



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2003 –

**Le rôle des établissements sanitaires et sociaux
dans les actions de promotion de la santé par les
activités physiques et sportives**

– Groupe n° 5 –

Ce rapport de séminaire a été réalisé par un groupe de 7 élèves en formation initiale

Animateur

– *COTARD Bruno*

Sommaire

| | |
|---|----------|
| INTRODUCTION..... | 1 |
| 1 L'IMPORTANCE DES ACTIVITÉS PHYSIQUES ET SPORTIVES DANS LA PROMOTION DE LA SANTÉ ET LEUR PRISE EN COMPTE PAR LES ÉTABLISSEMENTS | 3 |
| 1.1 L'intérêt des activités physiques et sportives dans un contexte de vieillissement et de sédentarisation de la population française... .. | 3 |
| 1.1.1 Vieillesse, sédentarisation et facteurs de risques pathologiques..... | 3 |
| 1.1.2 Les effets bénéfiques d'une pratique régulière et adaptée des activités physiques et sportives. | 4 |
| A- L'activité physique et sportive et ses bénéfices sur la santé | 5 |
| B- Les conditions d'une pratique bénéfique des activités physiques et sportives .. | 6 |
| 1.2 ... pris en considération de manière variable selon les établissements | 7 |
| 1.2.1 Le rôle traditionnellement curatif des établissements de santé | 7 |
| 1.2.2 Le rôle plus large des établissements médico-sociaux..... | 8 |
| 2 DES INITIATIVES LOCALES ESSENTIELLES POUR LA PROMOTION DE LA SANTÉ PAR LES APS | 9 |
| 2.1 Des actions de terrain pertinentes et efficaces... .. | 9 |
| 2.1.1 Des exemples d'actions menées directement au sein des établissements | 9 |
| A- Prévention secondaire et primaire au sein d'un centre de prévention et de réadaptation cardio-vasculaire | 9 |
| B- Les APS au service de la réinsertion et de la réadaptation sociale des handicapés | 10 |
| C- Prévention primaire à travers les consultations de médecine du sport..... | 11 |
| 2.1.2 Les expérimentations en lien avec les établissements mais développées en externe..... | 11 |
| A- Des actions menées dans le cadre d'un réseau | 11 |
| B- Des actions de prévention conduites avec des associations relais des établissements | 13 |
| C- Prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées à travers les APS .. | 13 |

| | | |
|------------|--|-----------|
| 2.2 | ...qui restent cependant isolées et fragiles | 14 |
| 2.2.1 | Un montage juridique complexe et des financements non pérennes..... | 14 |
| A- | La lourdeur de la gestion administrative..... | 14 |
| B- | L'absence de financement pérenne | 15 |
| 2.2.2. | Un manque de coordination et une évaluation insuffisante..... | 15 |
| A- | Une coordination lacunaire..... | 15 |
| B- | Une évaluation insuffisante | 16 |
| 3 | PROPOSITIONS POUR CONFORTER ET DEVELOPPER CES ACTIONS TANT AU NIVEAU LOCAL QU'AU NIVEAU NATIONAL | 17 |
| 3.1 | Une évolution souhaitable du rôle des établissements sanitaires et médico- sociaux dans l'organisation locale d'actions de promotion de la santé par les APS..... | 17 |
| 3.1.1 | Le renforcement souhaitable du rôle des établissements dans leur domaine traditionnel d'intervention | 17 |
| 3.1.2 | Une nécessaire répartition des tâches avec les autres acteurs dans un souci constant de coordination | 19 |
| A- | Vers un approfondissement des différents types de coopération avec les principaux partenaires. | 19 |
| B- | Une nécessaire coopération au sein d'un réseau animé par les différents partenaires des établissements | 20 |
| 3.2 | ...qui doit être relayée par une véritable politique globale de santé publique fondée sur la prévention..... | 21 |
| 3.2.1 | Une prise de conscience nationale impulsée par les acteurs de terrain | 21 |
| A- | La vision des professionnels concernés..... | 21 |
| B. | Les prémices d'une prise de conscience nationale..... | 22 |
| 3.2.2 | L'affirmation de la promotion de la santé par les APS dans les objectifs de la politique nationale de santé publique..... | 23 |
| A- | Confirmation d'une nouvelle approche de la santé publique transversale | 23 |
| B- | Vers une traduction législative pour plus de cohérence dans la mise en place de ces objectifs | 25 |
| | CONCLUSION | 27 |
| | Bibliographie..... | 29 |
| | Liste des annexes..... | I |

Remerciements

Nous tenons à remercier toutes les personnes ayant accepté de nous rencontrer ou de nous accorder un entretien téléphonique, et qui ont ainsi guidé notre réflexion.

Nous adressons nos plus sincères remerciements à :

M. le Pr BERTHEZEN

M. le Dr BRECHAT

M. le Pr CARRE

M. COMPTE

M. DELAMARCHE

M. le Dr DELEVAY

M. le Dr DEPIESS

M. le Dr FRE

M. GAIN, MCMK

M. le Dr GRILLON

M. LEGAL

M. le Pr LONSDORFER

Mme le Dr MONPERE

M. MONTFORT

M. le Dr PEDELUCQ

M. le Pr THEVENONT

Nous adressons enfin nos remerciements à M. Bruno COTARD, animateur de notre groupe.

Liste des sigles utilisés

| | |
|-------|--|
| APS | Activités Physiques et Sportives |
| APSA | Activités Physiques et Sportives Adaptées |
| ARH | Agence Régionale de l'Hospitalisation |
| CH | Centre Hospitalier |
| CHS | Centre Hospitalier Spécialisé |
| CHU | Centre Hospitalo-Universitaire |
| DDASS | Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales |
| DDJS | Direction Départementale de la Jeunesse et des Sports |
| DRASS | Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales |
| DRJS | Direction Régionale de la Jeunesse et des Sports |
| EHPAD | Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes |
| FFH | Fédération Française d'Handisport. |
| FFSA | Fédération Française de Sport Adapté |
| IMC | Infirmité Moteur Cérébrale |
| LSP | Loi relative à la politique de santé publique |
| OMS | Organisation Mondiale de la Santé |
| PNNS | Programme National Nutrition Santé |
| SROS | Schéma Régional d'Organisation Sanitaire |
| USLD | Unité de Soins de Longue Durée |

***« Les hommes supplient les dieux de leur donner la santé ;
mais ils oublient qu'elle dépend d'eux »***

Démocrite, 460 avant J.C.

INTRODUCTION

Les pouvoirs publics français n'ont commencé que récemment à s'intéresser aux bienfaits des APS pour la santé, alors que leur promotion était déjà inscrite depuis de nombreuses années dans le cadre de la politique de santé publique d'autres pays (Norvège, Suède, Québec notamment). L'OMS a d'ailleurs émis en 1995 le vœu que « les gouvernements du monde entier examinent l'interdépendance de l'activité physique et de la promotion de la santé en tant qu'aspect important de politiques d'intérêt général »¹. En effet, la santé ne se définit pas seulement comme l'absence de maladie ou de handicap, mais plutôt comme un état de bien être global : car si la santé n'est pas l'envers de la maladie, alors on peut la protéger, l'entretenir, la cultiver même. C'est le concept de santé positive, consacré par la charte d'Ottawa de 1986, une santé (physique et mentale) dans laquelle les APS jouent un rôle, tant préventif que thérapeutique.

Notons qu'on appelle APS « tout mouvement produit par la contraction des muscles squelettiques, ce qui entraîne une augmentation de la dépense d'énergie par rapport à la dépense au repos ». L'engouement pour le sport et plus généralement pour les APS constitue un véritable phénomène de société, parallèlement à l'émergence d'une nouvelle conception de la santé et du corps qui vise à concilier forme, bien-être et plaisir. Générateur de bonne santé, il est aussi synonyme de progrès social, encouragé médiatiquement et politiquement. En effet, 36 millions de Français âgés de 15 à 75 ans déclarent avoir des APS, plus ou moins régulières, plus ou moins intenses (juillet 2000)² : comment utiliser ce phénomène pour le mettre au service d'une amélioration de la santé globale de la population ?

Quant à la prévention, une définition complète s'impose : elle a pour but d'éviter l'apparition (prévention primaire), le développement (prévention secondaire) ou la complication (prévention tertiaire) d'un facteur de risque, d'une maladie, d'un accident ou d'un handicap. A ce titre, la loi du 31 juillet 1991 reconnaît à l'hôpital des missions de prévention et d'éducation pour la santé. Or la prévention au sens large ne représente qu'une faible part des dépenses de santé en France : bien qu'efficace et peu coûteuse, elle procède d'une logique de moyen et long terme, difficilement évaluable et difficilement chiffrable. Le défi est donc réel dans un contexte de vieillissement et de sédentarisation de la population, avec des conséquences sanitaires lourdes...les établissements

¹ Cité par M. RIEU, *Aspects bénéfiques de la pratique des activités physiques et sportives*, Actualité et dossier en santé publique n°14, mars 1996, p.14

² Stat- Info n°01-01 mars 2001, Ministère de la Jeunesse et des Sports

sanitaires et médico-sociaux se doivent de le relever, bien que le passage du soin à l'état de santé défini par l'OMS soit culturellement difficile. Quel est alors, et quel peut être, le rôle de ces établissements dans les actions de promotion de la santé par les APS ? Peuvent-ils jouer un rôle initiateur ou coordinateur dans le contexte actuel des réseaux, face à des actions visiblement éparpillées, issues d'initiatives individuelles, essentiellement locales ? Comment définir leurs missions mais aussi leurs limites ?

Pour répondre à ces questions et aux enjeux de santé publique qui leur sont sous-jacents, nous avons choisi de nous entretenir avec une quinzaine de professionnels, en grande partie acteurs de terrain impliqués dans cette promotion de la santé par les APS en établissements sanitaires et médico-sociaux (la prise en compte de ces derniers nous paraissant indispensable). Nous avons sélectionné des actions exemplaires, couvrant de multiples pathologies, dans divers champs, certains intra hospitaliers, d'autres plus éloignés des établissements : acteurs différents, institutions plurielles, mais avec toujours ce même souci de promotion de la santé par les APS. Ces investigations n'ont d'ailleurs pas été exemptes de difficultés, en raison de la réticence du Ministère des Sports à communiquer sur un dossier à propos duquel les arbitrages ne sont pas encore rendus.

Nous nous intéresserons dans une première partie à l'importance des APS dans la promotion de la santé, et à leur impact sur les établissements sanitaires et médico-sociaux. Dans une seconde partie, nous décrirons et analyserons les actions de terrain choisies par le groupe, avec leurs apports en termes de santé publique mais aussi leurs limites et les marges de progrès possibles. Enfin, nous nous interrogerons sur la place des institutions sanitaires et sociales dans cette promotion de la santé par les APS, avec le nécessaire soutien d'une politique nationale affirmée, cohérente et transversale.

1 L'IMPORTANCE DES ACTIVITES PHYSIQUES ET SPORTIVES DANS LA PROMOTION DE LA SANTE ET LEUR PRISE EN COMPTE PAR LES ETABLISSEMENTS

La promotion de la santé par les APS se heurte aujourd'hui à l'un des paradoxes du système sanitaire français. En effet, les pouvoirs publics reconnaissent les bénéfices de l'exercice physique sur la santé notamment dans un contexte de vieillissement et de sédentarisation de la population française. Il existe pourtant une répartition assez déséquilibrée des rôles entre les différents établissements qui ne favorise pas la cohérence et l'efficacité de ces actions.

1.1 L'intérêt des activités physiques et sportives dans un contexte de vieillissement et de sédentarisation de la population française...

1.1.1 Vieillesse, sédentarisation et facteurs de risques pathologiques

La vieillesse est la dernière étape d'une vie et se comprend à la fois comme un processus biologique, économique et social. Selon les démographes, sont considérées comme âgées les personnes de plus de soixante ans.

Le vieillissement de la population est une tendance lourde des sociétés industrialisées³ et se traduit par une multiplication des troubles apparentés à la vieillesse. Certains de ces troubles sont d'ordre social comme la perte d'autonomie. D'autres sont d'ordre pathologique comme l'ostéoporose. Cette dernière affecte 40% des femmes âgées et 10% des hommes et favorise les fractures de la hanche. Le nombre de ces affections ainsi que la morbidité en liaison avec la sédentarité des personnes âgées devraient logiquement se multiplier dans le contexte démographique actuel.

La sédentarité est définie par une activité physique nulle ou inférieure au seuil minimal d'activité physique recommandé, soit 30 minutes de marche par jour à un pas soutenu au moins 5 jours par semaine.

