actions dont les principales sont :

- Reconnaître la pratique de l'activité physique comme un facteur de santé publique.
- Une politique du sport santé bien-être.
- L'intégration de l'activité physique dans les plans régionaux de santé et les contrats locaux de santé.
- Une promotion de la mobilité active avec les plans de déplacement urbain.

Et je rappelle le « cadeau de Noël » du 24 décembre 2012 avec l'instruction conjointe entre le Ministère des sports et le Ministère de la santé pour la mise en place au plan national d'un plan sport santé bien-être devant être décliné au plan régional.

Ensuite, je passe très vite sur les lignes stratégiques définies par cette instruction car elles ont déjà été développées par l'intervenant précédent de l'ARS.

- Nouvelle loi de santé publique

Janvier 2016 a vu la promulgation de la nouvelle loi de santé publique, qui a constitué une étape importante du sport santé, avec des enjeux multiples :

- Promouvoir les recommandations générales de l'activité physique et sensibiliser toutes les populations quels que soient leurs conditions, leur sexe et leur âge.
- Lutter contre la sédentarité.
- Informer les professionnels du monde sportif et du monde médical.
- Sensibiliser les patients au bénéfice de l'activité physique et définir avec eux le programme leur convenant le mieux, tout en développant de nouveaux moyens pour l'accompagnement et la prise en charge de cette activité physique, et mieux coordonner les dispositifs.

Cette phrase est importante car elle demande de sensibiliser les patients et de définir avec eux un programme. Ce dernier terme est essentiel car on oublie souvent que c'est au patient qui devient pratiquant de choisir l'activité dans laquelle il va s'épanouir. En cela, je reprendrai la notion de plaisir citée à plusieurs reprises.



Cette loi de modernisation de santé publique indique que le médecin traitant peut prescrire une activité physique adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical du patient. Et là j'en viens aux décrets déjà évoqués et qui devraient sortir. Aux dernières nouvelles, leur parution est prévue pour le mois de mars, mais cela reste une forte interrogation.

Il ne s'agit pas d'opposer tous les corps de métier, nous sommes dans une relation de construction où chacun a sa place ; et surtout nous sommes dans une coopération. Ne pas oublier que la personne est intégrée dans un parcours de santé global qui inclut un parcours de soin. Il faut bien différencier le moment où la personne se situe dans le soin et celui où elle se situe en dehors du soin. D'un côté on a un patient, et de l'autre un pratiquant, même s'il s'agit de la même personne qui s'inscrit dans un parcours. Chaque personne a sa place dans ce parcours, en respectant tous les textes législatifs, c'est-à-dire qu'il y a les professionnels de santé médicaux et paramédicaux, et les autres professionnels qui ne relèvent pas des compétences du Ministère de la Santé mais d'autres ministères.

Il faut remettre chaque chose à sa place, différents ministères travaillent sur la question : le Ministère de la Santé par l'intermédiaire de la Direction Générale de la Santé, le Ministère des Sports et la Direction des Sports, et le Ministère de l'Enseignement supérieur. Et tout se fait dans un esprit de coopération au service du pratiquant au bout de la chaîne.

- Le MédicoSport Santé VIDAL

C'est le CNOSF qui a piloté le dictionnaire à visée médicale des disciplines sportives, en lien avec toutes les fédérations. Cet outil va être mis à la disposition du monde médical et permettra, dans la relation médecin-patient, de définir très rapidement quelle activité physique la personne peut faire en fonction de ses besoins et désirs, et d'orienter très vite le pratiquant vers telle ou telle activité. Et dans ce MédicoSport, toutes les fédérations ont défini avec le bureau médical qui leur est propre les contre-indications et les indications propres à leur discipline C'est donc un outil intéressant pour le monde médical.

- Les missions du Pôle Ressource National Sport Santé Bien-être

Trois grands axes : La promotion de la pratique pour favoriser l'accès aux activités physiques ; Assurer une expertise ; Observer et communiquer.

Ces axes sont très larges, je vous propose de les décliner, en précisant qu'ils viennent du Plan National Sport Santé Bien-être dans lequel doivent s'inscrire les plans régionaux sport santé bien-être :

- Assurer une veille documentaire afin de rendre accessible l'information aux professionnels et au grand public.
- Promouvoir et développer les activités physiques et sportives comme facteurs de santé sur différents champs :
  - Sensibiliser les différents publics sur les bienfaits de la pratique des activités physiques et sportives pour la santé et notamment pour les personnes atteintes de pathologies chroniques non transmissibles.
  - Recenser toutes les initiatives prises dans ce domaine.
  - Recenser toutes les études qui mettent en évidence les bienfaits de la pratique des APS pour la santé.
- Communiquer largement sur les recommandations de bonnes pratiques et avis d'experts scientifiques, de médecins spécialistes.



Pour ce faire, nous sommes en train de construire un site internet dont vous aurez en temps utile toute communication, et ce site vous permettra de retrouver en lien avec l'ONAPS toutes informations utiles sur le sport santé.

Je précise que ce site internet n'a surtout pas vocation de constituer une information uniquement descendante. Je tiens beaucoup au fait que les acteurs du sport santé nous informent de tout ce qu'ils peuvent mettre en œuvre dans ce domaine, que ce soient des formations, des actions particulières, des colloques, des journées comme aujourd'hui, de manière à pouvoir inscrire dans l'agenda du Pôle Ressource National toutes les manifestations et que chacun puisse venir y tirer de l'inspiration. C'est une collaboration avec tous les acteurs du monde de la santé, du monde du sport, du monde des universités, permettant au grand public et aux professionnels d'avoir les informations gravitant autour de ce champ.

- Généraliser et professionnaliser les activités physiques et sportives en direction des personnes âgées.
- Valoriser et soutenir les expériences innovantes.
- Promouvoir et accompagner la mise à place de dispositifs partenariaux de coordination régionale et soutenir les dispositifs existants. L'idée du pôle n'est surtout pas de tout uniformiser, mais on peut parfois s'inspirer de choses précises faites sur le territoire pour construire ses propres actions et dispositifs.
- Publier une lettre d'information et élaborer des supports pédagogiques.
- Animer le réseau de partenaires.

Et tout cela avec l'expertise de la conseillère scientifique du pôle qui n'est autre que le professeur Martine DUCLOS.

- Bilan 2016 des plans régionaux 2SBE

Je rappelle qu'au niveau du financement, près de 12 M€ ont été mobilisés par l'Etat en 2016. Nous pouvons ainsi dire que la masse financière mise à disposition du sport santé est en évolution.

Cette année, le CNDS avait mis un préciput sur le sport santé ; et le BOP sport et les ARS ont aussi participé au financement.

Le public principalement concerné par ces plans régionaux sport santé bien-être est le suivant : les personnes souffrant de pathologies chroniques (pour plus de 70 %), les personnes âgées et la prévention primaire.

- Perspectives dans les nouvelles régions

Nous sommes à une croisée des chemins, et la nouvelle grande Région Auvergne Rhône-Alpes illustre bien les petits problèmes qui peuvent jaillir, puisque l'une des deux régions a dû poursuivre son plan une année supplémentaire avant d'établir un nouveau plan. En revanche, dans d'autres régions, tous les plans tombent à échéance au même moment.

Les perspectives sont les suivantes :

- Consolider les réseaux sport santé bien-être.
- Renforcer la coordination entre les ARS et les DRDJSCS.
- Créer des réseaux sport santé bien-être qui peuvent s'appeler différemment selon les régions. Ces réseaux ont souvent une architecture totalement différente, elle doit répondre au contexte local.
- Ces nouveaux plans peuvent parfois bénéficier de contractualisation pluriannuelle au plan financier, notamment par des COM et des CPOM (contrats pluriannuels d'objectif et de moyen). C'est plus facile pour des réseaux sport santé bien-être, lorsqu'ils ont un financement assuré sur 3 ans, de mettre en œuvre une politique au lieu de refaire le même dossier tous les ans pour obtenir un budget.



- Renforcer le rôle des fédérations investies dans le champ du sport santé et défendre les formations fédérales.
- Affirmer et consolider la place des éducateurs sportifs dans la prise en charge de pratiquants relevant de la prévention primaire, secondaire ou tertiaire.
- Développer les offres de pratiques et communiquer sur celles-ci (prévention primaire et tertiaire, personnes âgées, personnes atteintes de pathologies chroniques) et définir un annuaire des activités sport santé. Peut-être faudra-t-il prévoir un cahier des charges indiquant ce qu'est un créneau sport santé. Faudra-t-il les labelliser et selon quel cahier des charges, c'est-à-dire quels types de formation, combien de personnes peut-on prendre simultanément dans un créneau sport santé, etc. ?

Cet annuaire devra être mis à disposition du monde médical, car le constat a été fait dans les régions que j'ai visitées que lorsque la détermination d'un créneau sport santé se fait dans le cabinet médical, le pourcentage d'inscriptions est beaucoup plus élevé que si le médecin n'a pas le renseignement.

Donc, lorsque cet annuaire sera rédigé, il conviendra de l'adresser au monde médical par un canal à déterminer. En fonction des régions et des contextes locaux, certains canaux seront à privilégier.

L'importance de cet annuaire est de bien connaître ce qui se fait sur le terrain de manière à pouvoir accueillir toutes les personnes qui souhaitent pratiquer avec un objectif de santé.

- Les perspectives dans la Région Auvergne Rhône-Alpes  
Cela n'engage que moi et les relations pouvant être établies entre les différents acteurs.
- Dans l'ancienne Région Auvergne, il existe un réel pôle de compétences autour du sport santé, avec le CREPS de Vichy et le pôle médical sportif, le Pôle ressource national sport santé bien-être, l'ONAPS, l'université de Clermont-Ferrand. Sont donc concentrées sur un secteur géographique très proche des compétences dans le sport santé dont il conviendra de disposer dans la nouvelle grande Région.
- Le mouvement sportif régional avec les ligues et toutes les formations fédérales mises en œuvre et bien ancrées par des diplômes reconnus (l'athlétisme, la natation, l'aviron, l'EPGV, sports pour tous, l'escrime, le handball, le tennis etc.).
- Promouvoir et accompagner la mise en place de dispositifs partenariaux de coordination régionale et soutenir les dispositifs existants tels que les réseaux. Pour revenir à l'annuaire précédemment évoqué, ne serait-ce pas le rôle d'un réseau sport santé bien-être que d'établir un annuaire ?
- Valoriser les expériences innovantes.

Pour conclure, rappelons que la sédentarité est un danger. Je vous remercie de votre attention.

**Mme RANCE.** - Bonjour à tous. Merci aux organisateurs de me donner l'occasion de présenter le Pôle médical sportif du CREPS de Vichy Auvergne, notamment son action en matière de sport santé et son positionnement comme un outil qui pourrait être au service de nombreux acteurs dans ce champ.

Le CREPS de Vichy Auvergne est un établissement public local sous la double tutelle du Ministère chargé des sports et du Conseil Régional Auvergne Rhône-Alpes. Il est situé à Vichy, au cœur du territoire Vichy Val d'Allier, mais se veut être au service de la Région, donc un périmètre d'action régional.

Plusieurs missions animent nos activités quotidiennes, et vous allez comprendre que leur complémentarité nous a permis de développer des actions.

Les CREPS ont une mission du sport de haut niveau qui a pour principal objectif d'accompagner des jeunes athlètes en pôle (pôle Espoirs, pôle France) vers l'accès au



double projet : le projet sportif et le projet de réussite scolaire. Nous pourrions même parler d'un triple projet avec le projet citoyen.

Les CREPS sont également des organismes de formation, celui de Vichy prépare à l'obtention des métiers du sport notamment, avec des diplômes allant du niveau 4 au niveau 2, des diplômes PBJEPS, DEJEPS, DESJEPS.

C'est également un lieu d'accueil de stages, de collectifs de haut niveau, mais aussi de clubs, d'associations, pour des séjours plus ou moins longs, puisque le CREPS est doté d'un hébergement important, d'une restauration et d'un service compétent en la matière.

Et le CREPS de Vichy Auvergne a la particularité d'avoir ouvert, en septembre 2012, un pôle médical sportif qui est également un centre de santé. Cet outil permet la mise en œuvre d'un certain nombre de projets.

L'ensemble de ces missions fait que, dans un établissement comme le CREPS de Vichy Auvergne, on trouve différents types de professionnels avec différentes compétences :

- Des techniciens des disciplines sportives.
- Des formateurs.
- Un service accueil optimal dans la relation avec les partenaires.
- Et au sein du pôle médical sportif, on trouve des professionnels de santé puisqu'une équipe médicale et paramédicale est présente ainsi que des professionnels APA.

De par l'ensemble de ses activités et l'ensemble de ses professionnels, le CREPS de Vichy dispose d'un réseau de partenaires intéressant, lesquels ont été indispensables à la mise en œuvre des différents projets que je vais vous présenter par la suite.

Parmi les partenaires autour du CREPS de Vichy, on trouve des fédérations, des institutions et des établissements dans le monde du sport et de la santé, des clubs et des associations sportives, les universités et les publics qui peuvent être des pratiquants ou des patients puisque nous sommes un centre de santé.

L'interaction entre ces partenaires et les professionnels du CREPS font que ce dernier dispose de compétences, notamment dans le champ des actions à destination des publics cibles du sport santé :

- Identification des caractéristiques des publics cibles.
- Planification de programmes progressifs, sécurisés, individualisés et adaptés.
- Pédagogie adaptée.
- Collaboration avec les professionnels de santé, les travailleurs sociaux.
- Evaluation particulièrement sur des thèses de terrain.
- Suivi d'activité ou suivi d'entraînement.

Et nous avons développé des compétences au niveau des encadrants du sport santé :

- en Ingénierie de formation ;
- et en nous permettant de fédérer un certain nombre de professionnels du sport et de la santé autour d'un projet commun.

A présent, je vais illustrer mon propos en vous présentant quelques exemples que nous avons développés, en nous mettant au service d'un diagnostic partagé avec certains partenaires.

Exemple 1 : diagnostic partagé entre le CREPS et l'UTEP du centre hospitalier de Vichy.



Ce diagnostic nous a conduits à mettre en œuvre un programme d'éducation thérapeutique du patient qui s'adresse à des patients souffrant de maladies chroniques, et qui a pour principaux objectifs :

- de promouvoir l'éducation thérapeutique par l'activité physique comme facteur d'amélioration de la santé ;
- de concrétiser dans la vie de tous les jours des changements de comportements ;
- de proposer une reprise d'activité physique de manière sécurisée, adaptée, progressive et individualisée.

Exemple 2 : diagnostic partagé avec la mission locale de Vichy qui nous a amenés à une réflexion que nous n'avions pas forcément anticipée. Et cela a constitué un point de départ sur un axe complet de nos activités.

Ainsi, nous avons développé des programmes d'activité physique qui s'adressent à des jeunes âgés de 16 à 25 ans, orientés par les missions locales, qui se trouvent dans une situation précaire et qui présentent des difficultés sociales, voire pour certains psychologiques.

Ces programmes qui ont démarré avec la mission locale de Vichy avaient pour objectif de :

- promouvoir l'activité physique comme facteur de prévention, d'hygiène et de santé physique,
- socialisation,
- développement personnel,
- estime de soi et motivation.

La mission locale de Vichy a été la première mission locale à nous interpellé par rapport à ce projet, mais il est en train de s'essaimer puisque nous sommes présents sur deux départements et nous travaillons avec plusieurs missions locales. Donc, ce projet s'étend petit à petit. Si vous avez de questions sur ce dispositif, vous pourrez consulter un poster au moment du repas.

Exemple 3 : diagnostic partagé avec le CCAS de Vichy avec lequel nous avons travaillé pour mettre en place des programmes d'activité physique pour des personnes orientées par cet organisme, et se trouvant dans des situations un peu similaires au public envoyé par les missions locales. Nous avons mis en place ce programme pour :

- promouvoir l'activité physique comme facteur de motivation et d'estime de soi,
- permettre une remise en mouvement progressif par un travail de groupe mettant l'individu en situation d'autonomie, de confiance et d'échange,
- permettre une revalorisation de soi et entraîner un regain de motivation.

Exemple 4 : depuis 2 ou 3 ans, les écoles nous ont sollicités pour réfléchir à un projet. Ainsi, avec 3 écoles, nous avons initié un projet à destination des enfants âgés de 6 à 11 ans, en proposant des classes sport santé en guise de voyage scolaire. Les écoles viennent quelques jours au CREPS, l'objectif étant de mettre en place des situations pour promouvoir l'activité physique au quotidien et lutter contre la sédentarité en intégrant des déplacements actifs et autres dans la vie quotidienne.

Exemple 5 : le CREPS a été sollicité par les fédérations et institutions pour sensibiliser les stagiaires en activité natation, activité AG2F, activité physique pour tous et aviron, au sport santé.

Ces stagiaires sont en formation pour l'obtention de ces diplômes et depuis plusieurs années, le pôle médical sportif du CREPS participe, sur un volume d'heures dédiées, à la sensibilisation des stagiaires au sport santé et au fait que c'est un public à part.



Exemple 6 : avec les fédérations partenaires, le CREPS a été sollicité pour mettre à disposition des compétences pour les formations fédérales, notamment sur la formation fédérale Aviron santé, Nagez forme santé, Rando santé, pour sensibiliser les éducateurs fédéraux au sport santé.

Exemple 7 : les experts du Plan régional sport santé bien-être nous ont sollicités pour animer une réflexion sur la question de l'emploi et de la formation. Ce groupe de travail a conduit à mettre en place une action non pas de formation car il s'agit d'un volume de 85 heures, ce qui est relativement faible, mais une action cherchant à développer les compétences des éducateurs diplômés déjà présents en structures associatives, et à permettre la prise de relais par ces structures de tous les dispositifs que nous avons mis en place précédemment par l'intermédiaire d'actions ponctuelles ne durant que quelques mois : l'éducation thérapeutique, les dispositifs à destination des publics, des missions locales ou du CCAS.

Exemple 8 : un autre partenaire qu'est l'UFR STAPS fait partie de notre environnement proche et nous permet de contribuer à l'expertise, en travaillant avec nous et en nous proposant de collaborer sur certains projets de recherche ou des recherches appliquées. C'est intéressant pour nous car cela contribue au développement de nos compétences au quotidien.

En conclusion, l'objectif de cet exposé était de vous convaincre que le CREPS peut être un outil au service des acteurs, un outil que vous pouvez solliciter. Il a pour objectif principal d'impulser, d'accompagner sans jamais remplacer. C'est pour cela que tout ce que nous mettons en place ne s'applique que sur un temps donné, pour permettre aux structures existantes de prendre le relais. Cela constitue une phase intermédiaire dans la remise en activité de certain publics cibles.

Et je vous rappelle que le CREPS est un établissement à périmètre d'action régional. Donc, n'hésitez pas à nous contacter. J'espère vous avoir convaincu que nous pouvons être au service des projets portant l'activité physique comme facteur de santé.

Je vous remercie de votre attention.

**Mme JACOB.** - Merci. Nous allons prendre quelques questions.

J'en ai une à poser à Mélanie RANCE. Le CREPS Vichy Auvergne a un périmètre régional, quid d'un CREPS qui existe encore à Vallon-Pont-D'arc ?

**Mme RANCE.** - Nous sommes 2 CREPS présents sur la grande Région. Je sais que des représentants du CREPS de Vallon-Pont-D'arc sont présents dans la salle. Nous essayons progressivement de nous rapprocher pour travailler ensemble.

L'identité sport santé est plus marquée sur le CREPS de Vichy Auvergne, contre une identité plus forte sur les sports de nature au CREPS de Vallon-Pont-D'arc. C'est pour cette raison que l'on trouve le Pôle ressource national sport santé bien-être à Vichy et le Pôle ressource national sport de nature à Vallon-Pont-D'arc.

Il n'empêche que le CREPS de Vallon-Pont-D'arc s'intéresse au sport santé, et suite à nos temps d'échange sur des séminaires, il commence à développer des actions au bénéfice de jeunes de la mission locale. C'est intéressant car cela contribue à l'essaimage de ce que nous avons pu impulser à notre petit niveau.

**Mme DUPECHOT, Médecin conseiller DRDJSCS.** - Tout d'abord, je voudrais vous remercier de vos présentations et poser une question à Mélanie RANCE. Nous avons vu le dispositif qui a été mis en place avec les missions locales et qui est très intéressant. C'est un peu novateur. Je pense savoir que l'entrée s'est faite par les bilans de santé. Et l'on



va essayer car il y a d'autres demandes avec d'autres missions locales sur plusieurs départements. Donc quid des bilans de santé ?

Je suppose que toutes les personnes ne vont pas se déplacer pour faire des bilans de santé au CREPS. On avait évoqué la place de certains centres médicaux sportifs, j'ouvre donc la question de leur place. Y a-t-il des évolutions dans ce domaine ? Certains centres médicaux sportifs se sont-ils sentis dans la capacité de proposer cette prestation ?

**Mme RANCE.** - Nous avons suivi vos conseils. Ainsi, le dispositif avec la mission locale mis en place à Montluçon se fait grâce au CMS de Montluçon. Les représentants sont présents aujourd'hui, et je les remercie parce que le dispositif fonctionne grâce à eux.

