



HAL
open science

Fédérer les ressources régionales du sport-santé : le réseau Picardie en Forme

Thierry Weissland, Éric Passavant, Aziz Allal, Valérie Amiard, Boris Antczak,
Julie Manzo

► To cite this version:

Thierry Weissland, Éric Passavant, Aziz Allal, Valérie Amiard, Boris Antczak, et al.. Fédérer les ressources régionales du sport-santé : le réseau Picardie en Forme. Santé Publique, 2016, S1, pp.169-174. 10.3917/spub.160.0169 . hal-03634667

HAL Id: hal-03634667

<https://hal-u-picardie.archives-ouvertes.fr/hal-03634667>

Submitted on 25 Apr 2022

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

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

Fédérer les ressources régionales du sport-santé : le réseau *Picardie en Forme*

Weissland T¹, Passavant E², Allal A³, Amiard V⁴, Antczak B⁴, Manzo J⁴

¹ UFR STAPS Amiens - APERE (UPJV-EA 3300)

² UFR STAPS Amiens – CURAPP-ESS (UPJV-CNRS/UMR 7319)

³ DRJSCS de Picardie

⁴ CROS de Picardie

Introduction

Picardie en Forme vise à développer la pratique d'une activité physique régulière, adaptée et progressive chez des personnes de tout âge, porteuses de pathologies chroniques non transmissibles, de maladies cardio-vasculaires, respiratoires, en rémission de cancer, en situation d'obésité ou ayant plusieurs facteurs de risque (âge, consommation tabagique, sédentarité). Le Comité Régional Olympique et Sportif (CROS) et de la Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale de Picardie (DRJSCS) sont à l'origine de cette initiative. Il existait déjà plusieurs actions régionales qui encourageaient l'activité physique, comme la *Task Force Alcool* ou *Entreprises de Picardie en Santé*, mais aucune n'avait pour mission centrale de mettre en relation les acteurs du sport et ceux de la santé. Cet accompagnement à la reprise d'une activité physique est également justifié par la faiblesse des indicateurs de santé de la Picardie, avec entre autre, une espérance de vie inférieure à la moyenne nationale, une prévalence plus élevée du diabète et de l'obésité (13 % en Picardie contre 9,8% au niveau national), une surmortalité de 13% due aux tumeurs [1]. Ainsi, cinq territoires aux indicateurs de santé les plus bas ont été ciblés pour expérimenter ce nouveau dispositif : la Picardie maritime, l'Oise occidentale, Amiens, le sud et le nord oriental de l'Aisne. Après avoir décrit le fonctionnement du réseau, nous présenterons quelques résultats obtenus sur l'année 2013 avant d'évoquer les évolutions apportées après cette première période expérimentale.