Le développement de la vie urbaine⁴, l'extension du secteur tertiaire et la mécanisation des outils de travail, des appareils ménagers et des moyens de transport favorisent un mode de vie sédentaire. Plus particulièrement, la mutation du monde professionnel a entraîné une réduction des dépenses énergétiques. En 1850, un tiers de l'énergie totale

³ Le vieillissement est expliqué par l'augmentation continue de l'espérance de vie et la stabilisation du taux de fécondité. En France, l'espérance de vie a progressé de plus de 9 ans pour les hommes et de plus de 11 ans pour les femmes entre 1950 et 1990. Il pourrait atteindre 90 ans pour les femmes et 82 ans pour les hommes en 2050. Quant à lui, le taux de fécondité stagne aux alentours de 1,7 enfants par femme depuis plusieurs années.

⁴ 80% de la population vit dans les villes de plus de 20 000 habitants

nécessaire pour faire fonctionner les manufactures était d'origine musculaire humaine. En 1979, cette part était inférieure à 1%⁵. Cette perte n'a pas été compensée par un développement suffisant des APS durant le temps de loisir. En effet, environ 10% des hommes et des femmes adultes seraient inactifs en dehors de leur activité professionnelle et chaque individu passerait en moyenne deux heures par jour devant un écran. Même si deux français sur trois pratiquent un sport, plus de 40% des hommes et 60% des femmes n'atteindraient pas le seuil minimal d'activités physiques recommandé. A ce problème s'ajoute celui des personnes handicapées particulièrement exposées aux affections liées à la sédentarité.

Or, de nombreuses études épidémiologiques⁶ démontrent que l'inactivité représente un facteur important de risques pathologiques notamment sur les appareils cardio-vasculaire et locomoteur. Une pratique insuffisante d'APS entraîne une limitation de l'endurance aérobie, une fréquence cardiaque et une tension artérielle de repos et d'exercice anormalement élevées, une surcharge pondérale avec un excès de masse grasse⁷, une diminution de la force et de l'endurance musculaire et une réduction de la souplesse musculo-tendineuse et de l'amplitude des mouvements articulaires. Selon l'OMS, en Europe, près de 3% de la morbidité serait attribuable à la sédentarité.

Du vieillissement et de la sédentarisation de la population découlent ainsi de nouvelles problématiques de santé imposant dès à présent aux pouvoirs publics de repenser en partie les modes traditionnels de prise en charge dans le domaine tant préventif que curatif. A cet effet, les APS fournissent plusieurs pistes de réflexion en raison des nombreux bénéfices qu'elles apportent en terme de santé.

1.1.2 Les effets bénéfiques d'une pratique régulière et adaptée des activités physiques et sportives.

Il est communément admis que la pratique d'une APS est un gage de bonne santé. Cette relation est en réalité plus complexe. Les bienfaits de l'exercice physique ont été démontrés pour certaines pathologies bien précises et à la condition qu'il fasse l'objet d'une pratique régulière et adaptée.

⁵ Selon le rapport établi par « l'American association of fitness directors in business and industry »

⁶ L'épidémiologiste anglaise D. WOODRUF prouve que la seule sédentarité réduit de trois années l'espérance de vie. Une autre étude de PAFFENBARGER entre 1962 et 1988 sur des anciens élèves de Harvard montre clairement que l'absence d'activités physiques et sportives infléchit à la hausse le niveau de mortalité.

⁷ Ces développements expliquent sans doute que le Programme National Nutrition Santé (PNNS), mis en place en 2001 par le Ministère de la Santé, place la promotion de l'activité physique et la lutte contre la sédentarité parmi les priorités de santé publique.

A- L'activité physique et sportive et ses bénéfices sur la santé

Sur le plan physique, la communauté médicale estime qu'une activité régulière agit à la fois au niveau fonctionnel et organique et entraîne de ce fait une diminution des risques de diabète, d'ostéoporose, d'hypertension artérielle et de cancer ainsi qu'une diminution de la mortalité en générale et de la mortalité cardiovasculaire en particulier. A titre d'exemple, en 1997, la revue *Ostéoporose* rapportait plusieurs études suggérant une réduction de moitié des risques de fracture du col fémoral chez les personnes exerçant une APS.

Au-delà de ses conséquences physiologiques et biologiques, l'exercice physique induit également des effets indirects favorables à la santé car une partie des individus qui le pratique adopte une meilleure hygiène de vie en adaptant entre autres leur nutrition.

En terme de santé mentale, la pratique régulière d'une APS peut améliorer la résistance au stress et à l'anxiété produits par notre mode de vie⁸. Elle peut, en outre, contribuer au traitement des troubles mentaux sévères tels que la dépression et l'anxiété nerveuse. Plus globalement, elle apporte une bonne perception du corps dans son environnement permettant à l'individu de construire une image positive de lui-même, de mettre en place un schéma harmonieux et dynamique de sa personnalité, d'apprendre à détecter précocement les signes de fatigues ou de dérèglements physiologiques qui menacent son intégrité physique. Enfin, sur le plan cognitif, une activité physique régulière, au même titre qu'une activité intellectuelle, permet de repousser les effets du vieillissement en préservant entre autres la vitesse d'exécution du système nerveux central.

D'un point de vue social, l'activité physique permet d'une part une meilleure connaissance de soi et favorise d'autre part les occasions de s'affirmer, de s'intégrer, de partager au sein d'un groupe d'autre part. En somme, elle aide à la socialisation des individus contribuant de ce fait au bien être, déterminant fondamental de la santé positive⁹.

Les APS n'ont toutefois d'effets bénéfiques sur la santé qu'à condition de faire l'objet d'une bonne pratique.

⁸ Ces aspects ont été constatés dans le domaine professionnel. Plusieurs études dont une en France soulignent que pour un employé pratiquant une activité physique et sportive, les accidents du travail sont moins fréquents, les arrêts maladie plus courts et la productivité plus importante.

⁹ La définition de référence de la santé est celle de l'OMS adoptée en 1946: « la santé : un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »

B- Les conditions d'une pratique bénéfique des activités physiques et sportives

L'efficacité des APS en terme de santé suppose que leur pratique soit régulière et adaptée sans toutefois dépasser la limite au-delà de laquelle elle entraîne des effets adverses.

Régularité et persévérance sont de nécessité absolue car les conséquences bénéfiques d'un exercice physique n'apparaissent pleinement qu'au bout de quelques mois et seulement trois semaines d'interruption suffisent pour qu'elles disparaissent.

Pour être efficace, un entraînement physique doit être de type dynamique et mobiliser de grosses masses musculaires. Il doit par ailleurs favoriser les capacités cardiovasculaires pendant une durée au moins égale à 30 minutes et avec intensité adaptée aux objectifs.

De plus, il convient de ne pas ignorer que les besoins en terme d'activité physique varient d'une population à l'autre, en raison des différences socio-économiques, des structures de santé et de ses capacités.

Des APS inadaptées, mal exécutées, trop intensives ont des effets secondaires néfastes pour la santé. Il existe ainsi une véritable pathologie induite par l'exercice physique. Les sportifs intensifs présentent généralement cinq fois plus de traumatismes – entorses, fractures, lésions musculaire ou articulaires- que les non sportifs¹⁰. De façon plus exceptionnelle, des décès peuvent même survenir (cas de la mort subite du sportif).

De même, les risques associés à la pratique d'une activité inadaptée ou à la pratique inadaptée d'une activité sont importants. L'activité physique chez les diabétiques peut être à l'origine d'hyperglycémie ou d'hypoglycémie sévère en cas d'effort violent et stressant.

Il faut enfin évoquer le recours au dopage c'est-à-dire le recours à des éléments extra physiologiques pour augmenter ses performances. Ce « cancer du sport » porte atteinte non seulement à l'intégrité physique, biologique et physiologique de l'athlète mais également à l'éthique même du sport.

Les APS sont aujourd'hui présentées comme une voie possible pour renforcer les soins curatifs et développer les différentes formes de prévention. Il importe toutefois que leur pratique fasse l'objet d'un contrôle et d'une surveillance médicale afin d'éviter la survenance d'effets adverses. Il ressort donc de la compétence des professionnels de santé et notamment des établissements de santé d'approfondir ou à défaut de se saisir de ce champ d'action.

1.2 ... pris en considération de manière variable selon les établissements

La création et la conduite des actions de promotion de la santé par APS n'échappent pas aux cloisonnements des compétences entre les différentes catégories d'établissements sanitaires et sociaux.

1.2.1 Le rôle traditionnellement curatif des établissements de santé

« L'ordonnance du 2 janvier 1945 instaure la sécurité sociale dont le principe est la prise en charge par la collectivité du risque maladie. Une séparation de fait est ainsi créée entre la prévention et le soin, séparation renforcée par le paiement à l'acte : puisque ne peuvent être remboursés que des actes individualisés, les actes techniques, donc curatifs, sont privilégiés »¹¹.

Ainsi, la prise en charge du patient s'est organisée essentiellement selon une vision curative du soin et confère à l'hôpital une place privilégiée dans le champ sanitaire. Cette conception est d'ailleurs confirmée par l'al. 1 de l'art. L. 6111-1 du Code la santé publique selon lequel: « les établissements de santé, publics ou privés, assurent les examens de diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes en tenant compte des aspects psychologiques du patient ».

Plusieurs initiatives des pouvoirs publics¹² ont depuis lors tenté de renforcer la place de la prévention dans les missions des établissements de santé. A cet effet, l'al. 2 de l'art. L. 6111-1 du Code la santé publique précise que « les établissements ont vocation à participer à des actions de santé publique et notamment à toutes actions médico-sociales coordonnées et à des actions d'éducation pour la santé et de prévention ». Dans une même optique, l'ordonnance du 24 avril 1996 promeut les réseaux comme outil d'une meilleure prise en charge du patient.¹³ En pratique, les missions de l'hôpital restent toutefois concentrées sur le curatif. Celui-ci n'utilise d'ailleurs APS que comme thérapie¹⁴ dans le cadre des seules préventions secondaire et tertiaire¹⁵.

¹⁰ Il est toutefois difficile d'avancer des chiffres dans ce domaine en l'absence d'un système de recueil d'informations spécifique aux pathologies causées par le sport.

¹¹ SCHEWEYER F.X., LEVASSEUR G, PAWLIKOWSKA T, *Créer et piloter des réseaux de santé, un outil de travail pour les équipes*, Éditions ENSP, 2002, p 25.

¹² La loi hospitalière de 1970, confirmée par la réforme hospitalière de 1991.

¹³ BAZY-MALAUURIE C, *L'Hôpital, acteur de prévention*, La santé de l'Homme, n°324, juillet-août 1996

¹⁴ *Ibid.*

¹⁵ Or, comme le souligne le médecin du sport, le traitement des deux grands enjeux que sont le vieillissement et la sédentarisation suppose la mise en œuvre d'une politique de prévention, notamment primaire, qui en fait plus qu'en droit, ne ressort toujours pas de la compétence des établissements.

La prévention secondaire consiste à inciter les personnes présentant des problèmes de santé à utiliser l'activité physique pour ses vertus thérapeutiques. Il peut s'agir par exemple de traiter un trouble métabolique ou de ré entraîner le cœur à l'effort, tout ceci avec l'objectif de prévenir la récurrence en maintenant la meilleure qualité de vie possible pour ces patients.

Le secteur sanitaire s'appuie également sur la prévention tertiaire avec un double objectif ré éducatif et curatif. Il s'agit ici d'inciter les patients à intégrer l'activité physique dans leur quotidien comme moyen d'améliorer leur état de santé. Ainsi, elle permettra, par exemple, d'éviter une greffe du cœur pour un patient présentant des troubles cardiovasculaires.

On observe donc que l'hôpital a un rôle réel de promotion des exercices physiques qui se limite trop souvent à l'usage de celles-ci dans un but thérapeutique. Les établissements sociaux et médico-sociaux ont en revanche un rôle plus étoffé.

1.2.2 Le rôle plus large des établissements médico-sociaux

Les institutions médico-sociales, régies par la Loi du 30 juin 1975 modifiée par la Loi du 2 janvier 2002, se voient tout d'abord confier une compétence davantage axée sur la prévention. De par leurs missions ensuite, ces établissements sont plus naturellement portés à faire usage d'APS dans le cadre des prises en charge qu'ils proposent. En effet, contrairement aux établissements hospitaliers, le secteur sanitaire et médico-social a vocation à s'organiser en lieux de vie, avant d'être un lieu de soins. Ceci est vrai tant pour le secteur gériatrique que pour celui du handicap.

Dans le secteur gériatrique, la pratique d'APS est indispensable au maintien de la meilleure mobilité possible, ici synonyme d'une meilleure qualité de vie. L'entretien des capacités physiques permet non seulement d'occuper les personnes âgées mais également de préserver leurs schémas moteurs avec des retentissements tant au niveau physique que psychologique.