Actuellement, nous sommes en train de lancer l'action avec la mission locale de Riom. Je sais qu'hier, Cyril CHOMARAT, la personne du CREPS qui travaille sur cette action, a été en réunion avec le responsable du CMS de Riom qui va assurer cette entrée bilan de santé pour ces jeunes.

Je vous ai expliqué que le CREPS est un outil au service de..., sans préciser que la demande de départ des missions locales était d'avoir accès à un bilan de santé puisque certains jeunes ne sont pas à jour de leurs droits. Or, pour accéder à une formation, ce n'est pas facile. Donc, la demande initiale était d'avoir accès à une visite médicale. Et c'est au regard des habitudes de vie de ces jeunes que nous avons constaté qu'ils avaient des comportements inadaptés et qu'il ne fallait pas s'arrêter au bilan de santé. C'est pour cela que le projet s'est structuré de la sorte.

Donc, nous travaillons avec les CMS. Et s'il y a des représentants d'autres CMS dans la salle, qu'ils ne s'inquiètent pas, nous devrions arriver vers eux rapidement.

**Mme DUPECHOT.** - On a parlé de mars pour la parution des décrets et des textes d'application du sport sur ordonnance, et Jacques BIGOT nous a alléchés avec le site du pôle ressource. A quand ce site ?

**M. BIGOT.** - Dès que l'accord du SIG (Secrétariat Intergouvernemental) sera positif.

Avec Mélanie RANCE et toute l'équipe du CREPS, nous avons travaillé sur cet outil, et nous voulions un site dédié au pôle. Ce sera donc un gouv.fr, il nous manque juste un petit accord.

**Mme CASTET.** - Dans l'accompagnement des acteurs et notamment des référents sport santé, prévoyez-vous des regroupements ? Si tel est le cas, cela concernera uniquement le niveau régional, ou également le niveau départemental ?

Maintenant que les régions sont plus grandes, nous avons vraiment besoin de compétences au niveau des départements.

**M. BIGOT.** - Nous avons prévu de programmer un regroupement des référents régionaux sport santé, puisque ce n'est pas le pôle qui édicte les textes, et il me semble que les référents sport santé ne sont présents qu'au niveau régional. Ils peuvent exister au niveau départemental, mais c'est au bon vouloir des directeurs départementaux.

En tout état de cause, nous ouvrirons à toute personne qui souhaite participer à ce regroupement.

**Mme CASTET.** - A quelle date ?

**M. BIGOT.** - Nous sommes en train de programmer tous ces regroupements.

**Pr DUCLOS.** - Si j'ai bien compris, le rôle du pôle est aussi d'avoir un retour de tous les plans régionaux sport santé bien-être pour les évaluer et voir comment ils ont été



utilisés, en connaître les résultats, ce qui implique une évaluation locale et régionale, et les faire remonter au Ministère de façon qu'il puisse les réorienter, savoir ce qui est efficace et ainsi influencer les politiques publiques à venir.

Pouvez-vous me le confirmer ?

**M. BIGOT.** - Tout à fait, j'ajoute simplement que l'architecture prévue est un peu différente puisque c'est une direction de la direction des sports qui doit piloter ce bilan des plans régionaux. Cependant, le pôle sera associé afin de voir quel type de publics est précisément ciblé dans tous les plans. Pour l'instant, 75 % de ces publics sont atteints de pathologies chroniques. Il ne s'agit pas de dire si c'est bien ou pas bien, mais simplement de déterminer si nous élargissons à d'autres.

Et l'évaluation de ces plans permettra de pointer l'efficacité des actions mises en œuvre, tant au niveau régional que départemental. Je rappelle qu'il s'agit bien de plans régionaux sport santé bien-être, pilotés par les DRDJSCS et les ARS, avec des déclinaisons pouvant voir le jour, soit au plan régional, soit au plan local, avec différents partenaires.

L'idée est aussi de mettre en relation tous les acteurs du sport santé.

**Pascale COLOM, Médecin à la direction de la santé publique de Villeurbanne.** - Sera-t-il abordé la question des inégalités dans les évaluations ? Nous sommes sur la prévention des cancers, mais comment toucher les publics les plus éloignés ? Les questions de précarité ont été parfois soulevées, mais cela ne me semble pas suffisant. Je pense qu'il faut aller plus loin parce qu'il faut quand même s'interroger sur ce qu'on va produire.

Allons-nous plutôt prévenir la rechute de certains cancers dans des milieux plutôt favorisés ? Auquel cas quid des milieux moins favorisés ?

Nous n'avons pas forcément d'indicateurs sur ces points, il serait intéressant de creuser ces questions.

**M. BIGOT.** - Je ne peux que partager vos propos, mais à l'heure actuelle on n'a pas défini ces orientations. Je vous rappelle que le pôle « renaît », donc nous essayons de nous asseoir sur des fondations solides. Nous avançons progressivement, mais je suis d'accord avec vous et je retiens votre proposition. En sachant que, dans ces domaines, il faudra s'entourer d'experts parce qu'il n'est pas simple de déterminer une ligne de conduite.

**Mme JACOB.** - Quand Jean-Louis COTART a présenté le plan régional sport santé bien-être de l'ex-Région Rhône-Alpes, il a indiqué qu'il était pensé selon la charte d'Ottawa, socle de la promotion de la santé. Et l'une des finalités fortes de la promotion de la santé, c'est la réduction des inégalités sociales de santé, en travaillant sur l'ensemble des déterminants.

Donc, je pense que ces réflexions sont présentes, mais il reste encore beaucoup de travail à faire sur cette question.

**M. BIGOT.** - Ce sont des réflexions d'ordre transversal, c'est pour cela que le pôle travaille en étroite relation avec l'ONAPS.

**Mme JACOB.** - S'il n'y a plus de question, je vous propose de suspendre la séance pour une pause déjeuner.

*(La séance est suspendue à 12h25 et reprise à 14h00)*



## 1ère table ronde

# LE SPORT SUR ORDONNANCE, QUELLE MISE EN OEUVRE ?

**Mme JACOB.** - Je propose à Marguerite DUPECHOT d'animer cette 1<sup>ère</sup> table ronde.

**Mme DUPECHOT.** - Le titre de cette première table ronde est un peu provocateur. Vous avez bien compris qu'il manque quelques textes d'application, même si un article de la loi prévoit que le médecin peut prescrire une activité physique.

Je vous propose un rappel du contexte de la mise en place de tous ces dispositifs. Suite au rapport de la haute autorité de santé en avril 2011, a été pointé le retard de la France dans le développement des thérapeutiques non médicamenteuses, thérapeutiques qui ont fait la preuve de leur efficacité en complément des traitements conventionnels pour des maladies graves, ou parfois même en substitution de traitements pour des affections plus légères.

Si vous avez suivi l'actualité, nous avons tous en tête l'exemple de Strasbourg qui s'est lancée, avec le soutien de la collectivité territoriale et d'autres partenaires, dans le sport santé sur ordonnance.

Cette première table ronde a pour objectif de témoigner de la réalité de la mise en œuvre du sport sur ordonnance en Région Auvergne-Rhône-Alpes, mais aussi d'ouvrir les questions. Les différentes présentations vont se suivre, et un temps assez important de questions-réponses est prévu à la fin de toutes les interventions.

Nous commençons avec le docteur Sophie BARROIS qui est pédiatre libéral à Lyon et vacataire au CHU, et qui représente l'Union régionale des professionnels de santé libéraux, notamment les médecins, pour la Région Auvergne-Rhône-Alpes.

L'URPS contribue à l'organisation de l'offre de santé en région, et notamment à la mise en place d'actions dans le domaine du soin et de la prévention, et s'intéresse à la mise en œuvre du développement professionnel continu pour les professionnels de santé.

**Dr BARROIS.** - Sport sur ordonnance : quelle mise en œuvre ? Vaste programme !

Au titre de sa mission de santé publique, l'Union régionale des professions de santé (médecins) devrait être un maillon important de la transmission de ce concept : bienfaits du sport et dans un sens plus large de l'activité physique 3R, c'est-à-dire Raisonnable, Raisonnée, Régulière.

Le but est de permettre une diminution des pathologies chroniques, du stress, de la dépression, et de permettre une amélioration du bien-être.

La définition d'une personne active selon l'OMS est une personne qui pratique de façon quotidienne 30 minutes d'activité physique modérée par jour. Les enquêtes montrent que 40 % des Français n'ont pas cette pratique et sont inactifs. Le but de la prescription « sport sur ordonnance » est d'augmenter cette pratique d'activité physique dans notre patientèle dans un but, soit de prévention, soit de thérapie non médicamenteuse.



Mais il faut élargir ce concept de sport sur ordonnance, comme l'a montré le travail de notre groupe au sein de l'URPS ainsi qu'une étude faite par l'URPS des Pays de Loire en 2015 qui montre que la prescription initiale de kinésithérapie pour les personnes âgées ou pour les personnes en ALD peut permettre de garder une plus longue autonomie et de reprendre progressivement une activité physique adaptée.

Cela passe par la prévention de la sédentarité, activité statique prolongée sur un bureau, en donnant de simples conseils d'hygiène de vie : bouger régulièrement, faire quelques pas.

Cela passe également par des conseils de bonnes mesures alimentaires, particulièrement utiles chez les personnes en surpoids ou obèses, notamment les enfants, avec l'aide du PNNS.

- En pratique, quelle mise en œuvre ?

La promulgation prochaine du décret de loi concernant l'activité physique adaptée chez les personnes en affection de longue durée est attendue par la profession. Celle-ci ayant fait l'objet, notamment au sein de notre structure, de débats difficiles concernant son risque médical.

La mise à disposition de brochures d'information, de dépliants dans les salles d'attente est pratiquée par 17 % des médecins des Pays de Loire qui ont répondu à l'enquête. Pendant la consultation, l'interrogatoire puis l'aide d'outils d'évaluation comme le test de Ricci et Gagnon permet de « screener » notre patientèle. Les inactifs physiques que peuvent être les seniors, les personnes en situation de handicap, les malades chroniques, les personnes en situation de précarité sociale peuvent bénéficier des actions mises en place grâce au plan régional sport santé bien-être.

Mais avant la prescription effective chez des patients à risque avéré, un avis spécialisé est parfois nécessaire : cardiologique avec l'épreuve d'effort, pneumologique avec appréciation de la capacité pulmonaire à l'effort, médecin du sport, rhumatologique ou orthopédique en cas de pathologie osseuse ou articulaire mal définie.

La prescription sur ordonnance ne se limite pas à ce qui est inscrit sur l'ordonnance, mais peut être énoncée oralement, donner lieu à une distribution de brochures d'information, et à la l'orientation vers d'activités physiques adaptées grâce au réseau informel que chacun possède actuellement. Ces réseaux auraient grandement besoin d'informations plus larges venant de l'ARS et de la DRDJRSCS, et qui pourraient être échangées entre nos institutions. Le but de cette réunion d'aujourd'hui fait partie de ces échanges qui, je l'espère, seront fructueux par la suite.

Des initiatives sont prises au sein de l'URPS par des confrères. Elles pourraient être diffusées plus largement et aidées financièrement éventuellement, comme celles d'un pneumologue, le docteur BERKANI, qui a créé l'association APA Freelung, située à la frontière franco-suisse et qui permet la poursuite de la réhabilitation des personnes atteintes d'une broncho-pneumopathie chronique obstructive.

Une formation à la prescription de l'APA n'est pas encore généralisée. Dans l'étude de l'URPS des Pays de Loire, elle est seulement de 20 %, soit sous forme de FMC, soit sous forme de DU. Or, elle aurait intérêt à être plus importante.

En résumé, le but de cette prescription est d'inciter chacun à transformer son mode de vie afin d'être autonome et acteur de sa santé au sens large du terme et dans la mesure du possible.

**Mme DUPECHOT.** - Merci pour votre intervention.



J'appelle à présent un binôme composé de Mme Corinne MOISSINAC et de M. Fabien ROUX. Tout deux travaillent à la clinique de cardio-pneumologie de Durtol, dans des programmes d'éducation thérapeutique et en soins de suite. Ils vont témoigner de leur organisation, puisque vous avez en face de vous un kiné et un éducateur sportif. Vous allez ainsi voir comment les choses peuvent s'articuler et comment des professions peuvent se compléter.

**Mme MOISSINAC.** - Je suis masseur-kinésithérapeute. Je travaille à la clinique cardio-pneumologique de Durtol où sont reçus des patients atteints de pathologie cardiaque, respiratoire ou en surpoids. Nous avons une centaine de patients en interne et une trentaine en externe, le tout étant coordonné par plusieurs personnes.

Nous les recevons en phase 2, c'est-à-dire après la phase d'hospitalisation. Le but est de préparer leur retour à domicile, les rassurer sur une activité physique, leur proposer un programme d'éducation thérapeutique et leur permettre de connaître leurs limites en termes de capacités physiques, tout cela pour les inciter à poursuivre une activité physique régulière à leur retour à domicile.

Nous travaillons sur prescription médicale, et notre équipe est composée d'un cardiologue, d'un médecin généraliste et de 4 éducateurs APA qui ont rejoint depuis 2008 les équipes de kiné afin de diversifier l'apport d'activités aux patients et de pallier le problème du recrutement des kinésithérapeutes.

Nous nous organisons en fonction des prescriptions, nous répartissons les patients selon les pathologies, le stade de la maladie (puisque certains sont en suivi téléométrique, d'autres non), de la chronicité du patient (selon si son traitement est ancien ou récent) et en fonction des compétences de chacun.

**M. ROUX.** - Pour compléter la présentation de ma collègue, j'indique que la répartition des patients se fait également en fonction des prescriptions médicales et du parcours du patient. En début de séjour, il sera plutôt pris en charge par les kinésithérapeutes avec une surveillance téléométrique ou en réhabilitation respiratoire avec des phases aiguës, et les éducateurs APA seront là pour faire l'intermédiaire avec la phase de réadaptation pour un retour à domicile.

Au-delà de ma pratique quotidienne en tant qu'éducateur APA à la clinique, j'ai également créé en 2009 l'association Adapt'Gym qui propose des cours du soir aux patients qui sont passés par la clinique, qui ont fait leur 3 semaines ou un mois de réadaptation, afin de continuer à bénéficier d'une activité physique régulière par le biais de la gym adaptée. Nous faisons également des sorties à thème. Les gens peuvent venir le soir dans les locaux de la clinique.

J'ai un nombre de places assez limité. Je vois les patients pendant leur séjour, dans des ateliers d'éducation thérapeutique où j'introduis l'activité physique et explique les bienfaits. Nous construisons ensemble un programme pour le retour à domicile, et ceux qui me sollicitent parce qu'ils ont conscience qu'ils ne parviendront pas à se motiver seuls chez eux, je leur propose l'association.

J'ai une centaine d'adhérents chaque année qui habitent dans un rayon de 15 à 20 kilomètres ; au-delà de cette distance, les gens ne viennent pas. Cependant, environ 1 500 patients par an passent par la clinique, j'en garde une centaine. Il reste une grande place vacante pour la mise en place de structures pouvant accueillir ces publics qui voudraient bénéficier d'une activité physique adaptée, régulière.

Pour situer Durtol, c'est en périphérie de Clermont-Ferrand.



**Mme DUPECHOT.** - Merci pour cette présentation très claire, qui montre que des professionnels du sport et de la santé peuvent travailler de façon intelligente. La direction de l'établissement s'est engagée depuis très longtemps sur cette thématique sport santé.

Nous poursuivons avec d'autres professionnels de santé : Mme Corinne REOCREUX qui est infirmière cadre de santé et qui coordonne le dispositif « un bon pas pour un bon poids » mis en place par la ville de Saint-Etienne. C'est un dispositif de prise en charge des enfants en situation d'obésité ou de surpoids.

**Mme REOCREUX.** - C'est un dispositif de la ville de Saint-Etienne, cofinancé par l'ARS et le Département, de prise en charge des enfants en surpoids de 4 à 12 ans. La prise en charge est gratuite, et le but est de ralentir la courbe de corpulence en jouant sur les facteurs principaux de surpoids de l'enfant : l'ennui, la passivité, l'alimentation déstructurée et le surpoids familial (symptômes d'une souffrance de l'enfant), l'éducation et le manque de cadre, et la sédentarité.

Le sport, associé à de bonnes habitudes alimentaires, est un déterminant de santé essentiel, et la pratique régulière d'une activité physique dans l'enfance dépasse ses effets immédiats pour au moins deux raisons :

Premièrement, quand elle est pratiquée avec plaisir, elle prédit le niveau de pratique d'activité physique à l'âge adulte.

Deuxièmement, ses bienfaits se prolongent au-delà de l'enfance, même si le sport n'est pas poursuivi à l'âge adulte.

A l'intérieur du dispositif, plusieurs professionnels se coordonnent pour prendre en charge les enfants : une diététicienne, des médecins, une psychologue, un éducateur sportif et une coordinatrice. L'éducateur sportif prend en charge les enfants pendant une heure toutes les semaines, avec un programme que je vous détaillerai plus tard. Et chaque professionnel joue un rôle au niveau de l'activité physique, au-delà de l'éducateur sportif.

Le rôle de la coordinatrice : lors de son entretien, elle essaie d'explorer les représentations des activités physiques, d'évaluer le niveau d'activité physique pratiqué par l'enfant, l'activité sportive, la sédentarité. Elle peut explorer le plaisir ressenti, les sentiments de compétence. Elle évalue les habitudes de vie acquises par la famille, l'environnement de l'enfant et les possibilités familiales suivant le tissu associatif de son quartier.

Le rôle du médecin : accompagner l'enfant dans sa pratique, l'aider à surmonter ses freins, et favoriser les ressources identifiées. Il procède à un examen médical, ce qui peut constituer un repérage de freins à la pratique. Et il accompagne l'enfant sur toutes les ressources.

Le rôle de la psychologue : travailler sur l'image du corps, sur l'estime de soi, et renforcer la motivation qui est le rôle de tous les professionnels du dispositif.

L'activité physique du programme « un bon pas pour un bon poids » vise à lutter contre la sédentarité, entretenir et améliorer la condition physique altérée par la surcharge pondérale pour une meilleure qualité de vie, créer des relations au sein d'un groupe, restaurer une forme de bien-être physique, psychique et social notamment en améliorant l'image corporelle, et développer du plaisir au mouvement.

Les enseignements proposés ont été adaptés au fil des années et sont adaptés de façon permanente à l'enfant, à ses capacités motrices et non motrices, et sont axés sur le développement de la sociabilité et de la compréhension.



Cette année, le fonctionnement est un peu différent. Le groupe est fixe sur l'année, avec un autre groupe qui parallèlement prendra en charges les enfants intégrant le dispositif en cours d'année.

Les modules ont été choisis par les éducateurs pour les trois premiers, et seront choisis par les enfants pour les deux derniers. Il s'agit :

- du VTT pour les capacités physiques, la prise de risque, l'équilibre ;
- les activités d'opposition pour les ressources affectives et énergétiques ;
- le patinage pour l'adaptabilité au milieu, l'équilibre et la vitesse.
- Et 2 jeux innovants : l'ultimate et la peketa qui mettent les enfants à égalité les uns avec les autres pour l'apprentissage.

Le but de ces modules au fil de l'année consiste à aider les enfants dans leur choix du sport qu'ils pratiqueront à leur sortie du dispositif, et de leur faire prendre des contacts avec les structures sportives de la ville.

**Mme DUPECHOT.** - Merci pour cette présentation.

A présent, nous allons nous éloigner de Saint-Etienne pour nous orienter vers la Savoie avec Amélie FUSCH. Elle anime et coordonne la plateforme de Savoie, qui est une structure de mise en réseau pour le développement, la promotion du sport santé bien-être à travers son programme « bouger sur prescription ».

Ce programme a été développé sur le territoire savoyard depuis 2014, et a pour objectif de favoriser la pratique d'activités physiques et sportives régulières du public sédentaire, mais aussi pour des publics qui ont des besoins spécifiques.

**Mme FUSCH.** - Je suis coordinatrice du dispositif « bouger sur prescription » qui s'est déployé à partir de 2014 sur le territoire savoyard.

Nous avons fait le choix de nous déployer par territoire, en commençant par Chambéry en 2014, puis Aix-les-Bains en 2015, Albertville en 2016, pour atteindre la Tarentaise, ce qui va nous obliger à réfléchir autrement pour permettre aux personnes du milieu montagnard et rural d'avoir accès à l'activité physique.

L'objectif est la reprise d'activité, mais elle doit surtout être durable - c'est en cela que nous avons changé certaines choses dernièrement - pour toutes les personnes inactives, avec une priorité en direction des personnes ayant des besoins spécifiques : handicap (nous travaillons avec le comité handisport et le comité de sport adapté), maladies chroniques, seniors et personnes en situation de précarité sociale.

Ce matin, nous évoquons le fait de passer du patient au pratiquant, et nous proposons de « bouger sur prescription », ce qui n'implique pas forcément un écrit, mais peut être donné sous forme de conseil. Les patients nous sont envoyés par des professionnels de santé, aussi bien des médecins que des kiné, des pharmaciens, des infirmières, etc.

Nous distribuons à tous les professionnels de santé un kit de communication pour permettre de diagnostiquer si la personne est ou non inactive. Ensuite, selon les compétences du professionnel de santé en termes d'activité physique et les capacités de la personne, l'orientation peut se faire, soit directement vers les offres sportives que nous avons référencées, soit vers le dispositif « bouger sur prescription ».