Méthodes

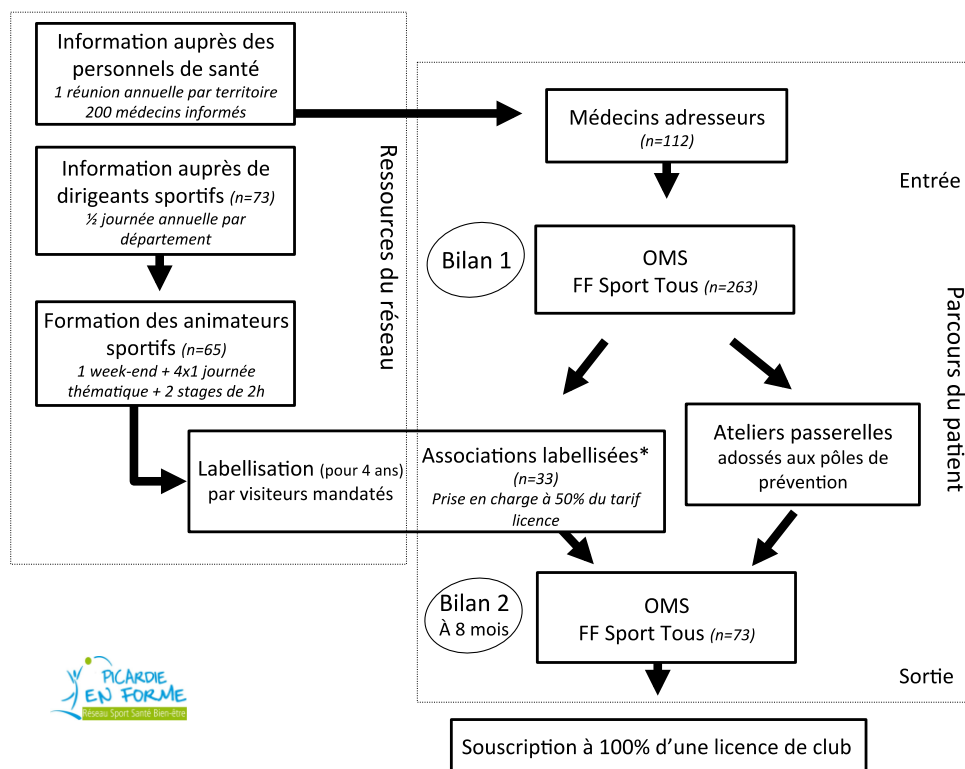
En 2011, *Picardie en Forme* a commencé par mobiliser des partenaires institutionnels pour constituer son infrastructure. Le comité exécutif, qui définit les grandes orientations stratégiques, est composé de représentants du CROS et de la DRJSCS, de partenaires institutionnels publics (Agence Régionale de Santé, Conseil Régional), de financeurs privés (SANOFI et AG2R La Mondiale). Il supervise l'action de 4 composantes :

- le comité de pilotage valide les décisions stratégiques,
- la commission parcours-labellisation développe le dispositif d'accompagnement de l'utilisateur et examine les demandes de labellisation des clubs sportifs,
- la commission formation définit les actions de formation à mener auprès des acteurs du sport et de la santé,
- la commission évaluation propose des outils d'analyse du fonctionnement du dispositif.

Au total, ces instances regroupent 15 partenaires du domaine de la santé (10 associations, 2 entreprises privées, 3 organismes publics), 16 partenaires du monde du sport (comités fédéraux, offices des sports), les représentants du Conseil Régional, des Conseils Départementaux, des villes. Parallèlement, des coordinations territoriales ont été mises en place dans les territoires ciblés. Elles sont dirigées par trois référents : l'un appartient au domaine de la santé, l'autre au sport et le troisième représente les usagers.

En 2012, le parcours d'accompagnement du patient a été mis en place. Le médecin traitant, membre du réseau, prescrit au patient de l'activité physique et l'adresse à un pôle d'évaluation diagnostique animé par un éducateur sportif formé de la Fédération Française Sports Pour Tous. Un questionnaire de motivation, des tests étalonnés d'estime de soi (ISP-25) [2] et de condition physique (test *Forme Plus Sport*) permettent d'orienter l'utilisateur soit pour une reprise progressive vers un atelier passerelle adossé à un établissement spécialisé dans la prise en charge aiguë et chronique, soit directement vers un club sportif associatif ayant le label *Picardie en Forme*. Dans ce cas, la moitié du coût de la licence sportive est prise en charge par le dispositif. Un second bilan est réalisé à partir de 8 mois avec les mêmes tests. Après une saison, les usagers quittent le dispositif et sont encouragés à souscrire une nouvelle licence sportive mais sans aide financière cette fois. Une campagne d'information a permis de sensibiliser les personnels de santé (médecins généralistes, spécialistes, paramédicaux) et les dirigeants de structures sportives (fédérales, associatives). Elle a ciblé des manifestations régionales, des salons et forums de sport-santé, des colloques spécialisés. Un programme de formation en plusieurs modules a été mis en place pour les animateurs sportifs afin de leur permettre d'adapter l'activité physique aux particularités de ces nouveaux publics. Les premiers patients ont été pris en charge au début de l'année 2013.