De même, dans les établissements pour personnes handicapées¹⁶, la prise en charge du handicap au moyen de l'exercice physique revêt plusieurs dimensions. Physique tout d'abord, car ces activités peuvent être utilisées à la fois dans un but ré éducatif ainsi que dans un but d'entretien de la mobilité du corps de la personne, ce qui peut soulager le travail des soignants dans leurs gestes quotidiens. Psychologique ensuite, car l'activité physique permet de restaurer l'image de soi, souvent mise à mal par le handicap d'origine

¹⁶ Cette catégorie renvoie entre autres aux maisons d'accueil spécialisées, aux foyers d'hébergement, aux instituts médico-éducatifs, aux instituts médico-pédagogiques ou aux instituts de rééducation.

congénital ou traumatique. Sociale enfin, car la pratique d'un sport est un instrument fort de socialisation.

La séparation, juridiquement instituée, entre les activités hospitalières, sociales et médico-sociales explique en partie le déséquilibre et le manque de cohérence actuels entre les différentes actions de promotion de la santé par les APS. Ce cloisonnement ne facilite pas une prise en charge efficace des patients et justifie la promotion des réseaux de soins par l'Ordonnance du 24 avril 1996 et la Loi du 4 mars 2002. C'est donc à juste titre, que la plupart des actions locales, dans notre domaine d'étude, ont choisi la voie des réseaux. L'étude des actions de terrain, thème de notre seconde partie, met en perspective ce premier constat.

2 QUELQUES INITIATIVES LOCALES ESSENTIELLES POUR LA PROMOTION DE LA SANTE PAR LES APS

Le lien sport-santé a été rapidement pris en compte essentiellement au niveau local. Les actions de proximité¹⁷ ont l'intérêt majeur d'être adaptées aux différents publics car initiées directement par les acteurs de terrain. Toutefois, l'absence d'un soutien national rend difficile la pérennisation et le développement plus larges de ces expérimentations.

2.1 Des actions de terrain pertinentes et efficaces...

2.1.1 Des exemples d'actions menées directement au sein des établissements

A- Prévention primaire et secondaire au sein d'un centre de prévention et de réadaptation cardio-vasculaire

Le centre de prévention et de réadaptation le « Bois Gilbert » à Ballan Miré (37), dont le chef de service est le Dr.....¹⁸, cardiologue, a mis en place une expérience intéressante et complète dans le cadre de cette promotion de la santé par les APS. Ce centre mutualiste offre en effet une palette complète d'actions dans le cadre de la prévention : primaire, secondaire et tertiaire.

¹⁷ Enquête réalisée sur le terrain à l'aide d'un questionnaire (Annexe 1)

¹⁸ Annexe n° 2

Dès sa création, cet établissement a pris en charge la réadaptation des patients venant de présenter des troubles cardio-vasculaires (infarctus, pontages coronaire...). Celle-ci a pour objectif une remise en condition physique, une prise en charge psychologique adaptée, la lutte contre les facteurs de risque par une information et une éducation appropriée, et une aide à la réinsertion professionnelle précoce.

Une autre action sera bientôt développée dans le cadre de cette prévention secondaire à destination des patients âgés en insuffisance cardiaque (plus de 75 ans). Les APS sont préconisées ici comme un moyen pour prévenir les récurrences dans le cadre d'une prise en charge globale de la personne, et pour la reprise d'autonomie.

Une expérimentation dans le cadre de la prévention primaire a également été lancée. Les professionnels travaillant dans cet établissement ont voulu optimiser leurs compétences professionnelles et le plateau technique existant par le biais d'une action destinée aux personnes à haut risque¹⁹ n'ayant pas encore présenté de signes cliniques de maladie cardiaque. Il est ainsi organisé un bilan complet de prévention cardio-vasculaire qui est remis à chaque patient au terme de cette journée. Il prévoit des objectifs à moyens et longs termes par le biais d'un programme adapté d'information et d'éducation (suivi nutritionnel, gestion du stress, conseils d'APS...).

B- Les APS au service de la réinsertion et de la réadaptation sociale des handicapés

Le centre mutualiste de Kerpape²⁰ est un établissement de santé, qui a pour objet de « dispenser, avec ou sans hébergement, des soins de suite ou de réadaptation dans le cadre d'une surveillance médicale à des malades requérant des soins continus dans un but de réinsertion »²¹. La promotion de la santé par les APS y prend une grande place à travers les activités de réinsertion et de réadaptation sociale par rapport aux personnes handicapées, quelque soit leur âge.

Plusieurs actions se sont développées dans ce sens : l'équitation, activité ludique permettant des actions ré éducatives avec les enfants ; la voile, activité essentiellement destinée aux enfants ayant de gros troubles du repérage pour travailler cette fonction ; le foot fauteuil électrique, les jeux aquatiques, le basket, le tennis de table, les promenades, le tir à l'arc...

¹⁹ Personnes présentant au moins deux facteurs de risques : âge et sexe (homme de plus de 40 ans, et femme à partir de la ménopause), hérédité, hypertension artérielle, taux de cholestérol élevé ou diabète, excès de poids, mode de vie sédentaire.

²⁰ Annexe n° 3

²¹ Extrait du livret d'accueil du centre.

L'enjeu de ces actions diverses et variées est certain : il y a d'abord un objectif thérapeutique et rééducatif du handicap, puis un intérêt de loisir avec un vecteur d'intégration remarquable (que ce soit le sport occasionnel ou à haut niveau). Elles ont un effet dynamisant sur la personne, et facilite le fait de vivre avec leur handicap. L'initiation aux sports est organisée au sein de la structure afin que cette activité soit poursuivie après la sortie. Elle permettra, une fois la personne sortie de ce milieu protégé, de trouver à la fois un espace de dépassement de soi mais aussi un espace de rencontre sociale. L'efficacité de ces actions n'est plus à prouver notamment sur le bien être des individus. Toutes ces expériences sont essentiellement des actions de prévention tertiaire initiées par des professionnels très motivés qui donnent beaucoup de leur temps pour les promouvoir et les développer.

C- Prévention primaire à travers les consultations de médecine du sport

Le Docteur²² a mis en place au CH de Poissy en 1991 une consultation de médecine du sport dans le service des urgences.

Les objectifs affichés de cette consultation sont de deux ordres. Elle entend assurer le dépistage d'anomalies à l'effort et permet aux médecins de donner des conseils d'entraînements après réalisation de tests en laboratoire. En conséquence, l'hôpital prend en charge les explorations physiologiques d'effort difficiles à faire en ville : test d'effort, musculaire ou visite pointue pour des aptitudes dans des disciplines très spécifiques comme la plongée ou l'aéronautisme. Ainsi, depuis les urgences, des collaborations se mettent en place avec les services de pneumologie et de cardiologie notamment pour le prêt de matériel.

Il apparaît indispensable d'encourager un partenariat efficace avec la médecine de ville qui doit assurer les visites d'aptitude de base ne nécessitant pas de recours à du matériel lourd. De la même manière, les médecins de ville doivent assurer un suivi nutritionnel des sportifs.

2.1.2 Les expérimentations en lien avec les établissements mais développées en externe

A- Des actions menées dans le cadre d'un réseau

De nombreux réseaux existent et offre une palette d'actions de prévention variées. Deux exemples nous ont paru particulièrement intéressants : le premier développe son

action dans le cadre de la prévention primaire et secondaire, le second se situant plus sur la prévention secondaire et tertiaire.

Une action a été lancée à Strasbourg par le Pr.....²³, cardiologue au CHU de Strasbourg, pour la mise en place d'un réseau alsacien : le RAR-PEP'C²⁴. Cette initiative de médecins physiologistes, cardiologues et médecins du sport a pour but de promouvoir les APS pour une prise en charge globale de l'individu. Destinée d'abord aux personnes avec un handicap cardio-respiratoire routinier (altération partielle), cette action a été étendue en direction d'un public largement sédentarisé. Ce dispositif met à la disposition de tous types de patients un programme de ré entraînement à l'effort physique en 18 séances.

L'originalité de la démarche est la personnalisation du seuil de résistance de l'individu puisque chacun repart avec sa propre carte d'identité énergétique. L'activité physique permet une amélioration de la résistance des patients de 30%. Ce renforcement des bases physiques de l'individu permet ensuite de les orienter vers des activités sportives.

Le réseau se situe ici à plusieurs niveaux. Les médecins de ville y participent puisqu'ils envoient 40% des patients reçus dans ce cadre à l'hôpital. Cette action s'est largement développée en dehors de l'hôpital initiateur puisque tout médecin a la possibilité d'utiliser cette technique à condition de suivre une formation pour obtenir le diplôme inter-universitaire spécifique. D'autres centres se sont ainsi créés pour mettre en pratique ce dispositif de prévention.

Le Professeur²⁵....., endocrinologue aux H.C.L.²⁶, est à l'initiative en 2000 du réseau dialogues dont le but est d'améliorer le traitement du diabète par la promotion notamment des APS²⁷. Plus précisément, l'association essaie d'assurer une adhérence au traitement des patients affectés par le diabète type II et d'inciter à la pratique d'un sport tout en prévenant les effets adverses. Les professionnels procèdent au moyen de prescriptions médicales et délivre une information sur les bonnes pratiques des activités physiques.

Le réseau dont le champ d'action couvre le Rhône et une partie de l'Isère et de l'Ain, crée les conditions d'un suivi efficace des patients. Il est prévu qu'il regroupe entre autres des entraîneurs sportifs, l'Université Lyon III, l'UFR APS et les H.C.L. La participation des H.C.L. est formalisée par une convention par laquelle l'association s'engage à animer le réseau et à déposer dans un certain délai une demande de financement auprès de l'ARH

²² Médecin urgentiste et médecin du sport, Annexe n°4

²³ Annexe n° 5

²⁴ RAR-PEP'C : Réseau Alsacien de Reconditionnement physique par un Programme d'Entraînement Personnalisé en Créneau.

²⁵ Annexe n° 6

²⁶ H.C.L. : Hospices Civils de Lyon à l'hôpital Cardio-vasculaire Louis Pradel

²⁷ La pratique d'une activité physique et sportive permet de réduire de 60 à 80% les risques de diabète.

et de l'URCAM. En échange, l'association a disposé lors de son démarrage d'aides sous forme de personnels, de matériels et de locaux mis à disposition.

Il est important que l'hôpital ne soit pas le principal acteur du fait de la méfiance des médecins libéraux à l'encontre des initiatives hospitalières. Il doit soutenir l'initiative des professionnels de santé qui agissent au nom de leur légitimité médicale.

B- Des actions de prévention conduites avec des associations relais des établissements

Le centre de prévention et de réadaptation cardio-vasculaire le « Bois Gilbert », au-delà de son activité propre, a permis la création d'une association (loi 1901), le « cardio club » qui prend en charge les personnes à hauts risques ou après accident pour la réadaptation dans le cadre d'APS (gym au sol, aquagym, randonnées...). Cette association travaille physiquement dans le centre qui lui met à disposition ses installations. Cette initiative permet de faire le lien entre l'hospitalisation et le retour à domicile, et de permettre à l'individu de bénéficier d'APS adaptées à son état de santé, encadrées par des professionnels, ce que ne proposent pas les clubs de sport classiques.

Le Pr.....²⁸ a également mis en place à Lille un projet intéressant qui consiste en l'organisation de stages de six mois pour des personnes atteintes de pathologies chroniques (problèmes cardiovasculaires, lombalgies, obésité). Débutés en octobre 2002, ces stages sont impulsés par les services du CHU et organisés au sein du LUC, un club omnisports, sous la responsabilité d'éducateurs sportifs et rattaché à l'hôpital. Les groupes se composent de dix personnes maximum par pathologie. Le paiement se fait sous la forme d'une cotisation sportive, donc non remboursée par la sécurité sociale, ce qui selon le Pr permet de favoriser l'autonomie et la prise de responsabilité des individus quant à leur santé. A mi-chemin entre le sport et le soin, le relais est assuré par un protocole de suivi strict, adapté à chaque pathologie, avec notamment la visite d'internes au sein du club.

C- Prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées à travers les APS

Dans le secteur des personnes âgées, des ateliers sont également mis en place afin d'agir dans le cadre de cette prévention primaire sur ce public à risque, mené à l'origine grâce à un partenariat multiple²⁹.

²⁸ Chef de service en rééducation CHU Lille, vice-président du Lille Université Club (LUC), Annexe n° 7

²⁹ CHRU de Dijon, Comité départemental d'éducation pour la santé de Saône et Loire, Comité régional d'éducation pour la santé en Bourgogne, Mutualité de Bourgogne, Services jeunesse et sports de Bourgogne.

On voit ainsi se développer les « ateliers équilibre » dans plusieurs régions : Bourgogne, Franche-Comté... Un tel atelier comprend une série de tests servant à adapter le programme à chaque personne, dix séances hebdomadaires, collectives, d'une heure d'animation physique spécifique et enfin une série de tests permettant de mesurer l'évolution des aptitudes de chacun. De plus, l'animateur propose des exercices personnalisés à faire seul à domicile pour continuer à stimuler la fonction d'équilibration.