Nous sommes 9 éducateurs APA répartis selon les pathologies, les spécificités et les territoires ; et nous réalisons des entretiens avec la personne pour voir quels sont ses choix et ses possibilités afin de reprendre une activité physique. Et soit nous orientons



vers une activité directement dans le mouvement sportif, soit nous proposons un accompagnement privilégié dans un petit groupe sur des ateliers passerelles.

L'objectif de chaque pratiquant -qui est passé de patient à pratiquant- est de rejoindre le mouvement sportif. Ainsi, nous travaillons avec les clubs sportifs pour qu'ils proposent des créneaux adaptés. Nous disposons d'environ 90 créneaux sur tout le Département, dont 2/3 de créneaux spécifiques qui ne dépassent pas 15 personnes et qui bénéficient d'une convention et d'un éducateur formé, soit par nos soins, soit par les fédérations, et accompagné dans la mise en place du créneau.

En 2016, au-delà de remettre en activité les personnes, nous avons mis l'accent sur quelque chose de plus durable en créant un réseau et en le rassemblant. Il s'est donc agi de travailler davantage sur quelque chose de qualitatif que quantitatif. Nous avons sensibilisé les professionnels de santé et travaillé encore plus avec l'offre sportive, puisque nous observons que les patients pratiquants ont tendance à rester dans l'offre d'activité physique adaptée et nous avons des difficultés à les orienter vers l'offre sportive. Donc, nous tentons d'améliorer tout cela, nous sommes donc à l'écoute de vos propositions.

Ce dispositif est soutenu par Jeunesse et Sport, l'ARS et la CPAM de la Savoie.

**Mme DUPECHOT.** - Merci. Il se passe plein de choses sur l'ensemble de notre belle et grande Région.

Nous allons revenir vers Clermont-Ferrand, à Issoire exactement, avec l'intervention de Mme BEUF qui est la présidente de l'Union sportive issoirienne, un club multisports. Suite à la demande de la ville d'Issoire, qui s'est orientée pour devenir Ville Santé, et en partenariat avec le CCAS, a été mis en place le réseau OASIS, lequel s'est inspiré de celui de Saint-Etienne intitulé Rosa me semble-t-il.

OASIS signifie Offre d'Activité Sportive Issoirienne pour les Seniors, et il y a déjà eu un premier jumelage entre Issoire et Saint-Etienne voici quelques années.

**Mme BEUF.** - L'Union sportive issoirienne est une entité spécifique sur Issoire, sur la Région et peut-être même sur la France, puisque nous fédérons 37 clubs sportifs qui représentent 5 400 licenciés.

Ce sont des clubs sportifs à vocation de compétition, mais l'USI est une association qui propose ses propres activités : de la gymnastique pour les enfants dans les écoles, de la gymnastique pour adultes en bonne santé ; et nous avons été contactés par la ville d'Issoire et le CCAS pour monter ce projet sport santé.

Nous avons adhéré immédiatement, et en premier lieu, nous avons proposé la « gym du cœur ». Elle s'adresse aux personnes de plus de 50 ans, qui ont eu des problèmes cardiaques ou non, et qui sont en relativement bonne santé. Pour ceci, nous avons embauché une éducatrice, qui était au départ en formation BPJEPS, pour assurer ce créneau entre autres. Si vous avez des questions techniques, vous pourrez les lui poser puisqu'elle se trouve dans la salle.

Actuellement, nous avons plus de 25 inscrits pour deux séances de gymnastique adaptée par semaine, le mardi et le vendredi. L'éducatrice adapte à chaque personne, ce n'est pas un cours collectif ou tout le monde fait la même chose. Cela fonctionne très bien.

Nous avons proposé également le « passeport senior » qui n'a fonctionné qu'un an et demi. Il s'agissait de remettre au sport les personnes qui en avaient fait pendant leur jeunesse et qui avaient arrêté pour diverses raisons. Au bout d'un an et demi, plus personne n'était intéressé. J'ignore pourquoi. Peut-être ont-ils intégré des clubs dont beaucoup proposent de la gym pour adultes et pas seulement de la compétition. Pour



l'instant, cette activité est arrêtée, mais nous avons quand même gardé le créneau dans les gymnases parce que c'est très compliqué d'en obtenir.

Depuis deux ans, nous avons été contactés par la ville d'Issoire dans le cadre d'une association de réinsertion « Graine d'avenir » pour proposer, deux fois par mois, des séances de gymnastique pour des personnes dans la précarité complète. Cela fonctionne bien, nous avons quelques adhérents hommes et femmes. C'est plus de la réinsertion que de la santé, tout en ayant quand même une connotation santé parce que les deux vont ensemble.

Et depuis le mois de septembre, le Comité départemental des offices municipaux de sport nous a contactés pour proposer de la gymnastique d'entretien ou des activités physiques adaptées aux femmes en situation monoparentale qui ne sortent pas. Nous avons mis en place quelques séances qui ont très bien fonctionné, d'abord sur quatre séances de promenade dans Issoire, et d'autres séances de gymnastique d'entretien. Un autre cours va continuer jusqu'au mois de mars, avec un autre éducateur et une autre association puisque nous avons partagé les choses.

Je précise qu'Issoire a été lauréate du challenge de la ville de 15 000 à 20 000 habitants la plus sportive du Massif Central la semaine dernière. Donc, c'est une ville très sportive, aussi bien pour les jeunes que pour les anciens.

Nous souhaitons développer le maximum d'activités. Les freins sont les créneaux dans les gymnases, parce que nous avons beaucoup de sportifs et jamais assez de gymnases pour avoir de la place quand on veut ; sans compter les scolaires qui utilisent les gymnases dans la journée.

Et ce qui pêche un peu, c'est la communication. Nous avons des difficultés à faire savoir ce que nous faisons. Il serait bien que soit installé un référent ou un bureau dans lequel les gens trouveraient regroupées toutes les activités qui existent dans la ville. Nous communiquons par internet, sur notre site de l'USI. Il est vrai qu'à Issoire, lorsqu'on pense sport, on pense immédiatement à l'USI. Nous sommes une association complètement indépendante, qui ne dépend pas de l'OMS, mais nous travaillons en partenariat avec la municipalité. Cependant, il nous manque de la communication pour évoluer, car sur une ville de 15 000 habitants, nous devrions pouvoir toucher plus de monde.

Les docteurs, les cabinets médicaux et les kiné sont au courant. Assurent-ils toujours le relais ? Je ne peux pas en témoigner, je n'ai pas fait d'enquête là-dessus.

Je vous remercie de nous avoir invités, nous avons appris beaucoup de choses. Je suis bien contente d'être venue.

**Mme DUPECHOT.** - Merci à nos intervenants qui ont bien respecté les temps de parole et les consignes. A présent, place aux questions et au débat.

**Une intervenante.** - Je voudrais savoir quelle aide financière est proposée aux patients qui bénéficient de l'APA ?

**Mme FUSCH.** - Dans le cas de « bouger sur prescription » au niveau des ateliers passerelles, lorsque les patients appellent un numéro unique et qu'ils sont pris en charge par nos soins, c'est majoritairement gratuit. Il y a quelques exceptions sur des ateliers passerelles comme l'aquagym.

Cependant, nous réfléchissons à une participation minimale pour valider l'engagement et permettre ensuite d'orienter vers une offre sportive.



La prise en charge dans le dispositif est financée par les différentes aides, et nous aidons également à l'inscription dans les clubs sportifs, généralement pour la moitié de l'inscription.

**Marin TARDY.** - Je suis médecin dans un centre de rééducation à Rive-de-Gier. Je souhaite poser une question à destination de Fabien ROUX et Corinne MOISSINAC. Comment avez-vous fait pour financer les postes de façon pérenne ? Est-ce une nouvelle filière ou l'extension d'une filière qui existait déjà ?

**M. ROUX.** - Les postes au niveau de la clinique ?

**Marin TARDY.** - Les postes d'éducateurs APA et de kinésithérapeutes.

**M. ROUX.** - Au niveau de la clinique, nous sommes en SSR, donc nous recevons une dotation globale et un budget est alloué pour le service de rééducation. Les postes sont pérennes depuis plusieurs années. A mon arrivée en 2008 en tant que premier APA, il y avait déjà 5 ou 6 kinésithérapeutes dans l'établissement. Je suis arrivé sur un poste supplémentaire, et maintenant nous fonctionnons avec 8 ou 9 professionnels dans l'établissement. Les financements sont donnés par la haute autorité de santé et ce sont des financements de SSR.

**Morin TARDY.** - Etait-ce votre financement initial ou a-t-il été modifié par une augmentation de votre activité ? Avez-vous demandé une augmentation de votre dotation globale pour votre nouvelle activité ?

**Corinne MOISSINAC.** - En fait, le nombre de patients n'augmente pas, donc la dotation globale ne bouge pas. Nous étions environ 7 kinésithérapeutes et nous avons procédé à des transformations de postes. Ainsi, des éducateurs APA arrivent et nous nous réorganisons dans notre service de manière à travailler ensemble, mais les dotations restent les mêmes.

**Morin TARDY.** - Et l'association que vous avez créée est-elle externe à la clinique ? Si oui, y a-t-il une participation financière des adhérents ?

**M. ROUX.** - La structure administrative de l'association est complètement externe à l'établissement, puisque le bureau est composé d'anciens patients. Et les locaux sont prêtés par la clinique. Comme cela vient d'être dit, il est très difficile d'avoir des créneaux gratuits dans des gymnases, donc en tant qu'intervenant toute la journée à la clinique, j'ai une convention de prêt de locaux au niveau de l'établissement Durtol.

Donc, je bénéficie des locaux et du matériel comme des vélos, des tapis, des altères. C'est un pseudo gymnase, c'est une salle de 50 ou 60m<sup>2</sup> où l'on peut proposer des cours collectifs.

Au niveau du financement, l'association est affiliée à la fédération française de cardiologie. Au début, j'étais affilié à l'EPGV, mais 90 % des adhérents ont eu des problèmes cardiaques. Donc, pour suivre l'affiliation au niveau de la rééducation cardiaque (la phase 3), je me suis affilié à la fédération française de cardiologie qui propose des activités physiques adaptées pour leurs patients.

Les gens paient au trimestre ou à l'année, et avec ces cotisations, on rémunère les animateurs. Le coût est de 100 € pour le trimestre avec 2 séances par semaine, soit 10 séances par mois d'une heure ; et 340 € pour toute l'année. Sachant que 3 animateurs s'auto-remplacent, ce qui fait que l'activité est ouverte toute l'année, même pendant les vacances scolaires, sauf la semaine entre Noël et le jour de l'an.

**Mme MOISSINAC.** - Pour revenir sur la dotation des kinésithérapeutes et des éducateurs APA, nous pouvons regretter que pour ces deux professions complémentaires,



ce soient les dotations des uns qui passent sur les autres. Il serait bien que les deux activités s'additionnent.

**M. ROUX.** - Même si les tarifs ne sont pas très élevés parce que je bénéficie du prêt des locaux et du matériel, et si le prix de la séance n'est même pas de 3 €, je suis confronté à des gens qui ne peuvent pas payer. Nous avons tenté de faire des montages avec des aides de l'assurance maladie, de la CAF, mais nous n'avons peut-être pas frappé aux bonnes portes.

**Jennifer PAUT.** - Je suis éducatrice APA dans un hôpital à Vienne. Je travaille aussi avec des kinésithérapeutes, et nos prescriptions sont plus ou moins orales ou sur un document EXEL. Je voulais savoir si, pour vous, ce sont des vraies prescriptions médicales.

**Mme MOISSINAC.** - Nous travaillons avec un logiciel sur lequel les médecins prescrivent, et nous recevons dans nos services la prescription informatisée. 90 % des actes passent sur prescription, mais selon nos compétences, nous avons la possibilité de planifier d'autres activités si nous les estimons nécessaires.

Donc, tout est informatisé, même les PMSI.

**Dr BARROIS.** - Qu'est-ce que la surveillance télémétrique ?

**Mme MOISSINAC.** - Dans la clinique, nous surveillons l'électrocardiogramme des patients en permanence. Cette activité des patients « scopés » est dédiée aux kinésithérapeutes, même si depuis quelque temps, une infirmière nous a rejoints. Alors que nos collègues éducateurs APA les ont qu'en partie « descopée ».

**Mme ROEDIGER.** - Je voudrais revenir sur le coût financier. Je vous invite à vous rapprocher de partenaires privés, ce sont eux qui nous financent nos chèques-sport. C'est un frein que nous avons pu lever. Nous avons tâtonné pendant un an, et la deuxième année, le montant a été calculé sur le revenu fiscal de référence. Ainsi, pour une activité à 300 € à l'année, pour des personnes en situation de précarité, cela revient uniquement à 20 €, le restant étant pris en charge par le chèque-sport qui permet aux associations d'avoir un coût de prestation identique.

**M. ROUX.** - Qui évalue le niveau social ?

**Mme ROEDIGER.** - Chez nous, lors du premier bilan personnalisé, nous avons la donnée du revenu fiscal de référence et nous avons des barèmes qui ont été calculés sur le « sport santé sur ordonnance » de Strasbourg. Il y a trois niveaux : 20 €, 50 € et 100 €.

**M. ROUX.** - En tant que responsable d'une association, ce n'est pas évident de savoir sur quel critère se baser, car tout le monde demande pourquoi untel a une aide et pas un autre. Nous ne voulions pas avoir à décider qui doit avoir une aide et de quel ordre.

**Mme ROEDIGER.** - Tout seul, cela me paraît difficile d'y arriver, mais quand il y aura une plateforme ou un dispositif similaire au sein de l'Auvergne, une réflexion sera peut-être menée afin de peser plus lourd au vu des politiques et des partenaires. Quand on est tout seul, c'est un peu compliqué d'aller négocier soi-même des tarifs ou des avantages financiers.

**Claude CHOTEAU, ARS, délégation du Puy-de-Dôme.** - Nous voyons bien que ces dispositifs fonctionnent, mais principalement par une forte coordination. Je pense que dans notre réflexion à tous, il faudra développer tous ces dispositifs par des systèmes de coordination qui nous permettront d'arriver à attirer et à garder ces patients qui demain deviendront des pratiquants.



**Mme HECKMANN.** - Par rapport à ce qui vient de se dire précédemment, un juriste m'avait dit qu'on n'avait pas le droit en tant qu'association de demander le revenu fiscal, ni le document fiscal. Donc, cela me gêne un peu.

**Mme ROEDIGER.** - Au niveau des bilans, tout a été pensé en partenariat avec les professionnels de santé, dans une base de données en lien avec la CNIL. Donc, tout a été pensé pour le respect des données qui restent personnelles, qui ne sont qu'à usage du personnel de la plateforme.

**Raphaël GARIDOU, responsable sport et jeunesse ville de Brignais.** - J'ai une remarque terre-à-terre à formuler par rapport à l'USI sur la communication qui est un peu le nerf de la guerre. Avec le service communication, nous avons édité un guide des associations, non pas par nom d'association mais par activité, qu'elles soient culturelles, culturelles, sportives, de bien-être. Cet annuaire a été mis en ligne sur le site internet de la ville, et nous diffusons les plaquettes sur toutes les manifestations organisées par la ville. Nous avons un retour très positif des habitants sur la connaissance du milieu associatif et sportif local.

Créer un guichet nécessite l'embauche de personnel, et vu les contraintes économiques, cela paraît compliqué aujourd'hui.

**Mme BEUF.** - Il est vrai que cela paraît compliqué d'embaucher quelqu'un, à moins de trouver des bénévoles, mais il y a déjà beaucoup de choses à faire.

Nous éditons un livret tous les ans pour tous les sports, sur lequel est également référencé le « sport santé ». Nous le diffusons dans tous les magasins sur Issoire et sur le site de l'USI. Le site de la mairie est en reconstruction actuellement, il n'est donc pas tout à fait à jour, il ne peut pas vraiment nous aider, mais c'est en projet.

Je croise souvent des gens dans Issoire qui ne savent pas que le « sport santé » existe, alors que nous faisons notre maximum pour communiquer. Des panneaux lumineux dans la ville diffusent l'information au moment des inscriptions.

**Cécile DANCE, éducateur sportif, ville de Firminy.** - Je suis responsable de la prise en charge de l'activité physique chez la personne âgée au sein de la mairie. Je suis formée rééducatrice cardiaque et prise en charge du diabétique.

Je voudrais dire que cela dépend aussi de la politique de la ville. J'ai été embauchée par la ville. Les personnes qui suivent mes cours paient un tarif au trimestre suivant leurs revenus. Donc, les gens en grande précarité peuvent pratiquer une activité sportive.

Par ailleurs, des cardiologues savent que j'ai été formée, ils m'envoient des patients qui ont été rééduqués au même titre que les diabétiques.

Donc, s'il y a une vraie politique de ville mise en place, cela peut fonctionner. La preuve en est que j'ai 350 personnes dans tous mes cours.

**Mme DUPECHOT.** - Ce que vous dites est très important au niveau de l'engagement d'une collectivité territoriale. Lors des premières assises européennes du sport sur ordonnance, ce qui a été moteur, c'est l'engagement des collectivités territoriales sur ces aspects-là. De même lorsqu'une collectivité a envie que son centre médico-sportif vive et s'oriente sur le sport santé. En cela, la ville de Montluçon pourrait en témoigner.

L'engagement de la collectivité territoriale peut lever des barrières pour mettre en place des actions sur le sport santé.

**Mme MOISSINAC.** - Lorsque nous faisons un bilan de sortie à nos patients et qu'ils souhaitent poursuivre une activité sportive, nous constatons que c'est le manque



d'information qui prime. Ils ne savent pas à qui s'adresser, ils ont peur parce qu'ils sortent d'une pathologie. Donc, le fait de créer un réseau ou un point unique pour permettre la poursuite d'une activité chez les patients serait une réponse.

**Mme FUSCH.** - Même en ayant ces ateliers passerelles, cette orientation vers l'offre sportive, nous nous rendons compte que si nous n'accompagnons pas directement les patients ou pratiquants vers l'offre sportive, cela reste compliqué. Nous organisons des séances découvertes dans les clubs, ainsi que des packs de séances, et sans cela, les patients n'y vont pas seuls.

Quant à la communication, il convient de travailler sur des plaquettes mais aussi en réseau. Pour nous, au départ, le co-portage avec les maisons des réseaux de santé, le comité départemental olympique et l'agence éco-mobilité a été un peu compliqué, mais à présent c'est beaucoup plus fluide et cela permet de toucher l'ensemble des acteurs. Et nous nous sommes rendu compte que cela fonctionnait beaucoup mieux qu'une communication grand public. Nous avons essayé les panneaux lumineux et les panneaux sur les bus, et nous n'avons eu personne derrière.

**Mme DUPECHOT.** - Je vous propose de prendre une dernière question.

**Maurice FERRIER, Montluçon.** - Je pense qu'il y a une grande confusion entre le sport santé et le sport santé bien-être. Il faudrait plus de clarté entre les deux. Nous jouons sur les deux tableaux qui sont tout à fait distincts.

Chez nous, le sport santé ne regroupe pas 15 personnes, mais 5 ou 6 personnes pendant une heure ou une heure et demie. Je ne sais pas comment vous faites pour encadrer 15 ou 20 personnes qui n'ont jamais franchi la porte d'un gymnase, c'est très compliqué. Donc, ne confondons pas le sport santé et le sport santé bien-être.

**Mme FUSCH.** - Effectivement, ce sont deux choses différentes, c'est pour cela que nous avons des créneaux partenaires et labels. Et la prise en charge pour les activités physiques adaptées porte vraiment sur des petits groupes, avec de la gym douce, de la marche nordique, etc. Nous proposons un maximum de créneaux pour avoir un minimum de monde dans les créneaux.

Sur des créneaux handicaps, nous dénombrons parfois deux personnes. C'est donc vraiment adapté au cas par cas, et nous travaillons beaucoup sur l'accompagnement de la construction du créneau parce qu'il n'y a pas de généralisation possible.

**Mme DUPECHOT.** - Merci pour cette remarque. Je pense que nous avons encore beaucoup de travail à faire pour distinguer les populations et les publics, s'entendre sur les terminologies, voir ce qui relève de la prévention primaire, de la prévention tertiaire. De vastes chantiers sont en cours au niveau national pour clarifier tout cela et savoir quelle compétence est à déployer pour encadrer quel public avec quelle pathologie et quel degré de gravité ou d'atteinte.

Je remercie nos intervenants et je vous invite à vous lever, ne serait-ce que pour lutter contre la sédentarité.



## 2ème table ronde

# PERENNISATION DE LA PRATIQUE D'ACTIVITE PHYSIQUE : QUELS FREINS, QUELS LEVIERS ?

**M. COTART.** - Nous avons 4 intervenants qui représentent 4 structures très différentes. Je vais leur demander de se présenter en quelques minutes, et nous enchaînerons ensuite sur le sujet de la table ronde où je compte vraiment sur votre participation.

**M. BARUCH.** - Je suis le directeur de l'association DAHLIR, un dispositif au départ ailtiligérien et qui est en train de s'étendre à l'ensemble de l'Auvergne. Il vise à faciliter l'accès aux loisirs des personnes atteintes d'une maladie chronique, en situation de handicap ou en situation d'exclusion ou d'isolement. Nous avons donc 3 DAHLIR différents :

- un DAHLIR santé,
- un DAHLIR handicap pour des personnes qui ont une reconnaissance MDPH,
- et un DAHLIR insertion pour lequel nous accompagnons des personnes en situation d'exclusion, d'isolement ou habitant les quartiers prioritaires.