Figure 1 : Fonctionnement du réseau *Picardie en Forme* et parcours du patient.



* Associations et clubs affiliés à la F.F. Sport pour tous, F.F. d'Education Physique et de Gymnastique Volontaire, Union Française des Oeuvres Laïques d'Education Physique, F.F. d'Athlétisme, Fédération Nationale du Sport en Milieu Rural, F.F. Cyclo-Tourisme, Fédération gymnastique et sportive des patronages de France, F.F. Natation, F.F. Triathlon, F.F. Basket-Ball, F.F. de la Randonnée Pédestre, F.F. de la Montagne et de l'Escalade, F. Nationale Profession Sport et Loisirs en Picardie, F. Arts Energétiques et Martiaux Chinois.

Résultats

En 2013, six soirées thématiques ont permis de sensibiliser plus de 200 médecins. Parmi eux, 112 ont adressé au moins un patient au réseau *Picardie en Forme*. Ainsi, 263 patients sont entrés dans le dispositif. 73 dirigeants de clubs représentant les fédérations sportives uni-sport olympiques ou multi-sports et les fédérations affinitaires ont été touchés. Les différents modules de formation ont été suivis par 65 animateurs sportifs. Enfin, 33 associations sportives ont obtenu le label *Picardie en Forme* pour une durée de 4 ans. Les visites de labellisation des clubs ont d'ailleurs permis de cartographier les sites et de créer un annuaire qui recense tous les acteurs sur les territoires concernés.

Après 8 mois d'engagement dans le dispositif, les mêmes tests de condition physique, de motivation et d'estime de soi ont été réalisés avec 73 patients. Il apparaît que la coordination (nombre de répétitions assis-debout et de flexions de coude en 30 secondes), la flexibilité des membres inférieurs (mesure de la distance doigts-sol en cm) et l'endurance (test de 2 minutes) progressent significativement ($P < 0,01$). L'équilibre unipodal et l'extensibilité de la scapulaire évoluent peu. La motivation des usagers et la valeur physique perçue s'améliorent significativement après 8 mois d'activité physique. Les résultats relatifs à l'estime de soi n'évoluent pas sensiblement à la sortie du dispositif.

Discussion

L'amélioration des paramètres physiques mesurés à la sortie du dispositif d'accompagnement montre un reconditionnement physique des patients. Ces résultats significatifs renforcent l'indication de prescription d'une activité physique adaptée. Les grandes fonctions cardio-respiratoires et musculaires profitent des bienfaits de l'activité [3] tandis que l'équilibre et les membres supérieurs sont moins sensibles. De plus, la motivation et la valeur physique perçue s'améliorent. Il faut y voir les effets de renforcement positif liés à la pratique d'une activité en groupe [4]. Fidéliser les usagers et les maintenir dans les clubs entraînent une éducation du patient à l'activité physique [5]. Cependant, l'analyse porte sur moins de 30% des patients qui ont effectué le bilan initial. Cette évaporation s'effectue à deux moments clés. Tout d'abord, une partie des patients réalisent les tests initiaux mais ne font pas la démarche de s'inscrire dans une structure sportive. Les raisons de ces abandons sont multiples. On peut penser que le cumul de problèmes de santé, de l'isolement géographique et de difficultés socioéconomiques rend difficile l'accès à un des clubs affiliés et éloigne de l'activité physique encadrée. La prise en charge partielle du coût de la licence est un encouragement important mais insuffisant. Une seconde partie des patients, qui a intégré les clubs sportifs, a négligé les tests à huit mois. Ce groupe a été identifié trop tardivement lors de la phase expérimentale pour pouvoir passer les tests dans des conditions comparables.