En établissement, des actions se sont également développées notamment par le biais de l'association SIEL³⁰ Bleu. Les animateurs professionnels de cette association sont tous diplômés (homologués par Jeunesse et Sport ou par l'Éducation Nationale). Ils interviennent dans les établissements sanitaires et sociaux pour organiser des ateliers variés qui se servent des APS adaptées pour promouvoir la santé pour les personnes âgées : gymnastique sur chaise, danse sur chaise, ateliers motricité, ateliers prévention des chutes, gymnastique spécifique (section Alzheimer, long séjour), tir à l'arc, ateliers adresse... Ce type d'actions a deux objectifs principaux, participer à la lutte contre le vieillissement et favoriser le maintien de l'autonomie. Dans ce cadre, ils permettent de repousser le moment de la chute ou de diminuer sa gravité en préservant les qualités physiques et psychologiques de l'individu.

Ces actions locales pertinentes et efficaces sont malheureusement difficiles à mettre en place et à maintenir dans le temps.

2.2 ...qui restent cependant isolées et fragiles

2.2.1 Un montage juridique complexe et des financements non pérennes

A- La lourdeur de la gestion administrative

La mise en place et le maintien d'une action de promotion de la santé par les APS nécessite un travail important au préalable. Beaucoup de temps s'avère nécessaire pour accomplir l'ensemble des formalités administratives, qui doit être effectué lors de chaque action en raison de l'absence de directives nationales. La mobilisation des partenaires, notamment pour la création d'une action en réseau, crée des difficultés tant dans la conception d'une organisation efficace que dans la définition du rôle de chacun. De nombreux acteurs sur le terrain ont souligné la lourdeur que cela représentait, en indiquant parfois qu'ils devaient effectuer une partie des démarches bénévolement.

La part de l'investissement personnel et du bénévolat constitue d'ailleurs une certaine fragilité dans la mise en place de différentes actions. De multiples APS à Kerpape perdurent essentiellement grâce à la motivation et à l'engagement personnel de quelques-uns.

La lourdeur organisationnelle peut par ailleurs être accentuée, du fait de la multitude de partenaires ou du fonctionnement de certaines structures. Ainsi, le Centre de Kerpape nous a indiqué que les activités mises en place en partenariat avec la Fédération Française Handisport fonctionnaient mais qu'elles étaient très lourdes à mettre en œuvre, du fait d'une organisation rigide et d'une insuffisance de moyens.

B- L'absence de financement pérenne

Le bénéfice de l'action doit être prouvé avant d'entamer des discussions financières. Si l'ARH finance certaines actions de prévention secondaire ou tertiaire, des montages financiers complexes s'avèrent parfois nécessaires. Ainsi, la mise en place d'une consultation de médecine du sport au CH de Poissy a nécessité la création d'une association pour recueillir des subventions (Conseil Général ou régional, DDJS ou DRJS, particuliers) afin de rémunérer le personnel, dans la mesure où l'hôpital ne dispose pas des moyens de le faire lui-même.

Les budgets alloués dans le cadre d'action de prévention primaire sont rares et principalement éphémères. Ce type d'action, sans autres sources de financement, risque donc à terme de disparaître. Le centre "Bois Gilbert" à Ballan Miré se voit ainsi contraint de chercher de nouveaux fonds pour assurer la pérennité de son action de prévention primaire pour les personnes n'ayant pas présenté de signes cliniques de maladie cardiaque, le budget d'expérimentation alloué par le Ministère de la Santé n'étant pas reconduit pour 2004. Cette situation souligne le caractère paradoxal du dispositif existant : malgré son efficacité prouvée, le devenir de cette action demeure incertain.

2.2.2. Un manque de coordination et une évaluation insuffisante

A- Une coordination lacunaire

Le recensement des actions exemplaires en termes de promotion de la santé par les APS effectué à la demande du Ministère des Sports, révèle une grande disparité de ces actions³¹.

³⁰ Sport Initiative et Loisir

³¹ COTARD B, JOURDAIN A., BRECHAT P.H., *Recensement d'actions exemplaires de la santé par les activités physiques et sportives et de prévention des conduites dopantes*, rapport final, ENSP - LAPSS, mars 2003, 37p.

Menées localement sur l'initiative de quelques personnes, ces actions ne font pas l'objet de réelle coordination. Les différents intervenants n'ont pas connaissance de l'ensemble des actions menées dans leur domaine de travail. D'autre part, ces actions (et leur rôle) sont très peu connues par l'ensemble de la population.

La présence de la consultation de médecine du sport au sein du CH de Poissy devrait permettre à l'hôpital de ne prendre en charge que les cas les plus lourds. Malgré la visibilité de la consultation aux urgences, le manque d'information et de coordination ne lui permet pas de jouer pleinement son rôle. Il s'avère donc nécessaire d'améliorer le travail en réseau avec les médecins de ville voire avec les cliniques privées afin que l'hôpital n'intervienne que pour les cas les plus difficiles.

B- Une évaluation insuffisante

Une évaluation automatique de ces actions s'avère indispensable, tant pour prouver leur efficacité que pour favoriser leur pérennisation. La majorité des acteurs interviewés a indiqué que l'évaluation, lorsqu'elle était réalisée, se faisait au cas par cas.

Ainsi, dans le cadre du réseau alsacien de reconditionnement, le Pr a beaucoup insisté sur le fait qu'il manque à leur échelle une personne qualifiée et disponible pour faire l'évaluation globale du dispositif dans tout le réseau. L'évaluation individuelle par dossier est organisée par les médecins et les porteurs du projet, mais ils n'ont pas la possibilité par manque de temps, de moyens et de compétence d'organiser cette analyse globale de l'ensemble des dossiers avec un logiciel adapté.

Il faut néanmoins souligner que les évaluations globales tendent à se mettre en place, telles qu'au Centre de Ballan Miré ou aux H.C.L. à l'Hôpital Cardio-Vasculaire Louis Pradel où elle est imposée par les financeurs.

L'évaluation d'une action de promotion de la santé suppose également de connaître les économies qu'elle induit vis-à-vis de l'Assurance Maladie. Ainsi, le bilan complet de prévention cardio-vasculaire mené à Ballan Miré permettrait de réduire les accidents de 33%. Par ailleurs, une baisse des arrêts de travail serait constatée du fait de la pratique d'APS³².

³² Annexe n° 7

Même s'il s'avère particulièrement difficile de chiffrer les économies engendrées par ces actions, les différents acteurs s'entendent à dire que le bénéfice ainsi réalisé est loin d'être négligeable.

L'initiative locale présente de nombreux avantages, notamment pour l'expérimentation d'idées de professionnels de santé, mais elle a le travers d'être isolée et de ce fait fragile dans le temps. Les difficultés de pérennisation par un financement durable et la faible coordination nécessitent une amélioration du dispositif existant au niveau local et national.

3 DES PROPOSITIONS POUR CONFORTER ET DEVELOPPER CES ACTIONS TANT AU NIVEAU LOCAL QU'AU NIVEAU NATIONAL

Si au niveau local des efforts sont produits pour promouvoir la santé par les APS, les contraintes et limites constatées exigent une évolution du rôle des établissements sanitaires et médico-sociaux. Cependant, les acteurs de terrain sollicitent également une prise de conscience nationale des pouvoirs publics qui devrait se traduire par une politique de santé cohérente et transversale.

3.1 Une évolution souhaitable du rôle des établissements sanitaires et médico-sociaux dans l'organisation locale d'actions de promotion de la santé par les APS...

3.1.1 Le renforcement souhaitable du rôle des établissements dans leur domaine traditionnel d'intervention

Les établissements sanitaires et médico-sociaux jouent déjà un rôle important en matière d'utilisation thérapeutique des APS ; leur intervention dans certains domaines pourrait, cependant, être améliorée.

De nombreux acteurs de terrain ont insisté sur le fait que le rôle principal des institutions sanitaires et sociales réside dans l'intégration des professionnels du sport et de la santé au sein même de leurs structures de soins.³³

Il s'agirait, par exemple, d'éducateurs sportifs spécialisés dans le domaine de la santé, de diplômés des UFR STAPS et autres, dont la place serait toute trouvée auprès des patients des services d'USLD, d'EHPAD, de CHS ou encore d'institutions spécialisées pour handicapés.

De telles mesures paraissent cependant difficiles à mettre en œuvre dans la conjoncture actuelle en ce qu'elles représenteraient un investissement financier non négligeable en terme de créations de postes ; elles exigent en outre la reconnaissance de l'utilité thérapeutique de ces nouveaux emplois en établissements de soins.

Si les médecins rencontrés sur le terrain sont persuadés de la complémentarité des compétences de ces professionnels avec celles des kinésithérapeutes et autres intervenants paramédicaux, reste à convaincre les principaux décideurs du bien-fondé de cette proposition.

La participation des établissements à la formation des professionnels sport-santé pourrait également être développée grâce à des conventions passées par ces institutions avec les universités, les associations ou administrations (type DRDJS) qui assurent une partie de leur cursus.

Concernant la marge de manœuvre des CHU dans l'organisation et le contenu des études médicales, certains correspondants ont souligné l'importance de reconnaître la qualité de spécialité médicale à la médecine du sport et de permettre ainsi aux internes de cette discipline de réaliser leurs stages en structures hospitalières.

Dans la même perspective, il serait également utile que les établissements développent les consultations externes de médecine du sport et ce, dans le but d'élargir et d'améliorer leur champ d'action essentiellement curatif.

Comme l'illustre l'expérience du Dr³⁴, les médecins du sport interviennent à la fois dans le cadre de la prévention primaire et dans celui de l'éducation thérapeutique auprès de patients souffrant de plusieurs pathologies³⁵ et pour lesquels un avis médical spécialisé est indispensable. Ainsi, des formes de collaboration sont à développer au sein des établissements entre spécialistes³⁶ et consultations de médecine du sport.

Il a également été suggéré, lors des entretiens avec les professionnels, que les établissements sanitaires et médico-sociaux endossent de nouvelles responsabilités en matière de recherche et d'études concernant les bienfaits physiologiques des APS ainsi que sur le dépistage des populations à risque. Les établissements seraient invités à développer leurs capacités dans ce domaine afin de constituer, chacun à leur échelle, de véritables observatoires locaux de santé permettant d'identifier et de suivre l'évolution de

³³ Selon le Dr ... Médecin Conseil à la DRDJS Midi-Pyrénées, annexe n° 8

³⁴ Annexe n° 4

³⁵ Annexe n° 8

³⁶ Cardiologie, rhumatologie, traumatologie, diabétologie ...

populations cibles comme les personnes âgées, les hypertendus, les jeunes obèses, les sportifs de haut niveau ou les populations particulièrement sédentarisées³⁷.

Enfin, plusieurs articles de la Loi du 2 janvier 2002 orientent l'action des diverses institutions, d'une part, vers une organisation tendant à mieux prendre en compte les besoins de la personne handicapée et d'autre part vers la réalisation plus systématique d'évaluation. Pour ce faire, elle précise qu'il est souhaitable que les usagers bénéficient d'un accompagnement individualisé de qualité favorisant leur autonomie et qu'un projet d'établissement définira des objectifs en matière d'évaluation et de qualité des prestations. Cette évolution devrait induire des effets sur la prise en charge des sujets dans le cadre de programmes d'APSA.³⁸

3.1.2 Une nécessaire répartition des tâches avec les autres acteurs dans un souci constant de coordination

A- Vers un approfondissement des différents types de coopération avec les principaux partenaires.

Il s'agit dans un premier temps de partenaires institutionnels tels que les ARH, les DRASS, DDASS ou collectivités locales, avec lesquels les établissements peuvent coopérer sur des sujets touchant à la coordination locale des activités de recherche et de dépistage : organisation d'études sur les jeunes obèses en partenariat avec la médecine scolaire, études sur les populations défavorisées en lien avec les services sociaux locaux. A charge pour les tutelles de centraliser les résultats et d'organiser la mobilisation des acteurs concernés pour qu'ils apportent des solutions aux problèmes soulevés.

Les collectivités locales peuvent également s'associer aux établissements ou à certains de leurs services pour des actions ponctuelles de prévention : campagnes d'informations, de mise en garde sur les conduites à risques ...

Les établissements ont de nombreux liens de coopération à entretenir avec les associations, clubs de sport et fédérations sportives.

Ces structures sont indispensables pour relayer l'action des établissements en matière de rééducation et de prévention : les médecins du sport et autres praticiens hospitaliers y ont fréquemment recours lorsqu'ils prescrivent à leurs patients des APS correspondant à leurs besoins. Certains interlocuteurs de terrain insistent sur la nécessité de pérenniser

³⁷ Personnes socialement défavorisées ou ayant des comportements à risques...