Concrètement, l'accompagnement est individuel, nous proposons peu d'activités de phase 1 en face à face pédagogique, nous sommes là pour accompagner la personne dans son projet d'activité. Nous construisons cet accompagnement au travers de deux réseaux : un réseau local autour de la personne, et un réseau plus institutionnel qui nous permet de lever les freins dont nous parlerons ultérieurement.

A titre d'exemple, sur le Département de la Haute-Loire, 2 000 personnes ont été accompagnées depuis le début, et nous avons environ 500 personnes en file active sur le Département ailtiligérien.

Aujourd'hui, nous allons plus spécifiquement parler du DAHLIR santé, c'est-à-dire l'accompagnement des personnes atteintes de maladies chroniques. Ce dispositif est né suite à une demande de l'hôpital et du CODEP-GV, car à la suite du programme proposé au sein des ETP, certains arrêtaient l'activité physique par manque d'accompagnement vers une pratique sportive de leur choix.

Depuis lors, le dispositif s'est ouvert à de nouveaux acteurs, avec RéSoPad, le réseau diabète obésité, le programme FIBRO, l'AMPAR, etc. Et le suivi des personnes se fait au travers d'un outil extranet auquel tous les acteurs de santé ont accès, ce qui permet de l'optimiser.

**Mme CLAVIERE.** - Je suis présidente du CROMS Auvergne Rhône-Alpes, une association loi 1901 dont les actions principales visent à favoriser le sport pour tous et au niveau de chacun. Nous nous intéressons depuis toujours au sport santé par le biais de nos centres médico-sportifs. Ce qui nous caractérise, c'est notre capacité de travailler en réseau du fait de notre transversalité.

Pour l'instant, les actions couvrent l'Auvergne et ses 4 départements, mais les démarches sont engagées pour couvrir également Rhône-Alpes.

Dans le cadre du CROMS, tous les publics sont visés. Cependant, nous avons deux actions prioritaires : le site internet sport santé Auvergne, et « Marchons dans nos campagnes ».



Le site internet sport santé est un annuaire des structures qui peuvent recevoir des personnes porteuses d'une maladie chronique d'une part, et des structures sport loisir bien-être qui favorisent le retour à l'activité physique pour lutter contre la sédentarité d'autre part. Les structures s'inscrivent elles-mêmes sur le site, et un comité de pilotage composé des personnes de l'ARS, de la DRDJSCS, du mouvement sportif, de médecins, des éducateurs sportifs et des référents dans le domaine de la formation comme le STAPS, l'université et le CREPS, décide de quel côté doit être mis en ligne la structure : sport santé ou sport loisir ou pas du tout -parce que même pour le sport loisir, nous avons quelques exigences.

Nos éléments clés sont la formation des animateurs.

Chaque structure doit signer une charte, ceci pour bien préciser le cadre et éviter les dérives. Elle est renouvelable chaque année, ainsi que le nom des animateurs, pour que ces structures ne s'inscrivent pas à vie avec des animateurs qui n'en sont plus.

Ce site internet est un travail en réseau dans lequel sont regroupées toutes les personnes concernées. C'est Olivier MORAN, l'employé du CROMS, qui est chargé de la gestion du site, et il a de plus en plus de travail.

Le nom et les diplômes des animateurs sont sur les fiches récapitulatives que le public ou les professionnels peuvent consulter, soit par géolocalisation, soit par critère.

Le sport santé Auvergne devrait devenir sport santé Auvergne Rhône-Alpes en mars 2017. Mais il ne sera vraiment complet avec tous les départements et l'articulation avec les plateformes pas avant 2018.

Nos premières démarches auprès de la Drôme et de l'Ardèche la semaine dernière ont été positives, ils ont déjà recensé les structures. Ensuite, ils vont examiner nos critères, et d'ici mars, ils devraient être sur le site.

Notre problématique, c'est la communication. Pour faire connaître ce site et ses structures auprès des professionnels et du public, nous utilisons pour l'instant des cartes postales et nous organisons des forums. C'est bien de mettre de bonnes machines en route, mais si les personnes que l'on veut sensibiliser ne sont pas au courant, cela ne sert à rien. Donc, notre leitmotiv, c'est le terrain.

Ensuite, « Marchons dans nos campagnes » concernent les personnes de plus 60 ans qui ne sont pas dans un club. Le but est d'aller les chercher chez elles, parce que ce sont des personnes isolées ou qui ont peur de sortir, et de les faire marcher pendant une heure. Nous testons ce projet sur la circonscription de Thiers qui est tellement vaste que nous avons dû partager le territoire en trois secteurs afin de ne pas prolonger le temps de transport par rapport au temps de marche.

Sur chaque territoire, une salle est réservée en accord avec la municipalité locale pour permettre de faire du renforcement musculaire ou autre activité en salle en cas de pluie. C'est aussi un lieu de ralliement pour ceux qui réussissent à venir en covoiturage. Cela se pratique une fois par semaine, hors vacances scolaires, sur toute l'année.

Le but, en lien avec le Contrat Local de Santé qui a une priorité sur le parcours de vie des personnes âgées, est de :

- prévenir la dépendance et favoriser l'autonomie des personnes ;
- favoriser le maintien à domicile ;
- Renforcer le lien social ;
- Rompre l'isolement.



Les inscriptions se font au niveau du CLIC (Centre Local d'Information et de Coordination en gérontologie). Il nous a semblé que c'était les personnes les plus proches des personnes âgées qu'elles connaissent. Et quand on se sent en confiance, on va plus loin.

Les animateurs sont des éducateurs sportifs diplômés et font partie de Siel Bleu et de l'association des Chemins de traverse, dont la présidente est elle-même médecin. Le CROMS assure le suivi de l'action. Depuis septembre, 40 inscriptions sont dénombrées. Le projet va bientôt démarrer sur la circonscription de Riom.

Les financeurs pour le site internet proviennent d'un partenariat avec la DRDJSCS, l'ARS et la Région, et pour « Marchons dans nos campagnes » la DRDJSCS, l'ARS et la Conférence des financeurs du Puy-de-Dôme.

Depuis tout à l'heure, j'ai un projet avec le Cantal pour mener cette action à Murat qui doit créer son nouveau CLS.

**M. COTART.** - Je précise que le CROMS est le Comité Régional des Offices Municipaux du Sport de la Région Auvergne.

**M. DEBELLIS.** - Je suis coordinateur d'un réseau de santé et porteur des relais sport santé sur le Département de la Loire. Ce dispositif émane du dispositif innovant pour le sport partagé qui est développé avec deux branches : les relais sport santé d'une part, et le Comité olympique d'autre part, sur la plateforme pour le sport Place 42, qui est une plateforme d'information sur les clubs qui proposent du sport santé.

Nous avons développé une quinzaine de relais sport santé sur le Département. L'idée est de remettre à l'activité physique les personnes atteintes d'une pathologie chronique ou éloignées des pratiques sportives, avec une pratique extrêmement douce ; leur refaire prendre plaisir à bouger ; et surtout développer avec elles un projet qui, à l'issue des 16 séances (donc des 4 mois de prise en charge) vont leur permettre de repartir vers un club si c'est possible ou vers des systèmes passerelles pour gravir une marche de plus pour aller vers une activité en club.

Parallèlement à ces séances, nous développons un projet pour chaque patient. Cela commence par un entretien, puis des séances en groupe. Nous sommes bien sur du sport santé puisque les groupes dénombrent un maximum de 12 personnes, et chaque fois que quelqu'un présente un handicap important, nous réduisons d'une place le groupe. Ainsi, en général, nous avons des groupes de 5 à 6 personnes, il est assez rare de dépasser les 8.

Ces relais travaillent sur le projet du patient, et nous les avons progressivement ouverts à toutes pathologies chroniques, aux personnes éloignées des pratiques sportives avancées dans l'âge et éventuellement des personnes en situation précaire.

L'arrivée dans les relais se fait sur prescription médicale, et les personnes qui n'en ont pas doivent aller voir leur médecin pour avoir au moins un certificat de non contre-indication à l'activité.

Ces séances durent 1 heure 30, dont environ 30 minutes sont dédiées à la parole, au ressenti, au plaisir ressenti pendant la séance ou aux conséquences de la séance précédente pour ajuster au plus près des possibilités de chacun. Et l'accompagnement vers le projet à l'issue des séances se fait avec l'éducateur sportif qui, si besoin, accompagne la personne dans le ou les clubs sélectionnés pour lui permettre de tester différentes pratiques.

L'idée est de mutualiser le projet sur l'ensemble du Département. Nous avons commencé avec l'hôpital de Roanne par une démarche sur la prévention de l'obésité chez l'enfant à



partir des mamans ayant eu un diabète pendant leur grossesse, puisque nous avons une spécialité sur le diabète au départ.

Sur 2015-2016, nous avons touché environ 700 personnes, dont 300 sont allés en séance, celles qui sont le plus en difficulté.

L'idée est de développer d'autres projets car nous sommes sollicités notamment sur l'obésité de l'enfant. Je sais que cela concerne beaucoup de professionnels de santé.

**Mme KAZOUI-SEGUY.** - Je représente la Fédération sportive et culturelle de France, et plus particulièrement son comité régional Auvergne Rhône-Alpes, sachant que nous sommes constitués depuis peu en comité régional, donc je vais davantage parler de mon expérience lyonnaise au niveau de l'Ain, de la Loire et du Rhône.

Notre fédération n'est pas que sportive, elle est aussi culturelle, de compétition et de loisir. Elle est très ancienne, mais pas très connue. Nous avons une identité assez rurale dans le domaine lyonnais. Nous représentons environ 120 associations de grosseur très différente, allant de 50 à plus de 1 000 adhérents. Toutes ces associations partagent des valeurs communes et surtout une identité qui est la multi-activité. La fédération regroupe plus d'une vingtaine d'activités physiques et culturelles.

Cette fédération a d'autres compétences, comme la formation. Nous sommes organisme de formation pour le domaine professionnel dans le sport (BPJEPS, CQP, etc.), pour toutes nos formations fédérales au sein de chaque activité, et pour l'éducation populaire avec le BAFA, le BAFD, etc.

Notre territoire d'intervention pour ce qui concerne cette journée est l'Ain, la Loire et le Rhône. Sur ces territoires, nous touchons 70 % de femmes, et 50 % de nos licenciés ont moins de 18 ans. Notre public est donc assez varié, avec la compétition plutôt pour les moins de 18 ans et le loisir plutôt pour les adultes.

Concernant le sport santé, cela fait 4 ans que nous avons créé dans le lyonnais un programme santé « Atout forme ». Ce programme est parti d'une volonté de nos associations de ne plus se retrouver devant le fait accompli de personnes avec des problèmes de santé qui frappaient à leur porte et qui étaient accueillies parce que nous accueillons tout le monde de par nos valeurs. Les éducateurs sportifs avaient besoin que la fédération soit support sur la formation et autre par rapport à ces demandes. Nous nous sommes donc structurés progressivement.

De formation, je suis éducateur d'activité physique adaptée, j'ai travaillé en centre de rééducation en service hospitalier, et j'ai été frappée par le manque de communication entre toutes les belles choses qui se font pendant que la personne est en réadaptation et en APA, et le gros trou quand elle rentre chez elle du fait de la méconnaissance du tissu associatif. Dans cette fédération, grâce au programme « Atout forme », notre envie est d'avoir différents objectifs d'action :

1. La prévention santé de tous, parce que nous ne serons pas capables d'accueillir des personnes avec des problèmes de santé si nous ne sommes pas capables de faire attention à la santé des personnes que nous accueillons déjà.

2. Amener nos associations à se former et se préparer à l'accueil des personnes ayant des problèmes de santé, tout en restant des associations sportives -nous y tenons beaucoup. Cela signifie que nous proposons des créneaux d'activité physique et culturelle adaptée, tout en restant un tissu associatif sportif, donc sans jamais faire de réadaptation, ni aller chercher des compétences que nous n'avons pas.



3. Dire que pratiquer une activité, c'est bien, mais il faut avoir l'objectif de bouger davantage au quotidien. Si l'association peut être vecteur de ce réapprentissage, c'est notre projet.

**M. COTART.** - A travers l'exposé de Marjolaine KAZOUIT-SEGUY, vous avez pu constater que des leviers sont déjà apparus, en tout cas je les ai entendus.

Lors de la préparation de cette table ronde tous les cinq, nous sommes d'abord partis sur un brainstorming et nous nous sommes rendu compte qu'il fallait partir des freins pour identifier des leviers ; et qu'il existait différentes catégories de freins.

La parole est libre puisque nous sommes sur un temps d'échange et de débat, mais pour ne rien oublier, je vous propose de passer en revue les différentes catégories de freins que nous avons identifiés tous les cinq, et ainsi de voir comment nos 4 opérateurs et vous-mêmes dans le public avez pu trouver des leviers pour parvenir à les franchir.

La première typologie de freins est celle du public, c'est-à-dire la personne qui arrive. Elle peut être âgée ou jeune, homme ou femme, malade ou pas. Dans le cadre du Plan sport santé bien-être, nous avons vu que nous étions surtout face à des populations avec des problèmes. Et puis cette personne peut avoir des freins financiers.

Donc, cette première typologie concerne les caractéristiques de la personne elle-même qui nous sont apparues comme pouvant parfois être un frein.

Il me semble qu'à Dédicas, vous avez essayé de lever ces freins d'une manière particulière.

**M. DEBELLIS.** - Pour adapter la pratique, il faut connaître la personne. Les éducateurs sportifs qui interviennent sont formés à l'éducation thérapeutique des personnes, ce qui fait que l'approche est assez spécifique. L'entretien individuel est essentiel pour connaître la personne et ses difficultés, son projet, et pour repérer les difficultés financières. Ainsi, dans le cadre de l'activité des relais sport santé, nous pouvons moduler la participation financière qui est demandée. Au départ, nous proposons des relais gratuits, et nous nous sommes rendu compte que l'assiduité était extrêmement faible. Et lorsque nous avons fait payer les personnes, l'assiduité s'est beaucoup améliorée.

Nous avons donc décidé de maintenir une participation financière, ce qui permet aussi de financer une partie du fonctionnement. Actuellement, avec le nombre de personnes accueillies, nous parvenons à financer un relais, c'est donc plutôt intéressant. Et ensuite, nous modulons en fonction des possibilités des personnes. Si elles sont en difficulté, la participation est de 36 € pour les 4 mois de prise en charge, ce qui fait 2 € la séance, comprenant le temps d'intervention d'un pédicure-podologue pour parler du chaussage. En effet, chez ceux qui n'ont jamais fait ou très peu d'activité physique, le chaussage est rarement adapté.

Mais si nécessaire, le coût ne peut être que d'un seul euro.

**M. BARUCH.** - Au niveau du DAHLIR, l'accompagnement individuel est le même, à la différence près que les personnes doivent nous solliciter pour en bénéficier. Nous ne proposons pas d'activités régulières dans le cadre du DAHLIR santé, elles sont proposées au sein de la GV, de l'hôpital, de l'AMPAR et de tous les acteurs, et nous intervenons dans un second temps. Ceci n'empêche qu'il reste encore quelques freins pour permettre à la personne de franchir le pas du milieu ordinaire. Donc, nous passons par un temps différent en fonction de chacun des acteurs. Le travail en partenariat que nous menons entre la GV et l'AMPAR est différent de celui avec l'hôpital. A chaque fois, nous avons mis en place une méthodologie particulière qui répond aux besoins des personnes en fonction de leurs difficultés.



Il est important de constituer un travail de réseau en amont. Nous le menons depuis déjà deux ans sur le Département ailligérien et nous sommes en train de le construire sur les autres départements des territoires auvergnats. Nous rencontrons Durtol prochainement pour parler de cet accompagnement en sortie de programme d'activité physique.

**Mme KAZOUIT-SEGUY.** - Pour notre part, nous pratiquons également des entretiens avec la personne à son arrivée dans notre association. Ils sont certainement beaucoup plus courts, mais ils servent à établir un premier contact qui donne confiance. La personne en sort avec un petit livret intitulé le « passeport forme plus » qui reprend certainement ce qui existe dans toutes les plateformes. Il s'agit de tous les outils motivationnels permettant à la personne de passer certains frais, se trouvant dans ses mains et pouvant être consultés par les différents acteurs autour d'elle, que ce soit le tissu médical, l'animateur, etc.

Nous avons donc levé un des freins via ce passeport et cet entretien en début et fin de prise en charge.

**M. DEBELLIS.** - Paul VIAL, l'éducateur sportif qui a conçu les relais sport santé, a réfléchi aux freins des pratiquants, et l'entretien initial permet de les repérer, notamment sur ses représentations de l'activité physique.

L'image du sport scolaire difficile et parfois perturbateur que certains ont pu connaître dans leur passé fait qu'il est quasiment réhibitoire pour certains ne serait-ce que de penser à pratiquer une activité physique qui a une connotation d'activité sportive.

Pour retrouver leurs compétences, leur jeunesse, leur dynamisme, leur qualité naturelle, leur notion de bonne santé, l'image qu'ils ont d'eux-mêmes est essentielle.

Cela passe aussi par repérer les expériences négatives que chacun a pu connaître pour travailler dessus, élargir leur représentation pendant les séances, et leur donner une nouvelle conception de la performance. Souvent on les compare à des sportifs de très haut niveau parce que leur progression est aussi gigantesque que celle qu'on demande à des sportifs de très haut niveau, ce qui modifie l'image d'eux-mêmes.

Par ailleurs, pour quelqu'un qui n'a jamais eu de licence sportive de sa vie, le fait d'en avoir une à 75 ans, c'est assez remarquable et cela a un effet très positif.

Et il convient de favoriser le rapport à soi-même et non pas aux autres pendant la pratique, c'est-à-dire ne pas se comparer et regarder sa progression plutôt que celle des autres. Et apprendre à repérer le bénéfice de l'activité physique.

**M. BARUCH.** - Au niveau du DAHLIR, les entretiens sont à peu près du même ordre. Le seul aspect que nous n'avons pas abordé est l'aspect financier. Le coût dans une association sportive peut constituer un réel frein pour la personne. Nous sommes donc en train de construire un outil permettant, dans un premier temps, d'utiliser le droit commun. Pour les bénéficiaires du RSA, des aides peuvent être apportées par le Conseil départemental.

Plutôt que d'avoir une grosse somme financière, l'idée est d'aller chercher tous les acteurs qui, par le droit commun, sont susceptibles de financer une partie de la licence. Cependant, l'idée est de laisser une partie en charge à la personne pour qu'elle s'investisse et s'engage sur une année. Il ne faut pas que ce soit un dû.

**Mme CLAVIERE.** - Je souhaite revenir sur les problèmes financiers liés au transport. Par rapport à l'utilisation du site internet, nous restons dans notre annuaire des structures. Nous avons initié une géolocalisation afin que le pratiquant ou le médecin qui conseille la structure puisse voir quelle est la distance entre le domicile et le club : quand on s'y rend à pied, cela revient moins cher que de prendre le bus ou sa voiture.



Quant à notre deuxième activité « Marchons dans nos campagnes », la location du bus a un coût et peut constituer un frein.

**M. COTART.** - Cela appelle-t-il des réactions du côté de la salle ? Avez-vous identifié des leviers dans ce domaine pour que les personnes concernées puissent mieux participer ?

**Pr DUCLOS.** - Avec les programmes que nous proposons à des personnes polymédiquées ou totalement déconditionnées, nous sommes tellement efficaces que nous leur donnons confiance dans la structure dans laquelle on leur a redonné confiance. Elles se trouvent dans un cocon, et on est parfois obligé de prolonger le programme parce que les gens se sentent bien et ont peur d'aller dans les autres structures, même si on leur dit que c'est bien. C'est un frein énorme.

Je sais que le DAHLIR est une des réponses, parce qu'il les accompagne dans les autres structures pour être certain que les choses se passent bien. Cependant, quelles réponses proposez-vous à cette question ?

**Mme KAZOUIT-SEGUY.** - Le problème est là et c'est ce qui nous réunit tous aujourd'hui. Ces personnes ont simplement besoin que tout le monde soit conscient de tout ce qui existe. Et lorsqu'elles ont confiance dans une structure et dans un professionnel, il faut celui-ci ait en face de lui toute une offre à leur proposer pour qu'elles n'aient plus qu'à franchir le pas très simplement.

**Pr DUCLOS.** - Le problème est dans le « simplement ».

**Mme KAZOUIT-SEGUY.** - Mon interprétation quand j'étais en face des personnes en tant qu'éducateur APA en centre de rééducation, c'est que nous devenons une personne précieuse et dont la parole est précieuse. Si notre confiance se porte sur une structure, le pratiquant s'y rendra et le passage se fera facilement, mais il faut connaître les structures. Nous agissons tous à des étapes différentes dans la vie de la personne.

Je sais que les éducateurs APA ne sont pas forcément payés dans les centres de rééducation au niveau qu'ils mériteraient. Ils ont donc parfois besoin de compléter leur salaire en créant des structures à côté, alors que tout existe ; au lieu de travailler ensemble et de se former mutuellement, d'avoir confiance les uns dans les autres, et que le chemin de la personne soit tout tracé.