Le médecin généraliste est le pivot du dispositif : il examine les patients, les conseille et les oriente vers *Picardie en Forme*. Or, même si la pratique d'activités physiques fait partie des recommandations validées pour de nombreuses pathologies chroniques [6], la participation des médecins ne va pas de soi. Sur 200 médecins formés, seuls 112 ont adressé au moins un patient au réseau. Un seul a adressé plus de 15 patients, une grande majorité se limitant à un ou deux patients. Même si les médecins sont très attachés à leur rôle d'éducation et de prévention [7], il existe de nombreux freins à la réalisation de ces tâches. Tout d'abord, ils sont plus à l'aise pour aborder les aspects biomédicaux, comme le risque cardio-vasculaire, que tout ce qui touche à l'intimité et aux habitudes de vie du patient, comme l'alimentation ou

l'activité physique. Ces recommandations apparaissent comme une activité périphérique de la consultation et font l'objet de conduite d'esquive, de brouillage des pistes, d'évitement, tant de la part du médecin que du patient [8]. A côté des arguments de manque de temps et de reconnaissance, les médecins généralistes ont des représentations d'une faible compétence, d'une relative inefficacité et un sentiment d'illégitimité face à ces thématiques [9]. Le rapport de l'HAS sur les prescriptions non médicamenteuses va dans le même sens. Il montre que les médecins sont mal informés sur ces thérapeutiques et sur leur efficacité, sur les ressources humaines et les réseaux locaux qui existent [10]. Pour pallier à ces difficultés, *Picardie en Forme* poursuit ses actions de promotion et d'information et propose aux médecins des nouveaux outils de communication simples d'utilisation : des plaquettes d'information et un ordonnancier d'activité physique pré-rempli qui oriente le patient vers *Picardie en Forme*. De plus, en adressant un patient, le médecin engage sa crédibilité ; il est donc nécessaire que des relations de confiance se tissent avec les professionnels de l'activité physique. Les études sur l'efficacité du Système d'Orientation à l'Activité Physique qui existe au Royaume-Uni depuis les années 1990 montrent que la faible information sur les patients orientés fait parti des freins au développement de ces dispositifs [11]. Cependant, il est difficile d'institutionnaliser ce retour d'informations sans trahir le secret médical. C'est une des limites de la collaboration entre le monde médical et le monde du sport.

Enfin, la montée en puissance de *Picardie en Forme* sur les territoires ciblés a été tributaire d'au moins deux facteurs essentiels : l'existence d'une structure locale qui coordonne le dispositif et des collectivités locales impliquées humainement, matériellement et financièrement. L'objectif initial était de s'appuyer sur les Centres Médico-Sportifs et les Offices Municipaux des Sports dont ils dépendent. Cependant, selon les cas, les engagements ont été variables. Par exemple, dans le territoire Aisne Sud, l'OMS de Château-Thierry et l'ADIAMMO (Association Diabète et Maladies Métaboliques de l'Omois) très active dans le domaine de l'éducation thérapeutique depuis 2003, ont été particulièrement moteurs. Ailleurs, des contextes politiques singuliers ont freiné la mise en place du dispositif. De plus, cette stratégie privilégie les grandes agglomérations qui sont actives dans le domaine de la santé publique et rend difficile le maillage sur l'ensemble du territoire visé, les petites localités étant plus difficiles à mobiliser. Depuis 2013, le ciblage géographique a donc été abandonné. Un cahier des charges a été réalisé afin que toutes les collectivités locales de la région qui le souhaitent puissent adhérer au dispositif. Cette démarche s'inscrit souvent dans la définition des Contrats Locaux de Santé et/ou des Contrats de Ville. Plutôt que de solliciter des partenaires sur des territoires ciblés, *Picardie en Forme* accompagne dorénavant toutes les collectivités qui souhaitent s'inscrire dans le dispositif.