³⁸ *Incidence d'un programme d'activités physiques adaptées sur la santé et la qualité de vie des personnes en situation de handicap mental sévère vivant en institution en Midi Pyrénées*, rapport coordonné par A. DEJEAN, Toulouse, Avril 2003

les effets bénéfiques des traitements suivis en établissement et de réinsérer durablement les publics visés.

Ainsi, la FFSA intervient auprès des établissements médico-sociaux dans le cadre du projet individuel de la personne. De son côté, la Fédération de Gymnastique Volontaire de Bretagne prend en charge les patients de l'unité de prévention du centre de cardiopneumologie du CHU de Rennes.³⁹

Rappelons enfin que les établissements gagneraient à développer leur collaboration avec les médecins généralistes afin qu'ils puissent prendre en charge et orienter certains patients ne nécessitant qu'une visite d'aptitude de base.

B- Une nécessaire coopération au sein d'un réseau animé par les différents partenaires des établissements

La coopération entre établissements et acteurs engagés dans une démarche de promotion de la santé par les APS est trop souvent partielle et peu formalisée ; or, la prise en charge efficiente et durable d'un bassin de population en la matière nécessite une organisation coordonnant des acteurs de proximité aux savoir-faires complémentaires. Ainsi, le réseau est apparu comme le mode d'organisation le mieux adapté pour assurer la continuité de la prise en charge des personnes nécessitant la pratique d'APS.

Le Dr a plaidé en faveur d'un réseau « transversal » aux réseaux tissés autour des établissements sanitaires et sociaux, de manière à ce que ses membres puissent intervenir auprès de personnes souffrant de pathologies différentes. Il souhaiterait ainsi voir les APS promues et développées au sein de réseaux aussi divers que ceux des asthmatiques, des obèses, des diabétiques ou des malades du sida. Dans ces conditions, le risque de redondance des structures, source de complexité et de gaspillage serait évité.

Cependant, nombre de professionnels écartent l'hypothèse selon laquelle il incomberait aux établissements d'animer, eux-mêmes, ce type de réseau. Bien que leur soutien logistique paraisse nécessaire à la phase initiale de démarrage du projet, la lourdeur financière, humaine et matérielle de ce type d'organisation et la méfiance des professionnels libéraux de santé vis-à-vis des initiatives hospitalières plaident en leur faveur. Les structures sanitaires et sociales doivent rester concentrées, selon certains, sur leurs missions prioritaires de soins, tandis que le réseau sport-santé se met à leur disposition pour répondre à leurs besoins.

³⁹ Annexe n° 9

L'une des principales missions à confier à ces réseaux serait la mutualisation des expériences acquises afin d'étendre et de généraliser les initiatives de chacun qui restent encore trop disparates et confidentielles. C'est dans ce cadre que pourraient être organisés "des États Généraux de Lutte contre la Sédentarité", proposés par le Pr. du CHU de Rennes. La promotion de « l'exemplarité » des professionnels intervenant dans le domaine de la santé est également un élément du débat animant le réseau sport-santé. En effet, selon le Pr, ce n'est qu'en montrant eux-mêmes l'exemple que les professionnels de santé (médecins, soignants...) pourront être convaincants et passer le message de prévention et d'éducation à la santé au plus grand nombre.

La constitution de ces réseaux devrait également permettre la sensibilisation du monde du sport aux problématiques de santé publique. La coopération entre associations sportives, administrations jeunesse et sport et professionnels de santé au sein d'un seul et même réseau rend nécessaire l'information voire la formation en sport adapté des professeurs, moniteurs, entraîneurs et éducateurs sportifs participants. Ceci dans le but de faire tomber certaines barrières culturelles alimentant l'incompréhension mutuelle entre des professionnels du sport, qui ne voient l'intérêt de leur discipline que dans la pratique de la compétition, et des professionnels de santé qui mettent l'accent sur ses vertus physiques bienfaitrices. L'insertion des personnes convalescentes dans des structures d'APS classiques ne peut qu'en être améliorée.

Si de telles propositions ont un fort impact local grâce à la mobilisation continue des acteurs de terrain, elles doivent désormais trouver une consécration nationale qui faciliterait l'action quotidienne de ces derniers.

3.2 ...qui doit être relayée par une véritable politique globale de santé publique fondée sur la prévention

3.2.1 Une prise de conscience nationale impulsée par les acteurs de terrain

A- La vision des professionnels concernés

Pour les professionnels, les difficultés de pérennisation rencontrées ne trouveront pas de solutions définitives à leur niveau. Une prise de conscience nationale apparaît alors indispensable. Si la sédentarité est bien l'un des enjeux majeurs pour l'avenir, l'action locale, fondamentale, ne sera pas suffisante.

Il faut un réel programme de prévention sur le long terme dans le domaine de la santé publique. Ceci paraît compliqué en France où l'on agit souvent dans l'urgence. D'autres pays comme le Canada⁴⁰ ont très vite compris et mis en œuvre cette idée. Les pouvoirs publics français doivent accepter le fait que les bénéfices d'une telle politique massive de prévention ne seront pas visibles à court terme mais plutôt sur dix ou quinze ans.

Au-delà des bienfaits physiques sur la population, il y a un intérêt financier pour les dépenses de santé de l'État. Il faudrait donner plus de place à la prévention et se donner les moyens d'une véritable politique globale. Une prévention réussie permettrait en effet de diminuer de manière sensible les dépenses de la sécurité sociale tant au niveau des hospitalisations que de la prise des médicaments.

C'est à la fois une révolution culturelle et un pari sur le long terme. Il faut penser APS au quotidien et à cet effet utiliser tous les moyens de communication pour promouvoir cette idée. La communication autour du sujet devrait d'ailleurs constituer un objectif prioritaire des réseaux afin de provoquer ce changement culturel que beaucoup appellent de leurs vœux.

B- Les prémices d'une prise de conscience nationale

De nombreux acteurs institutionnels se sont investis de cette politique, fruit d'une prise de conscience lente et progressive.

La place des APS dans l'amélioration de la santé s'est manifestée, dans un premier temps, en lien étroit avec le thème de la nutrition. Aussi, insistant sur l'approche interministérielle, le Plan National Nutrition Santé (PNNS), paru en 2000, préconise l'augmentation de l'activité physique journalière de l'équivalent d'une demi-heure de marche rapide notamment pour lutter l'obésité des enfants⁴¹.

Concomitamment, une réflexion a été initiée au niveau gouvernemental pour traiter précisément des APS. Les pouvoirs publics semblent en effet avoir pris conscience, suite aux scandales de dopage lors du Tour de France 1998, de la nécessité de réagir face à

⁴⁰ Programme Kino Québec 1977, Santé et activités physiques et sportives, in *Actualité et Dossier en Santé Publique*, Revue Trimestrielle du Haut Comité de la Santé publique, n° 14 mars 1996.

⁴¹ Annexe n° 11 pour une présentation sommaire du PNNS

ce fléau pour le sport professionnel. Cependant ces dispositions ne concernent qu'une partie du monde du sport⁴².

C'est pourquoi les autorités ont abordé cette question d'un point de vue plus global estimant, selon le Dr BRECHAT⁴³, qu'il était nécessaire de mobiliser le plus grand nombre grâce à un débat sur la place des APS et de leur impact sous l'axe « bénéfico-risque » pour la santé. Il a été ainsi décidé de diffuser une information complète sur les bonnes pratiques des APS et seulement ensuite d'aborder la problématique du dopage.

Cependant, la dynamique de ces projets pourrait perdre de sa cohérence pour deux types de raisons. D'une part, la multitude des publics visés – enfants, adolescents, adultes valides, personnes handicapées et personnes âgées – a pu mettre à l'épreuve cette action en dispersant les forces ministérielles. D'autre part, le développement déjà ancien de politiques de la ville, nationales et locales, a encouragé la création d'espaces verts ou la limitation par les populations de l'usage de leur voiture. Ces mesures sont isolées et dispersées même si elles ont contribué, à leur échelle, à favoriser une démarche de santé publique autour de la pratique d'activités physiques.

Cette question de la promotion de la santé par les APS devrait donc permettre de fédérer les acteurs de terrain ainsi que les instances nationales pour ne pas nuire à la cohérence générale du système. Touchant de nombreux publics et annonçant une réponse pluridisciplinaire et transversale, cet objectif de santé publique est amené à connaître de nouveaux développements dans les mois et années à venir.

3.2.2 L'affirmation de la promotion de la santé par les APS dans les objectifs de la politique nationale de santé publique

A- La confirmation d'une nouvelle approche transversale de la santé publique

Depuis quelques mois, de nombreux ministères se sont emparés du thème propre de la promotion de la santé par les APS (Santé et personnes handicapées, Personnes âgées, Sports, Intérieur et Éducation Nationale) ainsi que plusieurs centres de recherche (CNRS, INSERM). Le soutien politique est réel sur un sujet qui traduit « l'évolution des mentalités individuelles et collectives qui recherchent à travers cette

⁴² Sur ce sujet la forte médiatisation a obligé plusieurs ministres, notamment Mme BUFFET et M. KOUCHNER, alors aux sports et à la santé, à mobiliser des moyens pour traiter de cette question. Plusieurs mesures ont conduit à l'installation du Comité de lutte et de prévention du dopage et de nombreuses modalités de lutte contre cette pratique. La récente Loi du 22 juillet 2003 relative à l'organisation et à la promotion des activités physiques et sportives confirme ces orientations et insiste encore sur la nécessaire prévention du dopage.

⁴³ Annexe n° 10

pratique le moyen d'entretenir sa condition physique, de lutter contre le vieillissement et de prolonger la vie »⁴⁴. En conséquence, pour éviter une complexification des relations, il convient de déterminer un pôle unique de décision, pour un travail transversal, qui s'appuiera sur des recherches multiples en ce domaine. A ce titre, le Ministère des Sports, en collaboration avec l'ENSP, a publié une grande étude en mars 2003 assurant le recensement d'actions exemplaires de promotion de la santé par les activités sportives et de prévention des conduites dopantes⁴⁵. Elle devrait faciliter une réflexion nationale sur des actions du terrain dans un objectif de généralisation et confirmer l'importance de cette question lors d'arbitrages ministériels à venir.

Ayant un rôle moteur dans ce champ d'action, les Ministères des Affaires sociales, de la Santé et des Sports ont impulsé quelques projets en s'associant les uns et les autres.

D'une part, un programme national de promotion de la santé par les APS et la prévention des conduites dopantes a été réalisé par une commission du Ministère de la Santé qui a permis d'allouer des crédits fléchés aux établissements sanitaires et médico-sociaux.

D'autre part, les débats issus des États généraux du Sport de décembre 2002 ont permis la mise en place de référents handicap par le Ministère. Depuis le 1^{er} septembre 2003, un référent national handicap a pris ses fonctions au CREPS de Bourges. Il est chargé d'améliorer l'accès aux pratiques sportives pour les personnes handicapées. Sa mission consiste à dresser l'état des lieux dans ce domaine et à coordonner les actions des référents handicap régionaux et départementaux⁴⁶.

Enfin, le Secrétariat d'Etat aux personnes âgées a élaboré et lancé un programme pluriannuel intéressant appelé « Bien Vieillir ». Il vise à placer les APS non seulement comme un élément d'amélioration de la santé mais aussi comme un moyen d'épanouissement personnel⁴⁷.

Si la constitution de pôles pluridisciplinaires de pôles de recherche sur le terrain aboutit⁴⁸, il apparaît essentiel de favoriser au niveau national un projet transversal et unique. C'est pourquoi un ambitieux travail législatif est prêt à s'engager dans les semaines à venir afin de poser les APS comme un élément central de la politique de santé publique en France. Les projets ont également pour objectif de réduire les difficultés liées à l'éparpillement ministériel.

⁴⁴ BRECHAT P.H. et al., *Activités sportives et santé publique*, Actualités et dossier en santé publique, n°39, juin 2002, p.6

⁴⁵ COTARD B, JOURDAIN A., BRECHAT P.H., *op.cit.*, Rapport final, ENSP, Mars 2003, 37p.

⁴⁶ Se référer au site internet du Ministère des Sports : www.sports.gouv.fr

⁴⁷ Annexe n° 12 pour une présentation sommaire du programme « Bien Vieillir »

⁴⁸ Cf partie 3.1.1

B- Vers une traduction législative pour plus de cohérence dans la mise en place de ces objectifs

a) *Le projet de loi relatif à la politique de santé publique*

« L'exercice physique » fait partie des cent objectifs annexés au projet de Loi sur la politique de santé publique qui sera discuté devant l'Assemblée Nationale à partir du mois d'octobre 2003. Le projet aiguille, néanmoins, dès aujourd'hui, sur les pistes que souhaite favoriser le Ministère dans son entreprise de renforcer la santé publique en France.