En fait, le chemin est tout tracé, nous ne nous connaissons simplement pas les uns et les autres.

**Dr LARMARAUD, réseau DIALOGS à Lyon.** - En anticipant sur le sujet suivant qui est celui de l'évaluation, pourrions-nous savoir le nombre de patients qui intègrent par la suite une vraie structure d'activité physique ?

Notre réseau existe depuis 10 ans, nous avons des patients qui pratiquent l'activité physique et qui ne veulent pas aller ailleurs. Ils font de la marche, de la gym aquatique, de la gymnastique, de la marche nordique, et ils demandent pourquoi aller ailleurs alors qu'ils sont en sécurité dans notre réseau.

Pour savoir si nous avons vraiment gagné, il serait bien de savoir, au moment de l'évaluation, le nombre de patients qui vont dans une structure et qui y restent.

**M. BARUCH.** - La construction du réseau des professionnels des structures, que ce soit un hôpital ou une structure de santé, va faire que les patients auront confiance dans ceux qui vont les accueillir. Le rôle du DAHLIR est de faire la transition entre la structure hospitalière et un club qui n'a pas forcément une compétence sport santé ou handicap dans le champ du DAHLIR handicap.



Ce qui va permettre la réussite, c'est le temps d'accompagnement qui ne sera pas le même pour un patient atteint d'une trisomie dont le chemin est un peu tracé par la loi de 2005, avec une famille qui est revendicatrice dans le bon sens du terme et qui a envie que les choses avancent, et dont l'accompagnement sera simplement une présence sur une première séance.

Dans le cadre du DAHLIR santé, l'accompagnement passe pas un temps en amont pour rassurer, un temps de présence sur les séances proposées par les éducateurs sportifs au sein des hôpitaux pour se faire connaître, des temps plus importants de présence dans les clubs lors d'une première, deuxième, troisième, voire quatrième séance.

Cependant, il faut que les éducateurs sportifs aient aussi cette volonté. Si leur objectif est de garder les personnes au sein de leur créneau, il sera compliqué d'accompagner la personne à sortir de ce créneau puisqu'elle n'aura pas été aidée pour aller plus loin. Si tout le monde ne travaille pas dans le même sens, c'est au détriment du parcours du patient.

**Paul VIAL, relais sport santé.** - Le gros enjeu consiste à ne pas garder les gens plus longtemps que l'objectif fixé au départ. Nous disons dès le début que le programme s'étale sur 16 semaines et ensuite c'est fini. Donc, dès le premier entretien, les gens savent que nous ne leur proposons pas une activité dans la durée, mais vraiment un stage avec un début et une fin. Et si, à son terme, tout s'arrête, ils reviendront au point de départ. Donc, la dynamique s'enclenche dès le début.

Nous ne proposons pas de sport précis comme de la marche nordique ou de la relaxation ou de la gym douce, nous faisons de la remise en forme. Et bout de 4 mois, nous recommençons la même chose avec des nouveaux. Donc, ce n'est pas très motivant de refaire le stage car il n'y a pas de progression possible.

Nous avons fait un gros travail avec la plateforme 42 ainsi que directement avec les clubs. Notre organisation est très territoriale, c'est-à-dire qu'un éducateur sportif anime un territoire assez petit puisque nous sommes 5 pour le Département de la Loire. Nous nous sommes fixé d'avoir un débouché possible avec un club qui propose de la marche, un club qui propose des activités nautiques et des clubs qui proposent de l'activité gymnique de remise en forme.

Le côté « cocon » dans les programmes est réel, mais nous éduquons les pratiquants à s'affirmer pour affronter le club. Je peux vous donner l'exemple d'une personne atteinte d'une sclérose en plaque qui, après son stage, s'est dirigée vers l'aquagym, et à qui la monitrice a demandé, au bout de quelques séances, de prendre de altères. Elle a répondu qu'elle ne préférerait pas, sans pour autant avoir envie de dévoiler sa pathologie. Malgré l'insistance, elle a réussi à s'affirmer en restant dans la séance sans prendre des altères. Et elle est revenue me voir pour m'indiquer que le relais sport santé lui avait permis d'adapter par elle-même sa pratique dans un groupe qui exerçait de façon plus intensive.

Donc, nous passons beaucoup de temps à leur apprendre à s'imposer tels qu'ils sont dans les clubs. Ce n'est pas à eux de se plier au contenu de l'entraîneur, mais au contenu de se plier à leurs capacités. C'est le bon sens, mais il ne paraît pas toujours évident. Cela nous demande beaucoup d'énergie, parce que ce n'est pas simple.

**Mme KAZOUI-SEGUY.** - Les exemples montrent bien que c'est un travail de transition. Pour ce qui est de notre expérience dans la Loire, nous constatons que nous avons très peu besoin de les aider en termes de réseau parce qu'il existe une plateforme support. Ainsi, nos associations compétentes sont référencées et le travail de liaison se fait.

Dans d'autres départements où il n'y a pas de plateforme, notre fédération assure le travail de réseau pour ne pas laisser nos associations dans le noir total. Actuellement,



nous avons des conventions avec le réseau Dialogs. Florence ODIN a réalisé tout un travail de conventionnement avec nos associations, de confiance, de formation, etc.

Cependant, ce n'est pas à une fédération de porter tout ce travail de réseau, parce que d'autres le font également. Pour moi, la réponse serait les coordinations et les plateformes.

**Christelle LEXTRAIT.** - Je suis en charge de la prévention à la ligue Auvergne Rhône-Alpes de football. Dans le maillage, je me situe plutôt à la fin d'un parcours qui passe par certaines associations pour un public qui n'irait pas forcément de manière innée dans un club de sport.

Par retour de terrain, nous constatons qu'à ce jour, nos clubs ont une ouverture vers des publics ayant un handicap mental ou physique. Nous avons signé deux conventions avec les deux ligues concernées, dans l'objectif de créer du lien entre les structures spécialisées et nos clubs pour accueillir de plus en plus un public ayant un handicap.

Il a été mentionné la méconnaissance et parfois certaines peurs, mais nous constatons que lorsque les deux publics se rencontrent, le lien se fait et nos dirigeants sont prêts à les accueillir sans problème. Nous pensons qu'il n'y a plus de tabous sur certaines maladies. Bien sûr il reste certaines informations à donner, mais je pense que nos clubs sont prêts, surtout ceux qui ont un programme éducatif sur les plus jeunes, ce qui a des conséquences sur les seniors et sur les dirigeants.

A ce jour, des clubs de football sont prêts à accueillir ce type de personnes. Je sais que certains vont travailler avec des maisons de retraite en proposant des activités foot à des personnes âgées.

Avant de faire un travail en réseau régional et départemental, j'invite les associations locales à rencontrer les présidents de clubs et à leur proposer des choses. Dans un premier temps, il convient de faire rencontrer les publics par l'organisation de journées de découverte. Cela crée du lien et du partenariat, cela permet de faire tomber les barrières, et des projets peuvent naître à ce moment-là.

Je vous invite à aller voir ces clubs de football et à proposer ce mélange de publics, et à les accompagner en attendant que des partenariats se créent un peu plus hauts.

**M. COTART.** - Nous sommes partis de la personne et des réseaux qui peuvent se développer pour son parcours. Je voudrais revenir à l'activité proprement dite de la personne au sein des structures. Nous avons identifié l'élément de la sécurité pour la prise en charge des personnes et les notions d'assurance face à un public fragile qui risque d'avoir des petits ennuis.

Je vous demande aux uns et aux autres quels leviers vous avez pu trouver.

**M. DEBELLIS.** - Sur le volet assuranciel, le meilleur moyen que nous avons trouvé, c'est la licence sportive parce qu'elle inclut l'assurance. Donc, dans la pratique, le meilleur moyen est de s'affilier à une fédération, c'est ce que nous avons fait, pour bénéficier d'une assurance et de licences à coût social nettement réduit.

L'autre élément de la sécurité qui n'est pas négligeable, c'est que certains pratiquants prennent tellement de plaisir à bouger qu'ils bougent plus qu'ils ne le devraient. Nous sommes obligés parfois d'avoir un discours de modération parce que certains pourraient se blesser.

**Mme CLAVIERE.** - Pour compléter, je reviens à notre annuaire des structures qui arrivent en bout de chaîne. Il y a la première intention en service hospitalier, suivi du chemin pour sortir du cocon et pour aller dans la structure, et nous proposons des



structures. Celles-ci doivent être sécurisées. Pour ce faire, nous avons mis en place un système de deux chartes, l'une pour le sport santé et l'autre pour le sport loisir bien-être, afin de bien encadrer. C'est une sorte de label.

Nous avons établi des critères, ce qui nous a demandé un long travail de plus d'un mois. Pour que les structures soient mises en ligne, elles doivent correspondre aux critères des chartes que nous avons mises en place.

En travaillant sur ces chartes, nous nous sommes dit qu'il fallait faire attention au problème des bénévoles. Certains ont eu des formations par des fédérations, ils ont des compétences, qu'en fait-on ?

**M. DEBELLIS.** - Ensuite, il y a la formation des éducateurs sportifs qui interviennent sur les structures, et la possibilité donnée à la formation des éducateurs des clubs qui veulent accueillir ce type de public. Nous sommes prêts à les recevoir pour faire des séances et rencontrer les éducateurs sportifs. Et le Comité olympique propose des formations adaptées à l'accueil de ce type de public.

**Mme KAZOUIT-SEGUY.** - Pour nous, les critères de sécurité passent par les petits groupes. Quand on parle de sport santé pour les publics fragilisés, cela entraîne des petits groupes et des encadrants formés. Effectivement, les associations référencées le sont sur des critères très quantifiables, avec une annualisation de l'engagement. Donc, une association n'est pas forcément reconduite d'une année sur l'autre si les critères ne sont plus respectés.

Et la notion de licence est intrinsèque à notre action, licence qui n'est pas chère contrairement à tout ce qu'on peut penser sur les fédérations sportives.

**M. COTART.** - Ces éléments appellent-ils des réactions de la salle, ou des propositions ou des questions ? Non.

Dans ce cas, nous poursuivons avec le chapitre qui touche aux structures elles-mêmes, et à l'environnement. Il s'agit de la disponibilité des infrastructures, du matériel, des mobiliers. C'est un frein rencontré pour mettre en route une activité physique. Qu'avez-vous pu identifier dans ce cadre ?

**Mme KAZOUIT-SEGUY.** - Comme je le disais, des structures existent. Leur but n'est forcément de considérer qu'elles sont uniques, elles sont prêtes à mettre leurs locaux à disposition pour des partenariats avec des individus mieux formés ou avec des structures pour l'occupation des locaux.

Ces associations sont compétentes pour augmenter le nombre de créneaux, mais les pratiquants sont difficilement orientés vers elles. Donc, je parle encore et toujours du lien entre tout le monde.

**M. BARUCH.** - C'est là où la collectivité a toute sa place. Les gymnases ou les lieux de pratique dépendent d'une commune ou d'une communauté de communes, et si l'on vient à plusieurs pour demander un créneau, on est mieux entendu. C'est là où le multi-partenariat est essentiel.

Quand on va voir la mairie du Puy ou de Clermont-Ferrand, le DAHLIR s'y rend avec la GV ou l'UFOLEP, et tous les acteurs qui peuvent animer les séances, avec la DD qui est à nos côtés. Ainsi, de façon collégiale, cela permet d'ouvrir des portes que nous n'aurions pas pu ouvrir individuellement.

**Mme CLAVIERE.** - Pour compléter, je reste dans le domaine de la ruralité. Je me base plutôt sur les communes qui ont des CCAS ou des Contrats Locaux de Santé. Les communes sont de plus en plus sensibilisées en direction du sport santé. Et lorsque nous



les rencontrons en groupe pour présenter un projet, étant donné qu'elles sont partie-prenante, elles se démènent pour nous trouver des locaux. Ce ne sont pas obligatoirement des gymnases, mais aussi des salles aménagées. Lorsque le projet plaît et qu'il est bien présenté, nous parvenons à trouver des partenariats permettant d'aller loin sur les différentes communes.

**Nadia BLANC.** - Je voudrais apporter un témoignage pour amener une note positive. Vous avez insisté sur le fait qu'il fallait qu'on travaille avec l'existant. Je coordonne des programmes d'éducation thérapeutique concernant la prise en charge de la maladie obésité, et je n'ai pas de structure adaptée pour l'activité physique. Donc, je travaille avec différentes associations sportives de la région et avec la ville. Je voulais juste témoigner que cela peut se faire.

**M. COTART.** - Merci. Y a-t-il d'autres questions ou réactions ? Non.

Dans le même chapitre, il y a le problème du transport des personnes. Il faut trouver des lieux en proximité ou des moyens de transport. Madame CLAVIERE évoquait la géolocalisation des structures pour en trouver une à proximité. Il y a d'autres solutions comme le covoiturage.

**Mme KAZOUI-SEGUY.** - Nos associations sont assez présentes là où il n'y a rien. Cela peut être une force. Elles sont historiquement gérées par des bénévoles, donc très anxieux de bien faire et d'avoir le temps de bien faire. Par contre, elles sont pleines de projet et sont très actives dans tout ce qui est assez actuel, notamment le développement durable. Donc, le covoiturage se met en place assez naturellement.

Lorsqu'une personne se manifeste parce qu'elle habite loin, les bénévoles étudient tous les cours qui peuvent avoir lieu en même temps, et mettent en relation les personnes de la séance qui pourraient covoiturer. C'est une solution à l'échelle humaine.

**Mme CLAVIERE.** - Dans notre projet « Marchons dans nos campagnes » où 40 personnes sont inscrites, nous avons prévu des minibus, mais nous allons en chercher seulement 3 (une sur chaque site), toutes les autres se débrouillent avec le covoiturage.

Donc, cela nous permet de réaliser des économies pour l'année prochaine.

**M. COTART.** - Nous avons également identifié la lourdeur pour les structures d'activité physique et sportive, ou plutôt la peur que peut représenter l'accueil de publics spécifiques qui arrivent avec leurs complications.

Qu'avez-vous pu identifier comme méthode pour lever ce frein ?

**M. BARUCH.** - La méthode est la même que pour les publics accompagnés. Cela passe par un accompagnement du club. Si nous n'anticipons pas l'arrivée de la personne dans la structure, cela ne fonctionnera pas. Une personne qui présente des troubles cardiaques et qui souhaite être accueillie dans un club de tennis de table, le président peut se demander si cela n'engendre pas des risques. Donc, nous menons un travail en parallèle auprès du bénéficiaire et un travail auprès de la structure susceptible d'accueillir.

Dans le cadre du DAHLIR santé, nous allons plus loin que dans le cadre du DAHLIR insertion ou du DAHLIR handicap, puisque nous recherchons des structures avec des éducateurs sportifs ou des bénévoles ayant suivi des formations fédérales, pour nous assurer d'un accueil répondant aux besoins spécifiques des pratiquants.

En sachant que nous nous intéressons en premier lieu à la demande de la personne, mais qu'il se peut que nous ne trouvions pas de solution et que nous demandions aux clubs de s'orienter vers des formations pour être en mesure d'accueillir dans de bonnes conditions la personne qui présente une maladie chronique.



**M. DEBELLIS.** - La formation paraît essentielle, l'accompagnement dans les clubs aussi. Mais avant tout, il convient de former les personnes à être capables de s'adapter au club et à refuser éventuellement des pratiques qui les mettraient en difficulté. Un travail de fond est à réaliser sur ces personnes.

Et il convient d'accompagner les clubs à accueillir ce type de public. Eventuellement, prévoir un éducateur spécialisé APA présent sur les premières séances pour voir quel public est accompagné, et ensuite faire des initiations. C'est ce que fait le réseau Dialogs, en se rendant dans les clubs et en faisant des groupes d'immersion au milieu d'autres clubs. C'est très efficace.

Il convient également de questionner la pratique des clubs dans leur façon d'accueillir pour qu'ils s'interrogent sur la manière d'accueillir ce type public et la façon de s'y adapter. Ainsi, ce qui a fait le succès des clubs passerelles qui accueillent beaucoup de pratiquants par la suite, c'est la qualité de leur accueil.

**M. BARUCH.** - Nous venons de monter un outil de suivi auquel les clubs auront accès, leur permettant de mettre des informations sur les difficultés rencontrées. Cette information sera visible par l'ensemble des personnes autorisées par le bénéficiaire. Ainsi, l'équipe pluridisciplinaire peut donner des conseils à l'éducateur sportif, sans se rendre sur le lieu de pratique, face à telle ou telle situation.

**M. COTART.** - Y a-t-il des réactions là-dessus ?

**Antoine BLECHET.** - Je voudrais savoir si vous avez une idée du parcours des personnes que vous suivez ? De quel type de pathologie elles souffrent ? Et pourquoi ne vont-ils pas voir directement la fédération française de football, d'athlétisme ou autre ?

Par ailleurs, on a beaucoup parlé de prise en charge, mais pas assez de prévention. Or, des ados et des jeunes adultes quittent les fédérations en grand nombre, et on les récupère après, alors qu'ils ont arrêté la pratique sportive en elle-même ou l'activité physique.

**M. COTART.** - Je réagis sur l'aspect prévention, car elle n'est pas du tout occultée, mais au contraire très importante. Cependant, comme nous sommes dans le cadre du Plan sport santé bien-être qui touche des publics ayant déjà des problèmes, nous nous focalisons surtout sur la prise en charge, mais la prévention est essentielle et incontournable. Ce serait l'objet d'une autre journée.

**Mme KAZOUI-SEGUY.** - En tant que fédération, je réponds. Notre action comporte trois choses et ne s'adresse pas seulement aux publics fragilisés en laissant de côté les autres. La porte d'entrée pour toutes nos associations, c'est de la prévention santé puisque 50 % de nos adhérents ont moins de 18 ans. Dans le sport santé et le sport bien-être, nous mettons tout, même la cohésion d'équipe, la gestion des conflits, etc.

Ensuite, nous aidons les associations volontaires à se former et se préparer à l'accueil de publics fragilisés. Donc, nous n'occultons pas la prévention santé, c'est même une base pour celles qui veulent aller vers un public fragilisé.

Par ailleurs, nous rencontrons dans nos associations les gens qui sont passés par les réseaux avec lesquels nous sommes partenaires. Ou alors, ce sont des personnes qui avaient déjà pratiqué en association plus jeunes, qui sont allés de leur propre chef vers l'association qui affiche cette particularité. Toutefois, le public concerne surtout des diabétiques, des personnes en surpoids et des personnes atteintes de cancer, parce que ce sont les réseaux avec lesquels nous avons conventionné actuellement.



**Antoine BLECHET.** - Cela vous paraît évident, mais pour les acteurs des structures hospitalières, ce n'est pas forcément évident de placer nos patients. Il nous manque des intermédiaires entre vos structures et nos centres hospitaliers.

**Mme KAZOUIT-SEGUY.** - C'est pour cela que les réseaux de santé et les plateformes reçoivent des financements pour coordonner et orienter vers les structures, dans la spécificité qui est la leur.

Personnellement, je vais voir les réseaux et les services hospitaliers, mais ce n'est pas ainsi que cela doit se passer. Vous avez raison, il manque quelque chose, il faut peut-être en coordonner une, mais je n'ai pas la réponse.

**Antoine BLECHET.** - Cela fait 15 ans que je travaille en centre hospitalier et je n'ai jamais vu personne. Si 1 % de nos patients sont suivis derrière, c'est un maximum.

**M. DEBELLIS.** - Ce n'est pas le cas de vos homologues de la Loire parce qu'ils ont vu une structure.

**M. COTART.** - Nous allons devoir conclure. Nous avons vu l'importance de la mise en réseau pour pérenniser l'activité physique et communiquer autour. Il est important d'évaluer ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas pour voir comment progresser.

Je remercie les 4 participants à la table ronde ainsi que le public.

**Mme JACOB.** - La première table ronde nous a permis d'identifier un certain nombre d'acteurs pouvant intervenir sur cette question. La deuxième table ronde, à partir des freins identifiés par les intervenants, a mis en évidence des leviers pour les dépasser. La question de l'évaluation a très peu été évoquée, jusqu'à présent. Pour pérenniser la pratique de l'activité physique, peut-être faut-il se demander dans quel cadre on évalue ce que nous propose Lucie Pelosse de l'IREPS Auvergne Rhône-Alpes. Ensuite Corinne Praznoczy de l'ONAPS proposera une illustration de l'évaluation.



## 3ème table ronde L'ÉVALUATION : DANS QUEL CADRE ET AVEC QUELS OUTILS ?

**Mme PELOSSE.** - Je travaille à l'IREPS Rhône-Alpes qui est l'Instance Régionale d'Éducation et de Promotion de la santé Rhône-Alpes, et très bientôt Auvergne Rhône-Alpes. Nous sommes un centre ressource à destination des professionnels pour les accompagner dans le développement de projets de promotion de la santé autour de thématiques diverses et variées, notamment celle qui nous réunit aujourd'hui.

J'interviens au titre de l'IREPS où je coordonne une équipe ressource sur la question de l'évaluation, dans le cadre d'un dispositif qui s'intitule le Pôle régional de compétences en éducation et promotion de la santé. Il a pour objectif de mutualiser un certain nombre de services entre grandes têtes de réseau de la promotion de la santé, comme le Planning Familial, AIDES sur la question du SIDA, l'ANPAA sur les addictions, la Mutualité Française, l'association Graine sur l'éducation à l'environnement, et l'Observatoire Régional de la Santé avec lequel nous travaillons étroitement sur la question de l'évaluation et le groupe ressources en évaluation.