Conclusion

Le réseau *Picardie en Forme* s'inscrit dans le prolongement de l'instruction du Ministère en charge des sports et de la santé du 24 décembre 2012 [12]. Après une phase initiale de structuration, la prise en charge des premiers patients a produit des résultats encourageants. Il illustre aussi les difficultés à fédérer des acteurs peu habitués à travailler ensemble : ceux du monde du sport et ceux de la santé. De plus, le redécoupage régional en cours entraîne une incertitude sur la pérennisation du dispositif. Au-delà, il faut s'interroger sur son efficacité et ses enjeux. On ne connaît pas son impact en terme d'économie de la santé, par exemple sur la consommation de médicaments. L'adoption d'un style de vie plus actif suppose l'incorporation d'une morale de l'effort [13]. Les patients doivent intérioriser une nouvelle forme de gouvernement de soi [14]. Or, les analyses manquent pour identifier

les étapes de ce processus, caractériser les populations les plus prédisposées à adopter ce nouveau style de vie et savoir si ces modifications sont durables.

Bibliographie

- [1] Debuisser S, Trugeon A, Ducamp A, Oliveux B, Thomas N, Verfaillie F, et al. Diagnostic santé Picardie : situation 2009. Amiens : Observatoire Régional de la Santé et du Social de Picardie (Fr) ; 2009. 80 p.
- [2] Ninot G, Delignières D, Fortes M. L'évaluation de l'estime de soi dans le domaine corporel. STAPS. 2000;53:35-48.
- [3] Vogel T, Bréchat P-H, Bénétos A. Bénéfice de la pratique d'une activité physique sur le profil cardiovasculaire et métabolique du senior. In : Assayag P, Davy J-M, Friocourt P, Puel J, Belmin J, Fiessinger JN, Jondeau G, Trivalle C, editor. Traité de médecine cardiovasculaire du sujet âgé. Paris : Flammarion Médecine-Sciences ; 2007:596-600.
- [4] Barth N, Perrin C. Incorporer une pratique physique régulière dans une trajectoire de malade chronique : l'exemple de personnes touchées par le diabète de type 2. In : Piché S, Boutroy E, Vignal B, Perrin C, editor. La recherches en sciences sociales du sport : quelle(s) utilité(s) ? Paris : Société de sociologie du sport de langue française, L'harmattan ; 2011:217-233.
- [5] Perrin C, Champely S, Chantelat P, Sandrin-Berthon B, Mollet E, Tabard N, et al. Activité physique adaptée et éducation du patient dans les Réseaux Diabète Français. Santé Publique. 2008;20(3):213-223.
- [6] Expertise collective. Activités physiques : contextes et effets sur la santé. Paris : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (Fr) ; 2008. 812 p.
- [7] Buttet P, Fournier C. Prévention et éducation pour la santé. Quels rôles pour les médecins et les pharmaciens ? In Gautier A, Editor. Baromètre Santé Médecins.pharmaciens. Paris : INPES ; 2003:65-82.
- [8] Génolini J-P, Roca R, Rolland C, Membrado M. « L'éducation » du patient en médecine générale : une activité périphérique ou spécifique de la relation de soin ? Sciences Sociales et Santé. 2011;29(3):81-122.
- [9] Fournier C, Butter P, Le Lay E. Prévention, éducation pour la santé et éducation thérapeutique en médecine générale. In Gautier A, editor. Baromètre Santé Médecins Généralistes. Paris : INPES ; 2009:45-86.
- [10] Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées. Paris : Haute Autorité de Santé (Fr) ; 2011. 93 p.
- [11] Paquito B. Les systèmes d'orientation à l'activité physique au Royaume-Uni : efficacité et enseignements. Santé Publique. 2014;26(5):647-654.
- [12] République Française. Instruction N° DS/DSB2/SG/DGS/DS/DGCS/2012 /434 du 24 décembre 2012 relative à la mise en œuvre opérationnelle des mesures visant à promouvoir et développer la pratique des activités physiques et sportives comme facteur de santé publique.
- [13] Génolini J-P, Clément J-P. Lutter contre la sédentarité : l'incorporation d'une nouvelle morale de l'effort. Sciences Sociales et Sport. 2010;3:133-156.
- [14] Berlivet L, Une biopolitique de l'éducation pour la santé : la fabrique des campagnes de prévention. In Fassin D, Memmi D, editor. Le gouvernement des corps. Paris : Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales ; 2004:37-75.