Dans ce cadre, il est décrit des objectifs de santé quantifiés susceptibles d'être atteints dans la population, ou dans des groupes spécifiques ayant des traits communs, à une échéance pluriannuelle (5 ans). Afin de renforcer l'impact de ces politiques, il convient de s'engager dans une démarche de planification stratégique qui donnera une meilleure lisibilité aux efforts consentis pour améliorer la santé.

Au sein des objectifs nationaux, les pouvoirs publics ont souhaité renforcer la relation entre nutrition et exercice physique, partant du constat scientifique où la pratique régulière et adaptée d'APS entraînait des améliorations substantielles de l'état de population valides ou handicapées. Tant les exemples de terrain exposés plus haut que le PNNS sont l'expression de cette prise de conscience.

A ce titre, il nous a semblé intéressant de présenter l'objectif « nutrition et exercice physique » détaillé dans le projet de loi et sur lequel la Direction Générale de la santé ainsi que de nombreux acteurs de terrain reposent leurs espoirs quant à une meilleure lutte contre la sédentarité de la population. Les objectifs proposés sont présentés pour chacun des problèmes de santé retenus à la suite de la consultation nationale. Seuls les objectifs directement en rapport avec le sujet ont été retenus et présentés en annexe⁴⁹.

Par ailleurs, il faut s'intéresser à un grand projet lié à la mise en place de la Loi Organique relative aux finances publiques (LOLF) de l'État qui engage une rénovation profonde des règles de la gestion publique.

b) *La mise en place à l'horizon 2006 de la loi organique réformant les finances publiques*

Pour faire face aux nouvelles conditions économiques et sociales, renforcer le pouvoir du Parlement et mieux répondre aux exigences de transparence des citoyens,

⁴⁹ Annexe n° 13

l'ordonnance organique du 2 janvier 1959 a été profondément remaniée par la réforme d'août 2001 consacrant la LOLF.

Selon le Dr BRECHAT, ce nouveau budget est restructuré dans un sens permettant au Parlement d'exercer plus de pouvoirs et à l'ensemble de l'administration de recentrer son activité sur les résultats et les objectifs. Le budget s'organise désormais autour de la notion de programme qui regroupe les crédits destinés à réaliser une action ou un ensemble d'actions relevant d'un même ministère. Des programmes ayant la même finalité sont regroupés en missions qui elles peuvent être interministérielles. Ce regroupement répond à un objectif défini en fonction de finalités d'intérêt général.

La LOLF, qui entrera en vigueur pour tous les ministères en 2006, devient donc un budget de résultats présenté en fonction des objectifs à réaliser. Les notions de performance publique et d'évaluation passent au premier plan.

Le programme relatif à la promotion de la santé par les APS pourrait bénéficier de cette nouvelle gestion plus efficiente. Selon le Dr BRECHAT, il y a tout lieu de penser qu'une telle réforme est un véritable espoir pour tous les experts de la question d'autant qu'un référent national sera nommé qui aura pour mission de fédérer l'ensemble des ressources.

CONCLUSION

Les APS sont donc susceptibles de faire l'objet d'une véritable politique de santé publique dans ses dimensions de promotion, de prévention, de prise en charge curative et de réadaptation. Il s'agit également d'une véritable éducation pour la santé, éducation qui favorise ainsi l'autonomie et la participation des citoyens....donc le développement de la démocratie sanitaire. Le précepte « pensée globale, action locale » se confirme : la pratique des APS doit être adaptée pour l'ensemble de la population, de la petite enfance à la personne âgée, de la personne handicapée mentale à la personne handicapée motrice, dans ses différents temps et lieux de vie (ville, monde du travail, loisir social), et dans la perspective d'un abaissement du coût social de la santé.

Le rôle des établissements sanitaires et médico-sociaux demeure à ce titre indiscutable ; néanmoins, le savoir-faire est appelé à se délocaliser dans la logique actuelle des réseaux.

Un nouveau choix de société s'avère alors souhaitable : car si pendant un siècle l'homme a cherché à se libérer des contraintes physiques nécessaires à son travail et à ses déplacements, il s'aperçoit que l'effort physique est indispensable à son équilibre physique et psychique. Les propos de Pascal sont donc toujours d'actualité : « notre nature est dans le mouvement, le repos entier est la mort ».

Bibliographie

Articles

BLAZY-MALAUURIE C., L'hôpital, acteur de prévention, *La santé de l'Homme*, n° 324, juillet-août 1996, p.18 et s.

BRECHAT P.H. et al., Activités physiques et sportives et santé publique, in *Actualité et Dossier en Santé Publique*, n°39, juin 2002

BOUR. H., *Activités physiques et sportives, développement, santé*, Santé publique 1990, 2^{ème} année, n°4, p.5 et s.

GARNIER A., *La pratique sportive en France*, in *Actualité et Dossier en Santé Publique*, Revue Trimestrielle du Haut Comité de la Santé publique, n° 14, mars 1996, p.4 et s.

RIEU M, *Aspects bénéfiques de la pratique des activités physiques et sportives*, in *Actualité et Dossier en Santé Publique*, Revue Trimestrielle du Haut Comité de la Santé publique, n° 14, mars 1996, p.13 et s.

Santé 21 -La santé pour tous au 21^{ème} siècle- La politique cadre de la Santé pour tous pour la région européenne de l'OMS, Série européenne de la santé pour tous, OMS, n°6, 1999

Le Concours médical, supplément n° 26, 3 juillet 2000

Actes de colloques

Santé publique, activités physiques et sportives, Congrès Annuel de la Société Française de Santé Publique du 12 et 13 octobre 1989 à Paris, in *Santé Publique* n°4 juillet/août 1999

Enquêtes

La France sportive, premiers résultats de l'enquête « pratiques sportives 200, STAT-Info, Bulletin de statistiques et d'études du Ministère de la jeunesse et des sports, n°01-01, mars 2001

Mémoire

BOISSON J.Y., *Les réponses d'un Centre Hospitalier en traumatologie et médecine du sport*, Mémoire EDH, ENSP, 1993.

Rapports

Prévention et choix des priorités de santé publique dans quelques pays européens, in Documents de Travail, Collection Etudes DREES n°4, septembre 2000

COTARD B, JOURDAIN A., BRECHAT P.H., *Recensement d'actions exemplaires de la santé par les activités physiques et sportives et de prévention des conduites dopantes*, rapport final, ENSP - LAPSS, mars 2003, 37p.

Incidences d'un programme d'activités physiques et sportives adaptées sur la santé et la qualité de vie des personnes en situation de handicap mental sévère vivant en institution en Midi-Pyrénées, sous la direction de A. DEJEAN, DRDJS, Toulouse, Avril 2003, 25p.

Sites internet

Ministère des sports : www.sports.gouv.fr

Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées : www.sante.gouv.fr

Liste des annexes

Annexe n° 1 : Questionnaire d'entretien

Annexe n° 2 à 10 : Compte-rendu des entretiens

Annexe n° 11 : Présentation du Programme National Nutrition Santé (2000)

Annexe n° 12 : Présentation du programme "Bien Vieillir" (mars 2003)

Annexe n° 13 : Tableau de présentation de l'objectif national "exercice et nutrition" issu des annexes du projet de loi relatif à la politique de santé publique et notice explicative

Annexe 1 : Questionnaire d'entretien

1. Pouvez-vous nous décrire l'objectif de votre action en précisant les motivations, constats et initiatives à l'origine de sa création ?

2. Quels sont les acteurs et les partenaires de l'action et le rôle de l'établissement de santé?

3. Quels sont les objectifs du projet ? Plus précisément, quelle catégorie de prévention – primaire, secondaire ou tertiaire – développez-vous ?

4. Quels sont les publics visés par l'action et les publics finalement touchés ?

5. Quel est votre budget et quels sont vos moyens (matériels, humains, financiers) ?

6. Quels sont les atouts et faiblesses repérés de cette action, notamment dans sa mise en place ?

7. Avez-vous envisagé ou réalisé des évaluations sur l'impact et les résultats de votre action notamment en terme d'amélioration de l'état de santé de la population ?

8. Quelles sont vos propositions ou recommandations pour l'avenir, afin de corriger et de pérenniser cette action ?

Annexe 2

Entretien avec un médecin cardiologue, chef de service

Centre de prévention et de réadaptation cardiaque,

19 septembre 2003

1) Origine, description action et objectifs

A l'origine, le centre s'occupe de la réadaptation des patients venant de présenter une pathologie cardio-vasculaire aiguë (infarctus, pontages coronaires...).

La réadaptation cardio-vasculaire après un accident cardiaque a pour but, tout en assurant une surveillance médicale, de guider le patient dans la reprise de sa vie familiale et socio-professionnelle.

Elle a pour objectif une remise en condition physique, une prise en charge psychologique adaptée, la lutte contre les facteurs de risque par une information et une éducation appropriée, et une aide à la réinsertion professionnelle précoce. Les activités physiques et sportives sont préconisées comme un moyen pour prévenir les récurrences dans le cadre d'une prise en charge globale.

C'est ce que les cardiologues appellent de la prévention secondaire: 62 lits de réadaptation.

Les professionnels travaillant dans ce centre ont voulu optimiser les compétences professionnelles de leur centre et le plateau technique existant.

Ils voulaient aller plus loin dans leur action par le biais d'une prévention primaire, destinée aux personnes n'ayant pas présenté de signes cliniques de maladie cardiaque. Cette action n'est néanmoins pas ouverte à tous mais seulement à une population à haut risque, c'est à dire présentant au moins deux facteurs de risque : âge et sexe (homme de plus de 40 ans, et femme à partir de la ménopause), hérédité (antécédents familiaux d'accident cardiaque), hypertension artérielle, taux de cholestérol élevé ou diabète, excès de poids, mode de vie sédentaire.

L'objectif du centre est de proposer selon les facteurs de prédisposition au risque cardio-vasculaire, des moyens de prévention.

Le centre permet de réaliser sur une journée un bilan complet de prévention cardio-vasculaire: bilan biologique, consultation cardiologique, épreuve d'effort, échographie vasculaire, enquête nutritionnelle, bilan de l'état psychologique avec échelle de dépression et d'anxiété. Au terme de cette journée, il est remis à chaque patient le compte rendu de son bilan qui peut être communiqué au médecin traitant.

Des objectifs à moyens et longs termes sont proposés par le biais d'un programme adapté d'information et d'éducation: suivi nutritionnel, aide au sevrage tabagique, gestion du stress, conseil d'APS, initiation aux gestes qui sauvent.

La troisième action de ce centre, concerne la médecine du sport pour les sportifs de haut niveau qui veulent être conseillés. Ils font également un bilan complet (consultation de cardiologie, échocardiogramme, épreuve d'effort avec consommation d'oxygène), afin de vérifier qu'il n'y a pas de contre indication pour une activité sportive de haut niveau.

Une quatrième action sera bientôt développée, dès septembre 2004: 30 lits complémentaires vont être créés dans le cadre de la prévention secondaire à destination de patients âgés en insuffisance cardiaque (+ 75 ans). Ce service permettra de dégorger les services de soins aigus et d'offrir des débouchés.. Les activités physiques et sportives feront partis intégrante du programme de réadaptation dans ce cadre, pour la reprise d'autonomie.

Il est prévu une hospitalisation de 1 mois. Ce sera une activité de proximité à destination des personnes âgées qui permettra de mieux préparer leur sortie d'hospitalisation.

2) Les acteurs et les partenaires de ces actions

Le centre est un établissement de santé privé (Mutualité d'Indre et Loire), conventionné par la Sécurité Sociale, qui prend directement en charge cette promotion des APS par deux type de prévention. Il est composée d'une équipe multidisciplinaire: cardiologues, médecin nutritionniste, cadre de santé et infirmiers, diététicienne, masseurs-kinésithérapeutes, psychologue, pharmacien.

Cette équipe prend en charge tous les patients du centre.

Plusieurs partenaires ont permis l'effectivité de ces actions:

partenariat d'actions: caution scientifique grâce à la Fédération française de cardiologie, réseau de patients avec le CHU de Tours, les médecins généralistes, médecins du travail.

Par ailleurs, le centre a permis la création d'une association (loi 1901) le "cardio club", qui travaille physiquement dans le centre (salles et matériels mis à disposition de l'association en soirée par le biais d'une convention). Cette association prend en charge les personnes à hauts risques ou après accident pour la réadaptation dans le cadre d'activités physiques et sportives (gym au sol, aquagym, randonnée...).