A présent, je vais vous parler d'évaluation et de son intérêt pour interroger sa pratique, pour améliorer ses pratiques et pour voir la qualité de nos actions.

Je vais vous présenter des éléments de langage commun sur l'évaluation. Ce seront essentiellement des éléments de méthode, et ensuite vous aurez une illustration plus concrète à partir de la thématique qui nous réunit aujourd'hui.

- La planification

Pour évaluer une action, il faut d'abord la planifier avec méthode, c'est-à-dire bien clarifier nos intentions, donc nos objectifs (les effets attendus de notre projet), que nous devons distinguer des activités que nous allons développer. C'est souvent au moment de l'accompagnement des acteurs que commencent les difficultés méthodologiques, parce que nous constatons qu'ils ont du mal à faire la distinction entre les objectifs et les activités. On a tendance à se donner des activités comme objectifs, comme mettre en place des séances d'activités physiques adaptées alors que c'est une activité. C'est donc un point de vigilance.

Au fil des présentations, nous avons bien senti qu'il fallait d'abord faire un effort de compréhension de la problématique : qu'est-ce qui fait que les gens ne pratiquent pas, quels sont les freins ? C'est donc un diagnostic de la situation qui permet de faire émerger un problème et des priorités. C'est à partir de cette phase que nous allons nous donner un objectif général, une grande intention, que nous devons préciser avec des objectifs spécifiques, et dans certains cas avec des objectifs pédagogiques liés à des séances.

Tout cela se fait en regard de publics puisque nous allons devoir affiner nos objectifs en fonction des publics avec lesquels nous travaillons.

Lorsque ces intentions, ces objectifs sont clarifiés, nous pouvons préciser nos activités en fonction des publics.

In fine dans la méthodologie, c'est à partir de toute cette trame que nous allons pouvoir définir des moyens et ressources nécessaires pour conduire le projet.

C'est le préalable : pour évaluer, il faut déjà que cette phase soit montée avec méthode.



- La mise en œuvre

Ensuite, nous allons mettre en œuvre notre action, notre projet, notre programme ; et l'évaluation peut être une façon de comparer le prévisionnel du réalisé, et ce à tous les échelons.

- Les différents niveaux d'évaluation

Nous avons tendance à parler de l'évaluation de manière générale, or il est important de clarifier ce qu'on entend par évaluation et ce qu'on peut évaluer.

Dans un premier temps, le processus comporte 3 niveaux d'évaluation :

- Les ressources. Par exemple, on avait imaginé un temps plein d'un éducateur en activité physique adaptée, est-ce suffisant ? Cela concerne également la question du matériel à disposition, de la salle disponible.
- Les activités. Généralement, les porteurs de projets sont assez outillés et sont capables de parler de leur file active et détailler le nombre d'ateliers réalisés et le nombre de personnes accueillies.
- L'implantation, c'est-à-dire savoir auprès de qui l'activité s'est développée afin de déterminer si l'on a vraiment atteint le public visé. Ce sont des questions que nous nous posons de manière récurrente en éducation promotion de la santé, avec cet enjeu de réduire les inégalités sociales de santé. Et nous avons souvent du mal à atteindre les publics qui en ont le plus besoin. Les exemples classiques portent sur les temps de réunion auprès des parents d'élèves de fin de journée sur la parentalité. On peut constater une salle pleine et se rendre compte que les présents sont les parents élus, les instituteurs des autres écoles qui ont leurs enfants dans cette école... donc tout un parterre de personnes qui sont relativement étayées sur la question de la parentalité. Si nous nous ne posons pas ces questions, nous pouvons facilement passer à côté de l'intérêt de notre action.

Ces 3 éléments d'évaluation sont essentiels et constituent la première étape. Donc, si votre structure n'a pas encore mis en place des outils de suivi de ce type-là, il sera compliqué de poursuivre. Il s'agit de l'évaluation du processus qui permet de s'intéresser à la forme.

Dans un deuxième temps, il convient de regarder les résultats obtenus. Il est bien de pouvoir dire qu'on a eu tant de participants, qu'on a bien visé le public escompté, mais quels résultats obtient-on ? Parvient-on à renforcer des capacités physiques ? Arrive-t-on réellement à les emmener vers le droit commun ?

Ces effets comportent 2 niveaux d'évaluation :

- Les résultats reliés à nos objectifs spécifiques.
- L'évaluation d'impact qui met en lumière les effets induits par notre action, effets qu'on n'avait pas forcément anticipés ou qu'on ne visait pas initialement. A titre d'exemple, sur des projets où l'on est centré sur la question de l'activité physique, on peut constater qu'on travaille également sur la question de l'isolement, du lien social. En tant que structure, ce n'est parfois pas dans notre champ de compétences, dans nos missions, mais au global, l'action a un effet là-dessus.

Une fois clarifiés ces niveaux d'intention, cela permet aux porteurs de projets de s'entendre sur ce qu'ils veulent prioriser et ce qu'ils ont envie d'évaluer ; et donc de lister les questions d'évaluation à travers les différents niveaux.

Ensuite, nous devons préciser ces questions d'évaluation parce qu'elles restent assez générales, avec des critères (angles de vue) de deux natures :



- Mesurer les écarts entre le prévisionnel et le réalisé, d'une année sur l'autre, d'une structure sur l'autre. Ainsi, on pourra constater que, d'une année sur l'autre, on a eu davantage de personnes atteintes d'une pathologie de diabète par exemple.
- Expliquer les écarts. Si l'on constate que, dans certains territoires, le relais se fait bien sur des structures sportives de droit commun, il est intéressant de le mesurer et de l'expliquer. C'est intéressant pour soi, mais aussi dans le cadre d'enjeux de transférabilité sur d'autres territoires.

Les exemples peuvent être l'augmentation de la pratique d'activité physique, tout en s'interrogeant sur les leviers pour la pratique d'activité physique, et sur l'augmentation du sentiment de capacité à pratiquer.

Pour repérer ces critères, on peut les penser en termes de critères de réussite : qu'est-ce qui me fait dire que mon projet a atteint ses résultats ? Je pourrai dire par exemple que mon projet est réussi si l'on a envoyé au moins 50 % des personnes dans les structures de droit commun.

Une fois que ces critères ont été définis, ce qui constitue une étape intermédiaire pour bien penser à balayer toutes les dimensions d'une question, nous allons sur les indicateurs qui représentent l'instrument de mesure pour donner une information, soit quantitative, soit qualitative. Cela va constituer les données que nous cherchons à recueillir.

A titre d'exemple, le critère sur l'augmentation de la pratique de l'activité physique n'indique pas concrètement comment on peut le mesurer. La phase indicateur va permettre d'aller plus concrètement sur les modalités. Nous pourrons ainsi comparer en interrogeant le nombre d'heures d'activité physique pratiquée par semaine et par personne, le type d'activité physique pratiquée, le nombre de personnes pour qui le coût est un frein à la pratique d'une activité physique. Ce sont autant d'éléments beaucoup plus précis permettant de savoir quelles informations il faut aller chercher.

Ensuite, il convient de repérer les moyens à mettre en place pour recueillir la donnée. Certaines données sont probablement existantes dans vos structures, comme des comptes rendus, des dossiers patients, des bilans, des outils de suivi, des feuilles d'émargement. Ce sont autant de données qui sont déjà disponibles et qui peuvent permettre d'évaluer pas mal de dimensions sur l'assiduité, le profil des patients, l'âge, etc.

En parallèle, un certain nombre de données n'existent pas. Il va donc falloir les collecter, soit par de l'observation, soit par des enquêtes par questionnaire ou par entretien.

Tels sont les éléments rapides visant à vous présenter la démarche d'évaluation qui va ensuite être illustrée. L'évaluation est souvent une étape difficile pour les porteurs de projets, donc le Pôle régional de compétence est une structure ressource vers qui vous pouvez vous tourner pour des accompagnements, de la formation ou des conseils ponctuels.

Je vous remercie de votre attention.

**Mme PRAZNOCZY.** - Je suis la directrice de l'Observatoire National de l'Activité Physique et de la Sédentarité. Je tiens à remercier l'IREPS pour avoir donné ce cadrage méthodologique sur l'évaluation.

En premier lieu, je voudrais vous présenter les missions de l'ONAPS qui sont au nombre de 6 :



- L'observation en termes de recensement et d'analyse des données existantes sur l'activité physique et sportive et sur la sédentarité, pour établir des états des lieux par population et par territoire.
- Le suivi et l'évaluation des actions de lutte contre la sédentarité et la promotion de l'activité physique. C'est dans cette mission que s'insère ma présentation.
- La réalisation d'études en lien avec le monde de la recherche ou avec des partenariats publics comme des collectivités territoriales. Ces études peuvent porter sur des sujets peu connus sur l'activité physique et la sédentarité.
- L'approfondissement de tout ce qui est évolution et enjeu.
- La communication. Nous disposons d'un certain nombre d'outils dont un colloque annuel, une newsletter et différentes publications, un site internet, un compte twitter, etc.

Pour illustrer la question de l'évaluation des projets autour de la promotion de l'activité physique et de la lutte contre la sédentarité, je vais m'appuyer sur un projet soutenu par le Ministère des sports, via un appel à projets du CNDS qui tenait à promouvoir des actions de lutte contre l'obésité, l'inactivité physique et la sédentarité pour des jeunes de 12 à 25 ans en situation de surpoids. 13 projets ont été retenus et financés sur 3 ans, avec différents porteurs de projets issus du monde sportif :

- Des guides de sport adapté.
- Des comités régionaux sport pour tous.
- Un réseau sport santé bien-être.
- Un office municipal des sports, etc.

Et des projets différents dans leurs modalités.

L'appel à projets comportait une demande d'évaluation assez formalisée, avec des demandes en termes d'indicateurs sur la condition physique, les changements de comportement (les prises de licences suite aux actions), la santé, l'activité physique, la sédentarité, l'estime de soi, la motivation, etc. Et des bilans intermédiaires et un bilan définitif étaient demandés à tous les porteurs de projets.

Le Ministère a formulé la demande d'une évaluation globale de l'ensemble de ces projets sur 3 ans. Ainsi, il a été demandé à l'Observatoire de mener cette évaluation globale sur les actions et sur le processus d'évaluation porté par des structures et des projets différents, et répartis sur des territoires différents dont 2 projets à La Réunion.

La problématique de l'ONAPS a été d'être mis dans la boucle un peu tard. L'appel à projets avait eu lieu, les projets avaient été retenus ; d'une certaine manière, la plupart des porteurs de projets avaient déjà réfléchi à leur évaluation. Nous sommes donc arrivés pour proposer une évaluation globale.

Nous avons eu des entretiens avec le Ministère, le CNDS et les différents porteurs pour voir ce que nous pouvions proposer en tant qu'Observatoire et en termes d'évaluation. Nous sommes partis sur une batterie d'indicateurs assez classiques :

- Un indicateur de processus sur les ressources qu'il était prévu de mobiliser dans les projets et celles réellement mobilisées.
- Un indicateur sur les modes de recrutement des participants, sur le suivi des abandons.
- Un indicateur sur l'ambiance pendant les séances, les interactions et les moments de convivialité.



Nous avons retenu un certain nombre d'indicateurs de résultat, sachant que nous avons fait le tour des porteurs de projets et que nous avons regardé ce qu'ils avaient déjà prévu en termes d'indicateurs.

Nous sommes sur un projet d'enfants et d'adolescents en surpoids, donc nous avons retenu l'indicateur IMC, le tour de taille, la qualité de vie, l'estime de soi, la condition physique, l'activité physique, la sédentarité, la satisfaction, le taux de participation, le taux d'abandon, et le suivi de fin de projet qui est l'inscription à des activités physiques à la sortie de l'action.

En tant qu'Observatoire, nous avons proposé aux différentes structures des questionnaires. Elles avaient le choix de le prendre ou pas.

Sur la condition physique et sur les tests de condition physique, nous n'avons rien proposé parce que nous nous sommes rendu compte que toutes les structures avaient déjà l'habitude d'utiliser des tests et qu'il était compliqué de leur demander de les uniformiser.

Nous en sommes au bilan quantitatif de la première année sur les 13 projets. Un certain nombre de structures a connu des retards, ce qui fait que nous n'avons pas recueilli les données pour l'ensemble des projets. L'un d'entre eux avait un dispositif d'évaluation déjà très complet, avec l'université de Caen qui accompagnait l'évaluation, nous l'avons donc sorti de notre évaluation globale.

Au final, nous avons eu des remontées de données sur 7 projets concernant 276 enfants ou adolescents. En premier lieu, nous voyons des taux de participation et des taux d'abandon extrêmement différents d'un projet à l'autre.

- Le descriptif à l'inclusion

57 % de filles. Un âge moyen plus bas que prévu puisque nous sommes à 12 ans. Par contre, le fait d'avoir recueilli l'IMC permet de voir que nous sommes bien dans le public ciblé par les actions.

Je vais passer très vite sur les résultats parce que ce n'est pas le propos.

Nous retrouvons des choses assez classiques. Sur l'IMC, il ne faut pas s'attendre à avoir des résultats au bout de 6 mois d'action. Donc, les évolutions ne sont pas significatives. Par contre, nous pouvons constater des améliorations sur d'autres dimensions.

Je vous ai dit que, sur la condition physique, chaque porteur de projets avait ses propres tests, il était donc difficile de recueillir une analyse. Cependant, un test de souplesse était commun, ce qui a permis de faire une évaluation dans ce domaine. Et surtout, même avec peu d'effectif, ce qui est très sensible sur ce type d'actions, c'est tout ce qui concerne la santé mentale et l'estime de soi.

Il est intéressant de voir qu'avec des porteurs de projets disposant de leur propre dispositif d'évaluation, dont leur propre questionnaire, nous retrouvons les mêmes tendances, avec une amélioration de la qualité de vie, une amélioration de l'estime de soi.

Les bilans et les entretiens permettent d'obtenir un certain nombre d'informations. Donc, nous avons pu questionner sur le recrutement, sur les locaux, sur le partenariat, sur la motivation des parents et des enfants.

Je vais revenir sur l'évaluation que nous leur avons demandé de porter dans le cadre de cette évaluation globale, et sur le retour des structures par rapport à ce que nous leur avons demandé de mettre en place.



Il est un fait que les questionnaires constituent un long travail, difficile à concilier avec le temps dédié à l'activité physique et sportive. Il y a des lourdeurs, car à partir du moment où l'on veut recueillir des données quantitatives, il faut les saisir. Et il était nécessaire de faire une déclaration CNIL, ce dont ils n'étaient pas habitués. Nous les avons donc accompagnés.

Cela dit, malgré toutes ces difficultés pour les structures, elles ont trouvé un intérêt à l'évaluation et ont bien compris comment elles pouvaient valoriser leurs projets avec des données chiffrées. Elles sont financées pour 3 ans, ce qui constitue une grande chance, mais se pose toujours la question de la pérennisation des actions. Elles ont bien compris que cette évaluation allait leur permettre de présenter, à des potentiels financeurs, des résultats permettant éventuellement de déboucher sur des financements ultérieurs.

Tout cela a posé plein de questions. Nous avons une population cible d'enfants en surpoids, il fallait donc tenir compte de l'IMC. Mais qui prend la mesure et dans quel contexte ?

Ensuite, comment mesurer l'activité physique, la sédentarité ? Utilise-t-on des questionnaires validés. En tant qu'ONAPS, nous y étions favorables, parce que cela nous permet d'avoir des informations fiables sur l'activité physique et la sédentarité.

Les indicateurs relatifs à la qualité de vie et à l'estime de soi sont très intéressants et très sensibles, mais le recueil de ces données est assez long, avec des questions pas toujours faciles d'accès.

Quant au suivi des bénéficiaires, il est intéressant de savoir s'ils continuent ou pas de faire de l'activité physique. De nombreuses structures nous ont dit qu'elles aimeraient bien mettre en place ce type d'indicateur, mais qu'elles n'avaient pas les ressources humaines et que ce suivi n'était pas financé dans l'action.

Quelque chose nous a interpellés : à partir du moment où l'on veut recueillir des données personnelles, on est obligé de passer par la CNIL ; or nous sommes face à des structures qui n'ont pas l'habitude de faire des déclarations CNIL. Je rappelle que le règlement européen va durcir la responsabilité des personnes qui traitent les données. C'est donc vraiment un point de vigilance à avoir.

Et sur le traitement des données, qu'elles soient quantitatives ou qualitatives, il faut des compétences spécifiques.

L'évaluation doit être financée : si vous ne prévoyez pas 10 à 15 % du budget sur l'évaluation, il n'y en a pas.

Ensuite, l'évaluation doit être à la mesure des porteurs de projets : il faut que ceux-ci soient en capacité de recueillir les indicateurs et de les traiter.

Donc, il faut outiller et accompagner sur les questions d'évaluation, tout en tenant compte des spécificités des porteurs de projets, en termes de ressources disponibles, de compétence et d'éthique.

Un rapport d'évaluation intermédiaire pour cette première année devrait être publié en février 2017. Vous avez le nom du site internet, le contact de l'ONAPS et notre compte twitter.

Je vous remercie.

**M. COTART.** - Y a-t-il des questions concernant cette partie relative à l'évaluation, que ce soit sur le côté conceptuel ou sur l'élément pratique ?



**Nathalie PARIS.** - Je suis directrice de LADAPT, une association nationale qui a créé voici 20 ans la semaine pour l'emploi des handicapés. Nous sommes un peu atypiques dans cette assemblée, mais nous y trouvons beaucoup de plaisir.

Nous avons des secteurs enfants-adultes, et sanitaires et médicosociaux. Et nous nous sommes fait accompagner par l'IREPS sur cette question de l'évaluation. En effet, autant le « sanitaire » a l'habitude de faire des études scientifiques pour prouver que ses actions sont efficaces, autant le « médicosocial » est assez peu dans cette culture, même si nous faisons des choses intéressantes au quotidien.

J'ai été intéressé d'entendre le propos de la direction adjointe de l'ARS ce matin, qui prévoit dans le prochain plan de santé l'union entre le sanitaire, le médicosocial et la prévention santé. Le « médicosocial », qui est une petite goutte d'eau dans l'ARS, me semble un espace important sur le thème développé aujourd'hui, parce qu'il dispose de plus de temps que le « sanitaire » pour évaluer ce qu'il fait dans ce domaine de l'activité physique et de la santé.

Et aujourd'hui, j'ai appris l'importance de la question de la sédentarité. Nous allons intégrer cette notion dans nos pratiques.

Tout cela pour dire que le « médicosocial » me paraît un acteur important parce qu'il peut faire la socialisation de la santé, c'est-à-dire pas seulement être dans le soin, mais aussi dans le prendre soin et dans la socialisation et l'éducation à la santé sur des thèmes tels que l'activité physique et l'alimentation.

**Mme JACOB.** - Merci. Y a-t-il d'autres questions ?

J'ai envie de poser une question à Lucie PELOSSE pour lui demander quelle est la plus grande difficulté observée lors d'accompagnements à l'évaluation ? Et sur quoi faut-il avoir un point de vigilance ?

**Mme PELOSSE.** - Après plusieurs années d'accompagnement, la difficulté porte sur la première phase, celle consistant à réaliser que le projet n'est pas forcément construit avec méthode, que les intentions ne sont pas forcément très claires. Parfois, nous accompagnons des professionnels qui prennent des projets en cours de route, qui ne sont pas de leur initiative, et il y a finalement une sorte de dilution du sens du projet. Une des vertus de l'évaluation est de re-questionner les raisons pour lesquelles on mène ce projet, quels effets on en attend.

C'est la phase de difficulté initiale que j'ai pu constater : redéfinir les objectifs, ses intentions, avec un cadre de référence qui est la promotion de la santé.

**Mme JACOB.** - S'il n'y a pas d'autres questions, nous allons donner la parole à M. PARODI pour clôturer cette journée.



## SYNTHESE ET CONCLUSION

**M. PARODI.** - Il me revient la charge de conclure cette journée. C'est compliqué car le programme a été riche, et l'essentiel a été dit. Donc, mes propos vont sembler assez banaux.

Tout d'abord, je voudrais remercier tous ceux qui ont contribué à organiser cette rencontre régionale. Et si j'en juge par le volume et la qualité des participants, je me dis que nous avons eu raison de prendre cette initiative de vous réunir à Saint-Etienne.

Ce sujet du sport santé bien-être s'inscrit de plus en plus dans la réalité. Nous avons pris conscience dans notre pays et ailleurs qu'en matière de santé, le progrès technique médical, qu'il soit de l'imagerie, de la biochimie, de la biologie ou des techniques médicales, a ses limites et qu'il faut avoir des démarches moins invasives pour relever le niveau de santé de notre population.

Le deuxième constat est que le vieillissement de notre population, l'installation mécanique du volume des maladies chroniques invalidantes ou pas, exige d'avoir une autre démarche sur les questions de santé que la démarche curative. Or, notre pays est marqué par le soin de manière historique.

Ces démarches permettent aussi de faire des citoyens des acteurs de leur propre santé. Et passer du curatif au préventif est la meilleure façon de faire du citoyen l'acteur de sa santé. Nous le voyons au travers de l'éducation thérapeutique qui consiste à aider les gens à se prendre en charge selon un accompagnement qui se dilue dans le temps, à être acteurs dans l'activité sportive, acteurs dans un club et acteurs aussi dans leur façon de s'alimenter et de bouger.