Cette action permet de faire le lien entre l'hospitalisation et le retour à domicile pour le patient. Elle permet ainsi aux personnes volontaires de bénéficier d'APS adaptées à leur état de santé, encadrées par des professionnels (kinés du centre ou kinés libéraux), à un coût modéré (facturation à la séance). Les médecins du centre avaient en effet remarqué que leurs patients avaient beaucoup de difficultés à se faire accepter dans un centre de sport classique, du fait de leurs antécédents.

Le rôle de l'établissement de santé est donc direct par le centre dans le cadre de la prévention primaire et secondaire et elle associe le CHU. Par ailleurs, le centre a un rôle essentiel pour le fonctionnement de l'association par le prêt de ses installations.

3) Type de prévention

Prévention primaire et secondaire, selon définition des cardiologues.

4) Les publics visés et touchés

Les publics touchés sont les publics qui étaient initialement visés.

- Pour la prévention secondaire en hospitalisation: environ 1100 personnes par an
- Pour la prévention primaire: 900 personnes par an
- Pour les sportifs: 160 personnes par an
- Cardio club: environ 250 adhérents

5) Les moyens et le budget

L'activité de prévention secondaire est financée par un budget donné par l'ARH.

La prévention primaire a pu se développer grâce à un budget d'expérimentation du Ministère. Ce budget n'était pas destiné à être pérenniser, malgré les résultats de cette action de prévention. Le centre et les médecins a l'origine de cette action ont eu les félicitations des autorités de tarification (ARH...), pourtant cette activité sera arrêtée dès la fin de l'année 2003, du fait de l'absence de financement.

Actuellement, les initiateurs de ce programme sont à la recherche de financements. Seules la mutuelle et l'ARH accepte de financer pour l'instant. L'ARH a d'ailleurs demandé à la CRAM de participer aussi. L'incertitude sur le devenir de cette action est entière à l'heure actuelle malgré que cette action est prouvée son efficacité: permettrait 33% d'accidents en moins, et donc coûterait moins cher.

Les résultats ne sont pas visibles à court terme, mais le seraient à plus long terme sur 10 à 15 ans.

- Le financement des actions auprès des sportifs de haut niveau est pris en charge par les fédérations sportives.

6) Atouts et faiblesses

Atouts:

Ce centre permet de développer plusieurs type de prévention qui sont très complémentaires et utiles. Il y a des professionnels compétents et motivés dans ce cadre.

Action de prévention primaire originale et qui a prouvé son efficacité.

Les actions de prévention secondaires ont prouvé leur intérêt et sont financées. Le projet futur en direction des personnes âgées est assez novateur et sera également financé.

Profiter d'une unité où l'on peut avoir pour l'activité physique un environnement multidisciplinaire qui permet de potentialiser cette activité par l'éducation nutritionnelle, la gestion du stress, par l'aide au sevrage et par une médicalisation pour les patients à risques avec un plateau technique de qualité.

Ce centre de prévention et de réadaptation permet de coordonner tout une filière de soins dans ce domaine.

Faiblesses:

Dans le cadre des actions de prévention primaire, le financement n'est pas pérenne et est insuffisant pour maintenir cette action.

La non reconnaissance en terme de santé publique de l'activité de prévention primaire dans les établissements de soins.

De l'idée novatrice concrétisée par une action à sa pérennisation, il manque une politique plus globale de santé publique qui permettrait de la financer.

Les politiques de santé publique sont avant tout politicienne et donc à court terme alors que ce domaine en particulier nécessiterait des actions sur le long terme. Il faut que les pouvoirs publics prennent conscience que la santé publique ne se situe pas uniquement dans le soin mais aussi et beaucoup dans la prévention.

Cette expérience a montré que la prévention peut donner de très bons résultats par des moyens simples et peu coûteux.

Dans le cadre des problèmes cardio-vasculaires, le pronostic est lié à 65% à l'hygiène de vie..., et à seulement 40% aux améliorations thérapeutiques, et c'est pourtant ce dernier point qui est le plus largement valorisé.

7) Evaluation sur l'impact et les résultats des actions

Concernant l'activité de consultation dans le cadre de la prévention primaire, une évaluation de l'activité a été faite en 2002, sur les années d'expérimentation (1997, 2001). Elle a permis de prouver son efficacité notamment dans le cadre du dépistage et d'information des patients sur les facteurs de risque.

L'intérêt des actions du centre est prouvé scientifiquement.

8) Propositions

Politiques de santé publique sur le long terme qui prennent en compte plus globalement la prévention dans tous ses axes. Cette orientation politique permettrait ainsi de financer des actions simples, peu coûteuses et très efficaces dans ce domaine. 33% d'accidents en moins, se serait autant d'hospitalisation en moins.

Annexe 3

Entretiens réalisés au Centre mutualiste de rééducation et de réadaptation fonctionnelles de KERPAPÉ (56)

18 septembre 2003

◆ Entretien avec un médecin

1. Origine, description action et objectifs

Le centre de Kerpapé est un établissement de santé, qui a pour objet de « dispenser, avec ou sans hébergement, des soins de suite ou de réadaptation dans le cadre d'une surveillance médicale à des malades requérant des soins continus dans un but de réinsertion ».

Il dispose de 235 lits d'hospitalisation à temps plein répartis en quatre unités de soins spécialisées pour adultes et trois unités de soins pour enfants et adolescents.

La promotion de la santé par les APS prend une grande place dans ce centre à travers les activités de réinsertion et de réadaptation sociale par rapport au handicapé, quelque soit leur âge. Ces APS sont bonnes pour le moral car elle revalorise les personnes déprimées.

Plusieurs actions se sont développées dans ce sens :

- ✓ Le foot fauteuil électrique : il y a même un championnat national
- ✓ L'équitation : à travers cette activité ludique, les kinésithérapeutes font du rééducatif avec les enfants. L'intérêt aussi pour la personne est de commencer cette activité au sein du centre, pour ensuite la continuer en dehors dans un centre équestre avec les valides, ce qui facilite son intégration.
- ✓ Les jeux aquatiques : le centre dispose d'une piscine et travaille le ré éducatif par le loisir et les jeux. Il y a aussi des sportifs dans ce cadre avec Handisport.
- ✓ La voile : cette activité sur des petits trimarans est essentiellement destinée aux enfants qui ont des gros troubles du repérage, ce qui permet de travailler cette fonction.
- ✓ Le basket, le tennis de table, les promenades, le tir à l'arc...

L'intérêt de ces actions diverses et variées est certain : il y a d'abord un intérêt thérapeutique et rééducatif du handicap, puis un intérêt de loisir avec un vecteur d'intégration remarquable (que ce soit le sport occasionnel ou à haut niveau). Elles ont un effet dynamisant sur la personne, et facilite le fait de vivre avec leur handicap.

2. Les acteurs et les partenaires de ces actions

Tous les personnels du centre participent à ces actions de loin ou de près : le personnel médical et médico-technique, le personnel soignant et éducatif, le personnel administratif et technique.

Les kinésithérapeutes, les professeurs de sport adapté jouent un rôle très important dans ce cadre pour initier et promouvoir les activités.

En externe, on trouve le relais de l'association Handisport qui fonde son action sur le sport de compétition et non de loisirs. Par ailleurs, le centre met à disposition de l'association ses structures (piscine, centre équestre...)

Il existe également quelques liens avec d'autres établissements du département pour organiser des activités communes (ex pour le ski...).

3. Type de prévention

Toutes ces actions développées sont essentiellement des actions de prévention tertiaire dans le cadre de la rééducation fonctionnelle et de la réadaptation, mais on retrouve aussi des actions de prévention secondaires, à destination des malades cardio-vasculaires...

4. Les publics visés et touchés

Les personnes avec des affections neurologiques, ostéo-myo articulaires, et affections spécifiques (amputation, grandes brûlures, maladies cardio-vasculaires, maladies neuro-musculaires).

5. Les moyens et le budget

L'équipement du centre se compose de quatre plateaux : plateau d'hospitalisation, le plateau de rééducation et de réadaptation, le plateau pédagogique et l'animation culturelle. Dans le cadre de notre problématique c'est surtout le plateau de rééducation et d'animation qui sont concernés. A cet effet, le centre dispose d'une piscine, d'un gymnase et d'un parc de 35 hectares.

Le centre est financé par la sécurité sociale. Donc les APS qui entrent dans le cadre de la rééducation pure ne sont pas à la charge des patients. En revanche, concernant les activités plus sportives comme avec Handisport, c'est la fédération qui finance.

6. Atouts et faiblesses

Atouts:

L'intérêt de ces actions n'est plus à prouver notamment sur le bien être des individus. Ces actions ont été initiées par des professionnels très motivés, qui donnent beaucoup de leur temps pour les promouvoir et les développer.

Faiblesses:

Il existe un réel problème de pérennité de ces actions dans le temps, du fait des manques de financement de ces actions, et du bénévolat important des promoteurs de ces actions. Ces passionnés doivent former d'autres professionnels pour prendre leur suite. Manque de moyens financiers et humains surtout, car les moyens matériels existent (investissement important dans ce cadre il y a 30 ans).

La direction du centre est pour le développement de ces APS, mais n'a malheureusement pas les financements pour les encourager, surtout dans le contexte actuel de restriction budgétaire. Elle essaye donc de faciliter au mieux ces actions.

La sécurité sociale prend parfois en charge l'achat du matériel nécessaire comme le fauteuil pour les grands sportifs. Pour les autres, la recherche de financements par des sponsors est nécessaire et se fait au cas par cas : mairie, associations, écoles... La recherche n'est pas facilitée du fait que ces actions ne sont pas médiatiques, car les médias aident beaucoup dans la recherche de sponsors.

Les surcoûts sont à la charge de la personne à chaque fois qu'elle veut faire du sport, et d'autant plus pour les handicapés qui ont besoin d'un matériel adapté fort coûteux (fauteuils roulants...). Pour les enfants, l'allocation d'éducation spéciale peut être un moyen, mais pour l'adulte, c'est beaucoup plus compliqué.

Les activités en partenariat avec Handisport fonctionnent mais sont très lourdes à mettre en place, car il n'y a pas beaucoup de moyens et l'organisation demandée est très rigide, et trop selon lui.

Il est beaucoup plus simple de gérer les actions par eux même.

7. Évaluation sur l'impact et les résultats des actions

L'évaluation se fait au cas par cas, et est difficilement mesurable du fait des effets des APS sur le physique mais aussi et surtout sur le psychologique.

8. Propositions

La base de ces actions est le volontariat, et il ne faut pas espérer plus.

Le problème c'est que dès que l'on se trouve en marge du soin, on ne se donne plus les moyens. Il faudrait donner plus de place à la prévention dans le cadre de la santé publique. Il faudrait une politique plus globale au niveau nationale pour pérenniser ces actions et permettre aux handicapés d'avoir le matériel adapté.

◆ Entretien avec un kinésithérapeute

1) Présentation

Les entraîneurs intervenant dans les clubs de sport doivent être formés afin de comprendre et les difficultés particulières des personnes handicapées.

Le sport pour les personnes handicapées n'a un véritable intérêt que s'il s'effectue avec les personnes valides, dans les clubs. Il constitue sinon une ghettoïsation des personnes handicapées, un peu comme Handisport selon lui. Il est indispensable dans cette optique de développer l'information à l'attention des personnes valides.

Il pratique beaucoup la rééducation par l'équitation, pour apprendre notamment les mouvements de la marche.

Ancien sportif de haut niveau, compétences dans le secteur sportif, kiné, spécialisation, fait partie de Handisport depuis 35 à 40 ans.

Il a développé des méthodes d'éducation motrice, par la pratique d'éducation du cheval notamment.

2) Difficultés

Il souligne l'importance du bénévolat mais, parallèlement, se pose la question de la pérennisation de ces actions. Il faut avoir la vocation, car cela demande de prendre beaucoup sur son temps personnel (recherches de financement...).

L'attrait dans les hôpitaux ou les centres de rééducation des kinésithérapeutes pose de plus en plus de difficultés. Le niveau d'études est élevé et la rémunération est 3 à 4 fois inférieure à celle pratiquée dans le secteur privé.

Les restrictions budgétaires de l'établissement peuvent au final avoir pour conséquence la diminution de la qualité des soins.

3) Proposition, suggestion

L'APS en centre représente une sensibilisation et une familiarisation. Elle doit être reprise et intégrée dans les clubs sportifs avec les personnes valides (rôle de réinsertion sociale des APS).

La Fédération Française Handisport devrait être amenée à terme à s'occuper en priorité des personnes très handicapées, mais attention encore à ne pas créer un nouveau ghetto.

Les buts de la section Équitation sont de proposer des rencontres sportives adaptées, de faire de l'équitation un plaisir, d'entretenir la motivation par des méthodes pédagogiques adaptées et de ne pas minimiser les aspects éducatifs et rééducatifs.