La réponse n'est pas univoque, elle est obligatoirement pluridisciplinaire, et tout ce qui a été dit aujourd'hui le démontre.

La démarche est obligatoirement personnalisée, parce que dans un groupe de pathologies, il y a autant de cas particuliers que d'individus. Et il convient, en fonction de leur réalité de vie, quelle soit physiologique, sociale ou culturelle, de construire un parcours qui se solidifie dans le temps ; d'installer l'activité physique et sportive régulière dans le quotidien de vie des personnes ; de stabiliser l'état psychique, physique, voire l'améliorer. Et venant du secteur de la santé -puisque j'étais directeur de la santé avant d'être directeur des sports- je peux vous assurer que parler du sport santé paraissait totalement exotique voici quelques années, mais le sujet est devenu de plus en plus visible. Et je mesure depuis 7 ans le chemin parcouru, et tout particulièrement depuis 5 ans.

Il faut rendre hommage à Mme FOURNEYRON qui, avec sa double casquette de Ministre des sports et de médecin, a fait progresser le sujet plus qu'il n'aurait progressé s'il y avait eu à sa place un sportif classique -je ne cite personne parmi ceux qui l'ont précédé.

Quelles orientations à terme ?

Sur ce sujet, je pense qu'il faut viser la construction et la consolidation des réseaux de professionnels dans une démarche pluridisciplinaire. Cela va de soi parce que c'est dans la pluridisciplinarité qu'on trouvera la bonne réponse. Et consolider ces réseaux sur des territoires d'action.



Nous avons désormais une Région vaste, j'en témoigne. Connaissant assez bien le sujet des réseaux de santé, nous avons progressé lorsque les pouvoirs publics ont décidé d'identifier des financements de la coordination des réseaux de santé.

La deuxième orientation porte sur la formation des professionnels des différents secteurs d'activités concernés, que ce soit dans le soin, la cure, en psychiatrie ou dans les disciplines somatiques, dans le sport ou l'accompagnement social. Nous avons aussi des pathologies qui sont souvent des marqueurs sociaux, comme le surpoids, l'obésité, la sédentarité ; de même que nous avons vu que le fait de ne pas savoir nager était un marqueur social, c'est-à-dire qu'il marque les catégories socioprofessionnelles les plus défavorisées. Donc, dans cette pluridisciplinarité bien agencée, nous avons pu ouvrir le spectre de l'action jusqu'à l'accompagnement social et culturel.

Et nous devons continuer à améliorer la visibilité de ce sujet. C'est un sujet invisible, qui intéresse moyennement les élus parce que cela ne s'inaugure pas, c'est de l'immatériel. Cependant, il touche à la réalité des gens. Donc, il faut continuer à rendre ce sujet visible à travers les publications, qu'elles soient d'ordre scientifique, médical, ou dans les revues spécialisées en matière de sport et de social ; dans l'organisation de ce type de rencontres ; mais également dans les échanges de bonnes pratiques.

Je pense que, sur ce sujet, l'avenir est radieux parce que nous savons que c'est par des méthodes non invasives et par des méthodes alternatives à la cure et au soin que nous améliorerons l'état de santé ; en portant un regard attentif sur les populations éloignées de l'activité physique, qui sont souvent également éloignées des soins et des pratiques de prévention. Cela concerne tout ce que vous faites autour de l'éducation à la santé, domaine que je connais bien et qui me passionne. Lorsque j'étais en poste à la santé, j'avais du mal à supporter le discours des médecins, par contre j'ai toujours aimé le discours de ceux qui font la prévention. Malheureusement, en termes de financement, on fait l'inverse : c'est le financement du soin qui l'emporte parce qu'il y a des progrès techniques à accompagner, et c'est une bonne chose.

Et lorsque nous nous comparons à certains pays d'Europe du Nord, nous constatons que le dépistage du cancer du sein chez les Suédois coûte deux fois moins cher et le taux de couverture est de l'ordre de 99 %, alors que notre plafond de verre se situe à 50 % ; et il n'est pas interdit de penser que nous touchons des femmes qui auraient de toute façon fait une mammographie, dépistage organisé ou pas.

Donc, nous avons un vrai sujet pour aller chercher les personnes les plus éloignées des dispositifs, lesquelles ont en général des pluri-pathologies, avec des combinaisons de pathologies psychiques et somatiques. Et il y a une prévalence de surpoids dans la population handicapée moteur -ce qui peut se comprendre- et psychique -ce qui se comprend moins. Des progrès ont été faits qui restent à faire prospérer.

Je vous remercie de votre attention et de votre participation, car le succès c'est votre présence.

**Pr DUCLOS.** - La journée a commencé par le rôle des politiques publiques, avec la loi du 24 décembre qui a initié pas mal de choses sur le sport santé, en tout cas au niveau officiel.

Dans la grande Région Auvergne-Rhône-Alpes, il existait des choses de chaque côté, et nous nous demandions comment joindre les deux actions. En fait, nous avons constaté que la diversité existait, mais que ce regroupement des différents acteurs apportait de nombreuses idées variées, ce qui est très enrichissant et très stimulant.

Les mots clés sont la coordination et le travail ensemble. Nous sommes tous concernés, que ce soient les médecins, les paramédicaux et les professionnels du sport ; et le rôle des collectivités locales est à présent bien compris. Ce ne sont pas que des financeurs, ce



sont vraiment des acteurs, donc arrêtons les querelles, même si elles ne viennent pas des acteurs, mais plutôt de ceux qui n'agissent pas et qui cherchent à trouver un rôle important.

Nous avons parlé du rôle des réseaux, et une jeune responsable de fédération pense qu'une fois que les réseaux sont identifiés, on a tout résolu. Non. Si c'était aussi simple, tout le monde ferait de l'activité physique car cela fait longtemps que nous avons identifié l'importance des réseaux. Une population va répondre, et il y a toujours ceux pour lesquels cela ne fonctionne pas. Il y a les 50 % que nous parviendrons à mobiliser, et il reste tout ceux pour lesquels il faut réfléchir à autre chose. Nous avons encore plein de choses à imaginer, c'est le travail de tous.

Nous devons être beaucoup plus lisibles parce que c'est du travail en sous-main. Nous ne faisons pas beaucoup de bruit, mais nous sommes efficaces.

Je vous remercie.

**M. COTART.** - Merci à tous et bon retour. Je tiens à remercier publiquement Isabelle JACOB de l'IREPS qui a organisé cette belle journée.



# POSTERS



# Influence de l'activité physique sur le sommeil, l'estime de soi et la qualité de vie de publics en situation de précarité

## Contexte

Les comportements sédentaires et inactifs ont tendance à se révéler davantage chez les publics en situation de précarité. De plus, ces personnes sont caractérisées par une faible estime d'eux-mêmes, une mauvaise qualité de vie ainsi que des difficultés au niveau du sommeil.

## Publics

Les jeunes des Missions locales (16-25 ans)

Les adultes en situation de précarité identifiés par le Centre Communal d'Action Sociale

## Objectifs

Promouvoir l'activité physique comme facteur de prévention d'hygiène et de santé publique, de socialisation, de développement personnel, d'estime de soi et de remise en mouvement progressive par un travail de groupe mettant l'individu en situation d'autonomie, de confiance et d'échange.

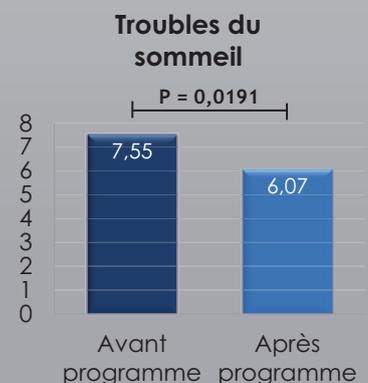
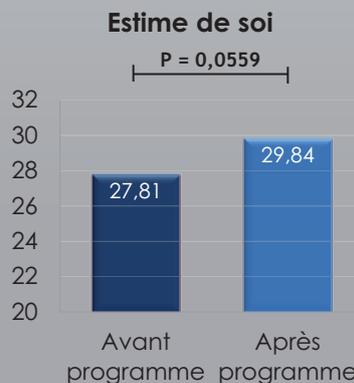
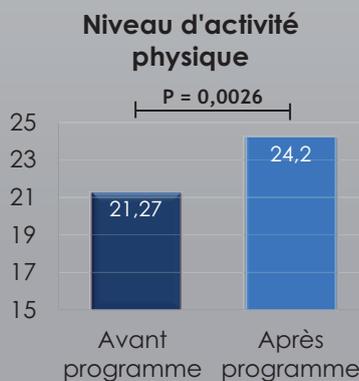
## Etapes du programme



## Résultats

Analyse statistique sur un effectif de 31 personnes

Amélioration significative du niveau d'activité physique, de l'estime de soi et de la qualité du sommeil





# Education Thérapeutique du Patient par l'Activité Physique : du patient au pratiquant

## Contexte

Le manque de confiance en soi, les comportements sédentaires, l'inactivité physique, la peur d'intégrer les structures sportives sont des freins à la pratique constatés chez les patients présentant des troubles métaboliques.

## Programme

Le programme d'Education Thérapeutique par l'Activité Physique du Pôle Médical Sportif a pour objectif général d'accompagner ces patients vers leur nouveau statut de pratiquant. Cet accompagnement permet de concrétiser dans la vie de tous les jours des changements de comportements en termes d'activité physique (domestique, sportive et de loisirs). Encadré par des professionnels de l'APAS\*, il permet une reprise d'activité physique de manière sécurisée, adaptée, progressive et individualisée.

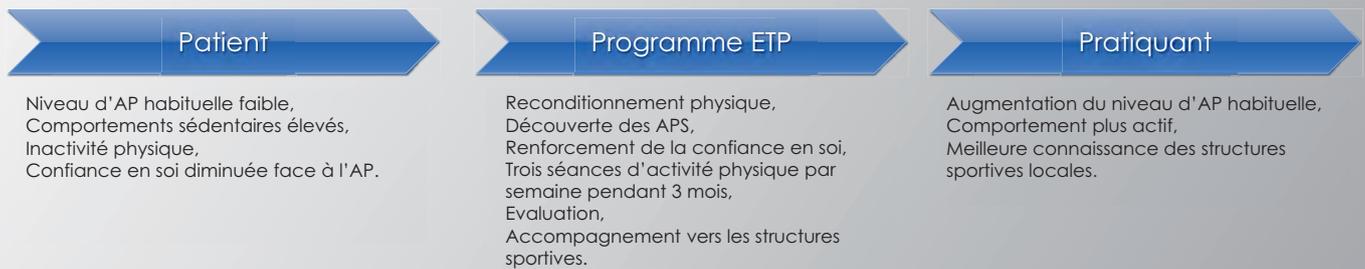
## Objectif opérationnel

L'objectif opérationnel est de proposer une offre d'APS\*\* multidisciplinaire en s'appuyant sur le service formation du CREPS Vichy Auvergne. En intervenant sur les formations, les éducateurs APAS amènent leurs compétences dans le champ de la santé aux stagiaires de la formation professionnelle. Les stagiaires, dans le cadre de situations d'animation pédagogique à destination des patients, permettent de faire évoluer l'activité physique adaptée à la santé en "sport - santé".

\* APAS : Activité Physique Adaptée et Santé

\*\*APS : Activité physique et Sportive

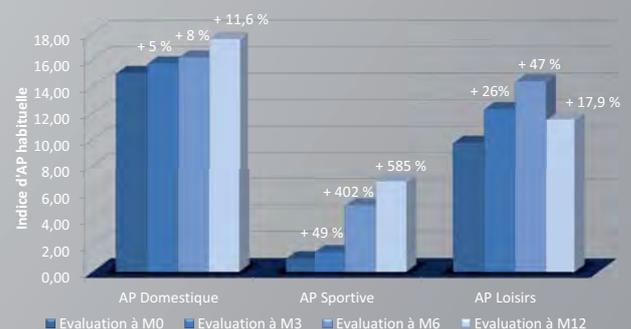
## Parcours du patient



## Etapes de la mise en place des APS

- 1/ Les APAS interviennent sur les formations dispensées au CREPS afin de sensibiliser les stagiaires de la formation professionnelle à l'accueil d'un public présentant des troubles métaboliques équilibrés.
- 2/ Travail conjoint entre les APAS et les stagiaires sur la préparation de séances pédagogiques à destination des publics. Les stagiaires apportent l'aspect technique et spécifique de leur discipline sous la responsabilité des APAS.
- 3/ Mise en situation pédagogique auprès des publics présentant des troubles métaboliques avec la présence systématique d'un APAS.

## Evolution du niveau d'AP habituelle



## Pour info...

Cette présentation met en évidence l'évolution du niveau d'activité physique grâce à l'impact d'un programme multidisciplinaire encadré par différents professionnels de l'activité physique. Afin d'analyser scientifiquement les effets de ce programme d'ETP, une évaluation plus exhaustive est mise en place concernant la qualité de vie, les capacités neuro psychologiques ainsi que la condition physique (anthropométrie, endurance, équilibre, force, souplesse).

Contact : Anne-Sophie JOSEPH, chargée de mission sport-santé et l'équipe du Pôle Médical Sportif

CREPS Vichy Auvergne - 2 route de Charmeil, BP 40013 - 03321 Bellerive-sur-Allier CEDEX / Secrétariat PMS : 04 70 59 53 39 – pms@creps-vichy.sports.gouv.fr

Sophie JUGLAIR<sup>1</sup>, Laurence MATHIEU<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Enseignante en APA service endocrinologie, <sup>2</sup>Infirmière Coordinatrice UTEP



## INTRODUCTION

L'activité physique adaptée (APA) intervient dans deux programmes d'éducation thérapeutique pour les patients atteints de diabète et souffrant d'Obésité du CHMS\*. Son action vient en complément des mesures hygiéno-diététiques abordées par les différents intervenants du service : infirmier, aide-soignant, psychologue, diététicien, médecin.

## PUBLIC

Personnes atteintes de Diabète et souffrant d'obésité, inactives physique et sédentaires.

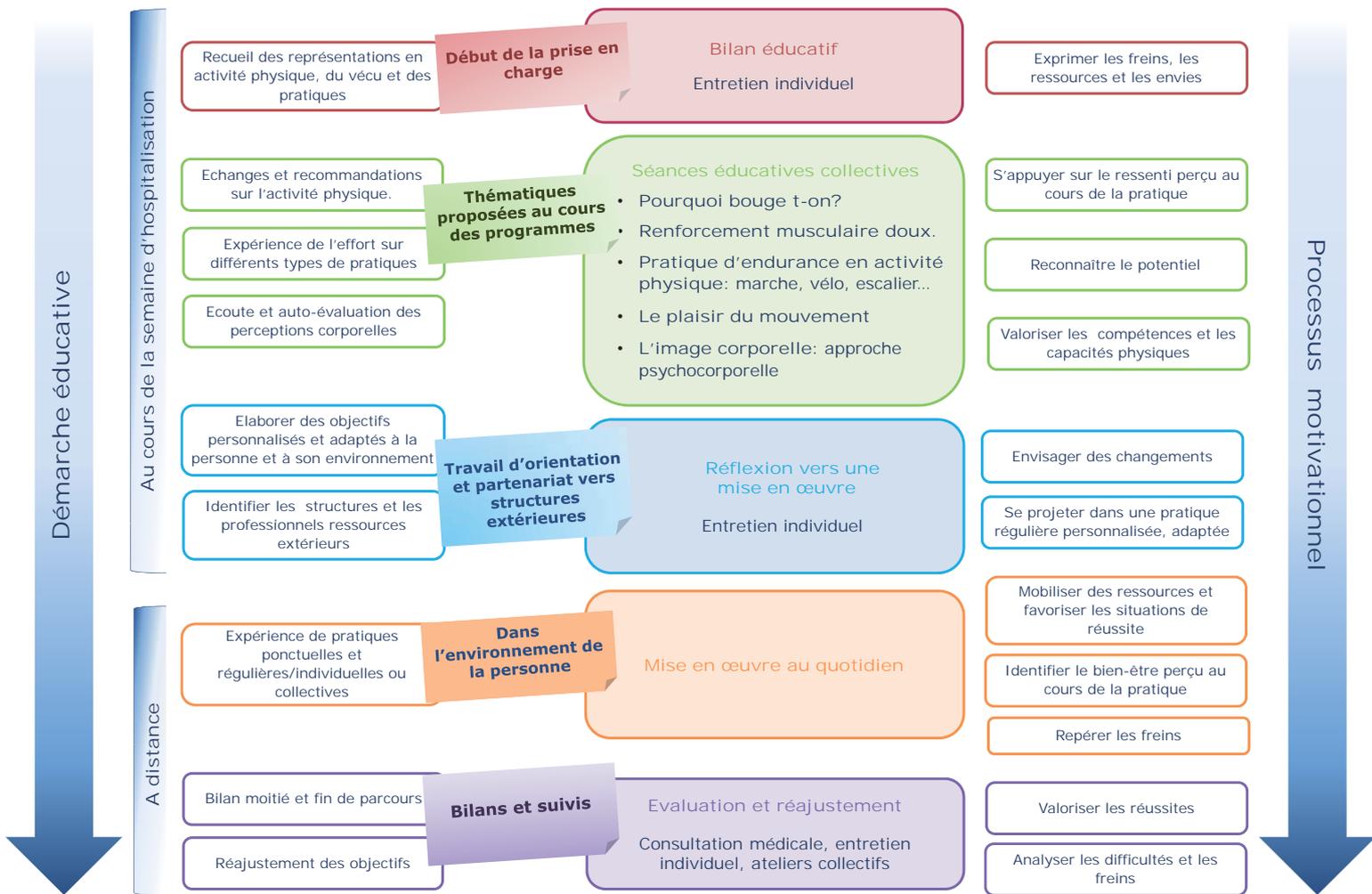
## OBJECTIFS



Permettre la mise en place ou le maintien d'une pratique régulière au travers des activités physiques de « vie quotidienne » et de « loisirs sportifs ».

- ↘ Sédentarité
- ↘ Intolérance à l'effort
- ↘ Risques cardio-vasculaire et métabolique
- ↗ Composition corporelle
- ↗ Estime de soi et image corporelle
- ↗ Plaisir du mouvement

## DEMARCHE PROPOSEE



## EFFETS CONSTATES

- Etude de l'évolution de la qualité de vie des patients Obèses, Thèse 2015, Delphine Martin.
- Evaluation qualitative: témoignages de patients, comptes rendus des partenaires.

## PERSPECTIVES

- Ouvrir sur des groupes externes de réentraînement à l'effort.
- Intégrer l'APA dans le secteur d'hospitalisation conventionnelle.
- Elargir l'offre en APA aux autres programmes d'éducation thérapeutique du service.

Remerciements: Equipe du service ENDOCRINOLOGIE, GEROM73, Mme Legros cadre de rééducation.



# « Nudges » en faveur de l'activité physique (AP) et contre la sédentarité dans la population étudiante.

B. Chabanas, E. Born, A. Perreve, L. Gerbaud  
Service de Santé Universitaire – Université Clermont Auvergne & Associés



Les étudiants, c'est :

- une probabilité plus faible que les personnes qui travaillent de pratiquer une AP favorable à la santé (Baromètre Santé Nutrition – BSN 2008)
- la moitié ne pratiquant pas d'AP régulière d'intensité modérée à vigoureuse (Enquête nationale ENSE4, 2016)
- un temps de sédentarité double de la moyenne nationale (Université 2015 et BSN 2008)
- 15% en surcharge pondérale (Enquête nationale ADSSU, 2013) et une perception de l'état de santé se dégradant au cours des études (ENSE4, 2016)

**A**

## • L'usage des escaliers

Un exemple typique d'activité du quotidien contribuant à l'accumulation d'AP au cours de la journée, avec des effets bénéfiques sur la santé démontrés [1].

## • Objectif et public visé

Augmenter l'usage des escaliers chez les étudiants de l'Université Clermont Auvergne & associés (environ 35 000 étudiants en 2015-2016), et secondairement, pour le personnel et autres professionnels des sites.

## • Le nudge

*Coup de pouce simple et peu coûteux qui (re)définit une architecture des choix pour aider les individus à prendre de meilleures décisions en leur laissant la liberté de choisir.*

Plusieurs formes de nudges possibles pour augmenter l'usage des escaliers : poster/affiche, marches décorées, fléchage au sol, etc. L'affichage de messages motivationnels à proximité des escaliers et ascenseurs (les « points de décision ») est un nudge peu coûteux, à l'efficacité démontrée sur l'usage des escaliers [2,3] et sur l'amélioration de l'état de santé [4]. Importance de la localisation et de la visibilité ; impact augmenté par une signalisation des escaliers.

## • Matériel

Réalisation en interne de deux affiches adhésives :

- 2 formats → long avec bénéfices chiffrés estimés sur : santé/temps/développement durable (souhaits d'étudiants interrogés en amont) ; court sans les chiffres.
- Budget : environ 50€ pour une centaine de stickers.

## • Mise en place de l'action

**1<sup>ère</sup> phase** : affichage dans les Facultés de Droit, Lettres, Médecine et Pharmacie, et au CROUS.

**2<sup>ème</sup> phase** : extension à l'ensemble des structures recevant des étudiants et disposant d'escaliers et d'ascenseurs.



Mise en place aux facultés de Médecine et Pharmacie de Clermont-Ferrand, Décembre 2016

## • Evaluation

Etudes de séries temporelles interrompues :

- 1) Nombre de démarrages des ascenseurs (compteur) avant et après la mise en place (à 6 mois et 1 an). Groupe contrôle : établissements non inclus dans la 1<sup>ère</sup> phase.
- 2) Usage déclaratif des escaliers par les étudiants (enquête longitudinale sur l'activité physique Onaps-SSU), avant et après la mise en place (à 6 mois et 1 an).

 1,7 kcal dépensées pour 10 marches montées

Temps d'attente = 0 sec   
Arrêts non souhaités = 0

 5 minutes d'escaliers = 10 minutes de footing

0.3-0.6 kg/j d'émission de Co2 en moins 

 Renforce ton coeur, tes muscles et tes os

1,1 kcal dépensées pour 20 marches descendues 

i Estimations variables selon le poids de l'individu, la vitesse de marche, la hauteur des marches, le niveau d'usage habituel de l'ascenseur et d'autres facteurs. Le seul fait certain : les escaliers te feront du bien.



**Brûle des calories, pas de l'électricité**

**Prends les escaliers**



**B**

**#EASY#HEALTHY  
#CLERMONTCITY**

**1**  Je prends les escaliers, en marche pour ma santé !

**2**  Je me déplace à vélo ou à pied, de l'exercice qui compte !

**3**  Je m'inscris au SUAPS, débutant ou confirmé !

**4**  Je randonne et pique-nique entre amis dans les Volcans

**5**  Je bois de l'eau, j'évite les sodas et les jus de fruits

**6**  Je cuisine bon et bien avec les SSUpers paniers étudiants ?

1 : Service Universitaire des Activités Physiques et Sportives  
\*\*\* spous.clermont-universite.fr  
2 : Service de Santé Universitaire, Manger RUSé  
\*\*\* sante.clermont-universite.fr

→ Flyer/affiche, numérique et papier, de six conseils : Simples, brefs, iconographiés, titrés par des hashtags ;

En faveur de la mobilité durant les temps de déplacements inhérents à la vie étudiante **1 2** (dans les établissements, durant les transports) ;

Intégrés au territoire et à son offre de services étudiants **3 4 6** ;

Contre l'isolement au profit du lien social : des activités sportives collectives **3**, des sorties à plusieurs **4**, des repas cuisinés **6** et donc plus souvent partagés ;

Ciblant les choix de consommation alimentaire prioritaires en terme de santé publique : contre les boissons sucrées\* **5** [5,6] et pour l'apport en fruits et légumes **6** ;

→ Publié dans les agendas étudiants de l'Université Blaise Pascal 2016-17, sur les réseaux sociaux, flyers distribués aux étudiants (SSU, actions de prévention, présentoirs des UFR, etc.).

\*Image « vertueuse » des jus de fruits répandue dans la population jeune. Les dernières études montrent pourtant un effet métabolique délétère équivalent à celui des autres boissons sucrées (et inverse aux fruits entiers) [7], avec certaines données incluant les 100% fruits [8,9].

Références :

- [1] Boreham, C. A., Wallace, W. F. & Nevill, A. Training effects of accumulated daily stair-climbing exercise in previously sedentary young women. *Prev Med* 30, 277–281 (2000).
- [2] Bellicha, A. et al. Stair-use interventions in workites and public settings – A systematic review of effectiveness and external validity. *Preventive Medicine* 70, 3–13 (2015).
- [3] Bellicha, A. et al. A multistage controlled intervention to increase stair climbing at work: effectiveness and process evaluation. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 13, 47 (2016).
- [4] Meyer, P. et al. Stairs instead of elevators at workplace: cardioprotective effects of a pragmatic intervention. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 17, 569–575 (2010).
- [5] Vartanian, L. R., Schwartz, M. B. & Brownell, K. D. Effects of Soft Drink Consumption on Nutrition and Health: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Am J Public Health* 97, 667–675 (2007).
- [6] Malik, V. S., Popkin, B. M., Bray, G. A., Després, J.-P. & Hu, F. B. Sugar-Sweetened Beverages, Obesity, Type 2 Diabetes Mellitus, and Cardiovascular Disease Risk. *Circulation* 121, 1356–1364 (2010).
- [7] Muraki, I. et al. Fruit consumption and risk of type 2 diabetes: results from three prospective longitudinal cohort studies. *BMJ* 347, f5001 (2013).
- [8] Wang, Y. C., Bleich, S. N. & Gortmaker, S. L. Increasing Caloric Contribution From Sugar-Sweetened Beverages and 100% Fruit Juices Among US Children and Adolescents, 1988–2004. *Pediatrics* 121, 1604–1614 (2008).
- [9] Wojcicki, J. M. & Heyman, M. B. Reducing Childhood Obesity by Eliminating 100% Fruit Juice. *Am J Public Health* 102, 1630–1633 (2012).

Partenaires :



# ACTIVITE PHYSIQUE ET SPORTIVE CHEZ L'ENFANT OBESE

## PERTINENCE D'UNE APPROCHE TERRITORIALISEE

### REPERES :

- ◆ **Obésité pédiatrique : un problème plurifactoriel complexe. Une prise en charge impliquant des changements familiaux d'habitude de vie.**
- ◆ **Augmenter le niveau d'activité physique de l'enfant et de sa famille : un axe fort de la prise en charge.**

AE	<b>Accompagnement en activité physique</b>
Recommandations HAS sept 2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'objectif est d'augmenter l'activité physique et de réduire la sédentarité</li> <li>• Il est recommandé de parvenir à cumuler plus de 60 minutes d'activité physique quotidienne modérée à intense</li> <li>• Il est recommandé de limiter les comportements sédentaires, notamment les temps d'écran à visée récréative</li> </ul>

Réseau de Prévention et de Prise en Charge de l'obésité Pédiatrique en Isère



- Prise en charge de 2<sup>ème</sup> recours
- Pluri-professionnelle et libérale -médecin, diététicien, psychologue-
- De proximité, coordonnée,
- Accessible à tous (dégagements tarifaires)
- Soutenue (accompagnement téléphonique des familles)
- Aide à la pratique physique et sportive
- A vocation départementale

### DES RECOMMANDATIONS SOUVENT CONNUES DES FAMILLES...

### ... MAIS SAVOIR N'EST PAS POUVOIR !



#### IDENTIFIER LES FREINS A LA PRATIQUE CHEZ L'ENFANT OBESE :

- Sédentarité parentale,
- Difficultés éducatives,
- Freins culturels,
- Accessibilité géographique et financière,
- Freins psychologiques (expériences de moqueries, phénomènes d'exclusion ...)
- Difficultés physiques (ostéo-articulaire, désadaptation à l'effort...)



#### POUR DEVELOPPER DES ENVIRONNEMENTS FAVORABLES :

- L'Education Thérapeutique du Patient (ETP) :  
→ Pour entendre les freins, cheminer avec la famille, orienter...
- Des liens entre les professionnels du secteur de la santé, de l'éducation, du sport :  
→ Vers une cohérence des postures et des discours
- Offre d'Activité Physique Adaptée :  
→ Un lieu, un temps, sécurisé, pour reprendre confiance, se faire plaisir, sans souffrance, adaptée à ses capacités, sans crainte du regard de l'autre...  
Articulée avec le « sport pour tous »
- L'expérimentation seul ou en famille : « et si on essayait ? »
- Des coûts et des lieux compatibles avec la vie des familles

### LA PERTINENCE D'UNE APPROCHE TERRITORIALISEE

Au plus près des besoins des familles et des ressources et dynamiques locales ...

#### SUD GRESIVAUDAN

##### Dynamiques locales :

- Une mobilisation ancienne de la communauté de communes autour de la thématique nutrition : « Réseau Nutrition Sud Grésivaudan »
- Un partenariat Maison Des Familles / RéPPOP38 : expertise thématique et connaissance de la population

##### Opportunités :

Appel à projet de l'ARS sur les quartiers Politiques de la Ville et communes classées défavorablement

→ **L'Activité physique : un des axes d'une action de promotion de la santé en lien avec une Communauté de Communes**

- Financement ARS 2016 et 2017 -

> fin 2015

#### AGGLOMERATION GRENOBLOISE

##### Des dynamiques locales :

- Des politiques publiques fortes sur les déplacements doux, la valorisation des espaces naturels de proximité
- Des ASV, des contrats locaux de santé (axe nutrition, obésité infantile)
- Des clubs mobilisés autour du « sport santé » en attente de liens avec le « soin »
- Des associations engagées dans la lutte contre les discriminations, l'accès au sport pour tous, ou dans des actions solidaires d'aide à l'enfance
- Une plateforme Sport santé du CDOS38 en cours de mise en place
- Des offres de prise en charge « obésité pédiatrique » multiples

##### Opportunités :

Appel à projet de l'Etat « soutien à la pratique sportive et aux actions citoyennes dans les quartiers prioritaires » (projet non retenu)  
→ Demande en cours pour un financement Politique de la Ville

→ « **Boug'Pop** » : offre plurielle d'activité physique, coordonnée, « lisible », favorisant l'expérimentation, articulée avec le sport tout public  
- Multi-financement -

#### NORD ISERE

##### Des dynamiques locales :

- Contrat Local de Santé de la ville de Bourgoin Jallieu : axe obésité et diabète
- Atelier Santé Ville (ASV) de la Communauté d'Agglomération Portes de l'Isère (CAPI)
- Consultation Spécialisée obésité pédiatrique au CH de Bourgoin : demande d'une Activité Physique Adaptée
- Partenariat ancien Service Communal Hygiène santé – Ligue Sport Adaptée Rhône Alpes – RéPPOP38

→ **Un créneau spécifique Activité Physique en piscine accessible aux enfants porteurs de handicap, articulé avec le soin**  
- Financement : Ville de Bourgoin, CAPI, Familles -

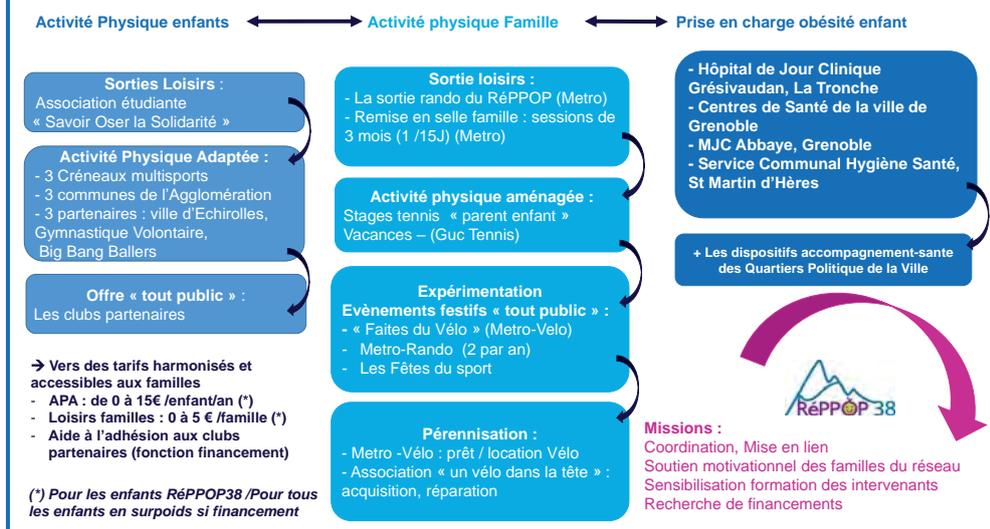


#### Et sur l'ensemble du département :

D'autres créneaux spécifiques en piscine : La Côte Saint André et Saint Marcellin (partenariat avec les Communautés de Communes)

Des dynamiques similaires mais singulières sur Vienne (partenariat Ville), le pays Voironnais (partenariat Communauté de Communes), et la Tour du Pin (partenariat Conseil Départemental)

Suite bilan expérimentations 2015-2016 > septembre 2016



# L'aquagym : Un sport adapté pour les patients hémophiles



Sylvia Brandelong, Infirmière formée APA; Violaine Favre, Kinésithérapeute;  
Valérie Gay, Médecin Service Hémophilie. CH Chambéry.

## INTRODUCTION



L'hémophilie est une maladie hémorragique héréditaire. Les traitements ont beaucoup évolué et permettent maintenant de prévenir les arthropathies résultant des saignements articulaires.

Les seniors ont eu accès tardivement au traitement ce qui explique les dégâts articulaires avec nécessité de pose de prothèse.

Retrouver une certaine mobilité articulaire à travers la pratique d'une activité physique n'était pas une évidence puisque ceci leur était contre-indiqué dans leur enfance.

C'est pourquoi nous leur proposons une activité physique adaptée, encadrée par les professionnels du service d'hémophilie, leur permettant d'oser reprendre ou augmenter leur activité physique.

## METHODES

Séances hebdomadaires avec  
1h de pratique  
À la Piscine d'agglomération de Chambéry  
Encadrées, en alternance, par la  
kinésithérapeute et l'infirmière formée APA du  
service hémophilie

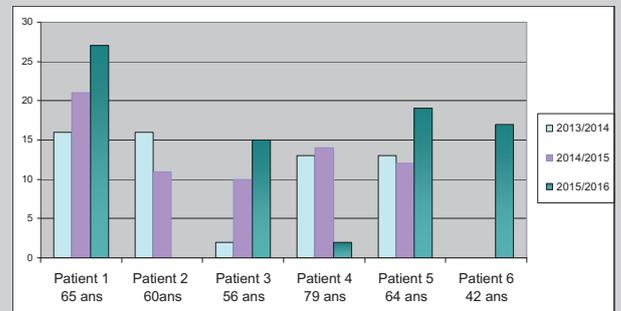


Figure 1 : Nombre de séances réalisées par participants

## RESULTATS

Pratique d'activité physique	Avant	Maintenant
<b>Patient 1</b>	Pratique décroissante accidents hémorragiques fréquents traitement à la demande	Pratique croissante accidents hémorragiques diminués prophylaxie instaurée
<b>Patient 2</b>	Pratique exclusive voile	Pratique diversifiée aérobie en endurance.
<b>Patient 3</b>	Pas d'activité	Assiduité à l'aquagym
<b>Patient 5</b>	Pratique régulière en milieu ordinaire	Confort accru dans ses pratiques
<b>Patient 6</b>	Pratique régulière	Pratique plus adaptée

N.B: le patient 4 n'a pas pu être évalué; le patient 2 a intégré un club de valide en 2015.

Résultats d'évaluation patients			
	Patients aggravés	Patients maintenus	Patients améliorés
FATIGUE		2	2
DOULEUR	1	3	2
HUMEUR		2	2



« Il faut continuer pour nous maintenir en forme. Venez bouger dans l'eau! »

« Ca me fait du bien moralement »

« Bienfait sur mon diabète et sur mes articulations »

## CONCLUSION

**Point de vue des soignants:** l'activité est tout à fait adaptée comme l'atteste la fréquence hebdomadaire réclamée et l'assiduité renforcée. Pour nous, soignants, c'est un moment privilégié. Nous remarquons que les patients connaissent mieux leur corps, ce qui leur permet de mieux adhérer au traitement. L'eau leur offre la possibilité d'oser des mouvements qu'ils ne peuvent reproduire en dehors.

**Perspectives:** Intégrer d'autres patients inscrits dans des programmes d'éducation thérapeutique (ETP) de l'établissement.

### Partenaires :

Piscine d'agglomération de Chambéry  
Association de cancérologie du Centre hospitalier  
Association Française des Hémophiles de Savoie  
Centre Hospitalier Métropole Savoie

**Remerciements** à Mmes Francony et Secherresse, cadres supérieurs et Mmes Niau et Legros, cadres, pour leur aide à l'aboutissement de ce projet.

# EN MOUVEMENT POUR LA SANTÉ

## Le Sport Santé en Ardèche – Expérimentation

### Ardèche Olympique (CDOS 07)

#### Une spécificité territoriale

Une population vieillissante (un quart des Ardéchois a plus de 60 ans), dans un département rural !  
 Une activité physique et sportive bien présente : 1000 clubs - 80 000 licenciés, soit un quart de la population !  
 Malgré les bénéfices cognitifs, sociaux, physiques, affectifs ou encore motivationnels de la pratique d'une activité physique (Almeida et al., 2014 ; INSERM, 2014 ; Podewils et al., 2005), plus de la moitié des séniors ardéchois ne pratique pas une activité de manière régulière (L'Observatoire départemental du sport - chiffres clés 2013).  
 — Offre physique et sportive non adaptée !



#### Une volonté commune

Dans le cadre de ses missions de développement et promotion du sport en lien avec les comités sportifs, les clubs et partenaires institutionnels, Ardèche Olympique a mis en place le programme « En mouvement pour la santé », en partenariat avec l'Espace Santé Ardèche et la ville d'Aubenas.

Nos ambitions sont :

- Favoriser la pratique d'activités physiques et/ou sportives pour le plus grand nombre, afin de contribuer au maintien, voire à l'amélioration de l'état de santé ;
- Mettre en relation les associations sportives désireuses de développer de nouvelles offres de pratique, avec le public concerné.

#### Un démarrage sur les chapeaux de roues

Une première journée de découverte multisports est alors organisée le 29 octobre 2015 avec la participation de 3 associations sportives :

- 3 ateliers ludiques de 45 minutes pour découvrir la gymnastique, le volley-ball et l'escrime artistique
- 20 participants - 15 femmes / 5 hommes - âge moyen 66 ans

— Comment rendre cette pratique pérenne ?

Vers la mise en place d'un programme trimestriel, sur 10 séances...

**GRATUITE**

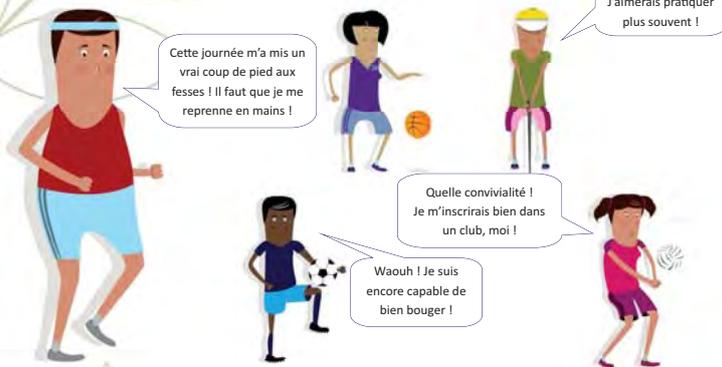
Journée Découverte Multisports

**10 séances - 1 coût unique : 30 €/activité**

10 séances - 1h hebdo. en club  
GYM

10 séances - 1h hebdo. en club  
VOLLEY

10 séances - 1h hebdo. en club  
ESCRIME



#### Un bilan positif

- Journée multisport : 16 participants
- Créneaux sport santé mis en place : 8 adhésions
- Créneaux loisirs des associations : 2 adhésions
- Cours d'activité physique adaptée : 2 adhésions
- 75% des participants à la 1<sup>ère</sup> journée ont démarré une activité régulière
- Satisfaction générale des participants et des dirigeants associatifs

#### Une attention particulière

- Sur la volonté des participants en termes d'engagements financier et dans l'activité ;
- Sur la volonté des clubs sportifs à s'investir dans le sport santé : création et animation d'un réseau et d'actions ciblées.

#### Le tout, en lien avec la Charte d'Ottawa

##### Acquérir des aptitudes individuelles :

- Permettre une pratique régulière, adaptée et encadrée pour appréhender la pratique sportive comme vecteur de santé et bien-être ;
- Agir sur les problématiques liées à :
  - la perte d'autonomie des personnes avançant en âge ;
  - l'aggravation et la récurrence chez les personnes vivant avec une maladie chronique ;

via les **thérapeutiques non médicamenteuses**.

##### Renforcer l'action communautaire :

- Favoriser l'engagement, l'insertion et le lien social des séniors ardéchois ;
- Développer les offres de pratique en répondant aux besoins du territoire et en s'appuyant sur les structures existantes ;
- Animer un réseau de partenaires et acteurs du sport santé sur le territoire ardéchois.



#### Et après ?

- Mise en place d'un programme annuel : 3 trimestres de pratique ;
- Déploiement sur l'ensemble du département, en lien avec les partenaires et les associations sportives locales ;
- Mise en réseau et transmission des expériences à l'échelle départementale ;
- Mise en relation du public avec le mouvement associatif : bénévolat, lien social, pratique physique ;
- Nécessité d'aider le tissu associatif dans la mise en place d'actions sportives en faveur de la santé (accompagnement de projet) ;
- Création de créneaux annuels spécifiques au sein des associations pour augmenter l'offre de pratique sur le territoire.

#### Contact

Mélanie - Chargée de mission Sport Santé Ardèche Olympique  
[melanie@ardecheolympique.org](mailto:melanie@ardecheolympique.org) - 04.75.64.29.10  
 07000 Privas

## **IREPS Auvergne-Rhône-Alpes**

Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé  
9 quai Jean Moulin - 69001 Lyon  
Tél. : 04 72 00 55 70  
E-mail : [contact@ireps-ara.org](mailto:contact@ireps-ara.org)

**[www.ireps-ara.org](http://www.ireps-ara.org)**

MARS 2017.