Annexe 4

Entretien téléphonique avec un médecin urgentiste, médecin du sport

Service d'accueil des urgences
Centre Hospitalier de Poissy/St Germain-en-Laye (78)

19 septembre 2003

1. Pouvez-vous nous décrire cette action en précisant les motivations, constats et initiatives à l'origine de sa création ?

Tout d'abord, le médecin explique que la mise en place de cette consultation est aussi le fruit de sa propre passion pour le sport. Il situe son rôle de médecin du sport au niveau de la prévention, notamment en matière de traumatologie. Il a mis en place cette consultation en 1991.

Alors que l'on recense près de 10 millions de « sportifs » en France (loisir et compétitions tous niveaux confondus), il estime que la médecine du sport a sa place au niveau de la médecine libérale malgré le volet prévention non remboursé SS. Il s'agit pour les généralistes de réaliser des visites d'aptitude de base qui ne nécessitent pas de recours à du matériel lourd. De la même manière, les médecins de ville doivent assurer un suivi nutritionnel des sportifs...

La place de l'hôpital peut se réduire à l'exploration physiologique d'effort difficile à faire en ville : tests d'effort et musculaire ou visite pointue pour des aptitudes dans des disciplines très spécifiques comme la plongée ou l'aéronautisme...

2. Quels sont les acteurs ? Un établissement de santé y participe-t-il et si oui de quelle manière ?

Le rôle de l'hôpital devrait se limiter au prêt de son plateau technique pour exploration physiologique mais on s'aperçoit que beaucoup de personnes viennent à l'hôpital pour des actes qui devraient faire l'objet d'une prise en charge en ville.

C'est pourquoi il a été nécessaire de créer des liens, sous forme d'un réseau informel, avec les médecins de ville afin qu'ils puissent prendre en charge une partie de ces personnes de façon à ce que l'hôpital puisse se concentrer sur les cas les plus lourds.

De plus, des collaborations s'organisent entre le service des urgences et les services de pneumologie et de cardiologie notamment pour le prêt de matériel, pour les tests d'effort, par exemple.

Il n'y a pas de prise en charge spécifique des publics visés. En revanche, il lui est proposé une consultation dans les 3 à 5 jours en ville ou à l'hôpital.

3. Quels sont les objectifs du projet ? Plus précisément, quelle catégorie de prévention – primaire, secondaire ou tertiaire – développez-vous ?

Le rôle des PH ne se limite pas à l'hôpital. Il existe tout un travail de prévention réalisé dans les sections sportives de la ville et qui en font la demande : nutrition, étirements, récupération... Cette sensibilisation est adressée essentiellement aux éducateurs sportifs voire aux parents

Les objectifs sont donc :

- Dépistage d'anomalie à l'effort mais rare
- Conseils d'entraînements donnés après réalisation des tests en laboratoire

4. Quels sont les publics visés par l'action et les publics finalement touchés ?

Tous ceux qui pratiquent la compétition quelque soit le niveau de pratique.

5. Quel est votre budget et quels sont vos moyens ?

Il s'agit d'un système hors SS donc financement extérieur par subventions (Conseil général ou régional, DDJS ou DRJS et particuliers). Les fonds sont recueillis par une association qui achète du matériel et qui prend en charge les salaires des personnels mis à disposition par l'hôpital.

L'hôpital prend à se charge l'entretien du matériel et l'avance des salaires du médecin et d'une IDE à mi-temps mis à disposition (remboursés ensuite par l'association).

Ce système est le fruit d'un accord avec la direction et le Docteur Cette consultation ne coûte quasiment rien à l'hôpital mais ne lui rapporte pas plus.

6. Avez-vous envisagé ou réalisé des évaluations en terme d'amélioration de l'état de santé de la population ?

NON mais il faudrait augmenter l'information pour qu'un suivi physiologique existe dans certaines structures afin d'améliorer la prévention.

7. Quelles propositions pour l'avenir afin de corriger et/ou pérenniser votre action?

L'hôpital ne devrait prendre en charge que les cas les plus lourds. Néanmoins, sur un bassin de 700 000 personnes, l'information ne passe pas toujours et la consultation de médecine du sport aux urgences de Poissy est très visible.

Il convient d'améliorer le travail en réseau avec les médecins de ville voire avec les cliniques privées afin que l'hôpital n'intervienne que pour les cas les plus difficiles.

Il faut revoir le système de prise en charge car tout ce qui est préventif n'est pas pris en charge par la SS mais si la prévention est bien faite et suivie, on diminue fort probablement l'aspect traumatologique donc le coût SS.

Avec le vieillissement de la population, de nouvelles pathologies se présentent. Cela nécessite une prise en charge adaptée par les médecins du sport des sujets âgés qui continuent à avoir une activité physique après 60 ans.

Il faut renforcer la sensibilisation à tous les niveaux : clubs, fédérations locales...
à tous les âges : enfants, personnes âgées...

Annexe 5

Entretien téléphonique avec un médecin

Service d'explorations fonctionnelles respiratoires et de l'exercice
CHU de Strasbourg (67)

19 septembre 2003

1. Origine, description action et objectifs

Mise en place d'un réseau alsacien de reconditionnement physique par un programme d'entraînement personnalisé en créneau: le RAR-PEP'C.

Initiative originale de médecins physiologistes, cardiologues, médecins du sport qui voulaient faire des actions logiques.

Au CHU, d'un côté il y avait un service de médecine physique et de rééducation fonctionnelle, de l'autre, un service d'exploration fonctionnelle qui fait les évaluations (neuro, métabolisme, cardio respiratoire).

Ils ont ainsi pris position pour guider leurs collègues de médecine physique, à prendre en charge l'individu complètement. Ils ont ciblés le handicap cardio respiratoire routinier, c'est à dire l'altération de l'aptitude physique qui n'est pas encore une maladie invalidante. Ce choix a été retenu du fait d'une prise de conscience d'un manque de prise en charge des personnes dont l'état de santé n'est pas assez grave pour être envoyé dans un centre spécialisé.

Ils ont ainsi proposé une solution et une méthode qui fonctionne bien sans coûter trop cher.

Le dispositif permet de mettre à la disposition de tous type de patients, un programme de réentraînement à l'effort physique, afin d'éviter l'accentuation de la sédentarisation qui peut mener à l'invalidité (sociale, économique impliquant inappétence au travail, déprime, alcoolisme, dépression...).

Ce programme en 18 séances, le PEP'C, est basé sur les résultats d'une évaluation initiale. Des charges sont envoyées pour tester la capacité de résistance de chaque individu.

L'originalité de la démarche est la personnalisation du seuil, car chaque individu a sa propre carte d'identité énergétique.

Cette méthode est fondée sur une stratégie commune de reconditionnement physique, par le biais de bicyclettes ergométriques. Ces séances permettent de renforcer les fondations avant de diriger vers un sport particulier.

2. Les acteurs et les partenaires de ces actions

Les médecins de ville participent au réseau en envoyant plus de 40% des patients.

Les initiateurs du projet ont ensuite étendu leur action par la mise en place de centres qui utilisent le protocole du PEP'C. La formation des professionnels est essentiel dans ce réseau. Ainsi les médecins ont la possibilité de s'inscrire à un DIU (diplôme inter universitaire) national.

Ce complément de formation donne un diplôme reconnu qui permet à ses bénéficiaires de mettre en place le projet chez eux. Il y a ainsi 6 séminaires de 3 jours, à Montpellier, Paris et Strasbourg.

Dans ce cadre, une association est entrée dans le système en louant des locaux à une clinique. Un pneumologue travaille en collaboration étroite avec le Pr..... pour monter le même système dans le privé. Il a réussi pour s'équiper à avoir des fonds par le biais du FAQS (fond pour la qualité des soins dans le privé). Dans ce service, les médecins prennent en charge des patients à gravité modérée, ce qui permet de décharger l'hôpital. Ils peuvent prescrire le PEP'C puisqu'ils ont été formés à cet effet.

Le rôle de l'hôpital est majeur dans le cadre de la prévention secondaire.

En revanche, la prévention primaire qui doit être la revalorisation du bon sport, doit se faire dans les écoles, les universités et au travail. Compte tenu des restrictions budgétaires actuelles, ce n'est pas le rôle de l'hôpital de prendre en charge le bon entretien de la personne. En revanche, l'hôpital doit faire de bonnes évaluations pour permettre ensuite aux personnes de se prendre en charge d'une manière adaptée.

3. Type de prévention

Cette action qui concernait en premier lieu une prévention essentiellement secondaire a été complétée d'une prévention primaire à destination d'un public à risque car sédentarisé. La promotion de la santé passe essentiellement par les activités physiques, les activités sportives étant la phase ultérieure, qui se passera en dehors de l'hôpital.

4. Les publics visés et touchés

Au départ cette action était destinée aux transplantés cardiaques pour le réentraînement du cœur, ce qui était une révolution puisque auparavant il leur était plutôt conseillé de ne rien faire. Ensuite cette démarche a été étendue au grand public. Elle concerne maintenant plusieurs publics:

- Les malades pour améliorer leur condition physique avant une intervention chirurgicale
- Les personnes convalescentes ayant eu des séquelles après un accident du fait d'une immobilisation
- Un public sédentarisé: personnes qui vieillissent et qui veulent se remettre en bonne forme, femme après un accouchement..., et qui se plaignent de troubles divers (insomnie, fatigabilité musculaire, tendance dépressive...). Ce troisième type de public a été introduit du fait de l'interpellation des médecins de ville.
- Des sportifs déconditionnés après immobilisation prolongée.

5. Les moyens et le budget

Le programme d'entraînement personnalisé concernant les deux premières catégories de bénéficiaire est pris en charge par la sécurité sociale, s'il est prescrit par un médecin qui a le diplôme de cette spécialité. C'est de la prévention secondaire.

La prévention primaire auprès du public sédentarisé est à la charge de chaque individu.

Concernant les sportifs de hauts niveau, c'est le ministère des sports qui finance.

6. Atouts et faiblesses

Atouts:

- Pouvoir proposer à tous un moyen facile, non agressif et non coercitif de remise en forme, avec un soutien médicalisé qui peut être délégué vers des cabinets de kinésithérapeutes formés préalablement dans le service.
- Les résultats sont toujours positifs: on constate une amélioration de 30% de la résistance après les 18 séances de stimulation.

Faiblesses:

- Le manque d'associations de malades qui puissent au terme du programme, proposer aux patients la poursuite de leur réentraînement. Les kinés et cardiologues sont d'accord pour participer, à condition qu'ils puissent orienter leurs patients vers des centres sérieux.
- Absence d'un médecin qui puisse faire l'interface avec l'administration, ceci afin de formaliser davantage le réseau et d'obtenir des financements formalisés et pérennes.
- Absence d'une personne qualifiée et disponible pour faire l'évaluation globale du dispositif dans tout le réseau : reprise de tous les dossiers et analyse avec un logiciel adapté.
- En terme de promotion et de prévention de santé publique, ce type de reconditionnement n'est pris en compte que dans les régions où l'équipe "promotrice" a tenu des séances répétées d'enseignement post universitaire, mais les démarches administratives locales sont à faire à chaque fois en raison de l'absence de directives nationales.
- L'inscription dans le SROS d'Alsace (99) n'a pas été suivie de reconnaissance officielle et de soutiens financiers pour une action de santé publique. Il faut d'abord prouver que ça marche et ensuite on discute des financements.

7. Evaluation sur l'impact et les résultats des actions

L'évaluation se fait au cas par cas par l'analyse de l'amélioration de la résistance de chaque patient. Mais il n'y a pas à l'heure actuelle d'évaluation globale du dispositif car les porteurs du projet n'ont pas le temps, ni les moyens et la qualification pour la faire.

L'évaluation individuelle n'est pas suffisante pour pérenniser l'action.

8. Propositions

Il faudrait un encouragement des associations qui auraient pour but le bien être des patients.

M. Hubert Falco a lancé un projet "bien être dans la cité". 17 villes témoins ont été choisies promouvoir le sport, une alimentation équilibrée, et une responsabilité citoyenne.

La ville de Lingolsheim a été sélectionnée pour entrer dans cette expérimentation. Elle a proposé de créer une association du bien être physique, qui démarrera dès le 3 octobre prochain.

Cette association va acheter son matériel de reconditionnement, et ce sont des professeurs d'éducation physique (STAPS) ayant reçu un complément d'informations en sport adapté qui seront chargé de suivre les personnes. Leur action en faveur du bien être physique sera à destination de tous les publics intéressés (anciens malades, personnes âgées, personnes sédentarisées...). Ils adhéreront à l'association par le biais d'une cotisation.

Cette association va entrer plus ou moins dans le réseau de reconditionnement déjà créé, puisque la publicité sur leur action se fera dans les deux sens : réseau de patients mutuel.

Annexe 6

Entretien avec un médecin endocrinologue

Hôpital Cardio-vasculaire Louis Prade
Hospices Civils de Lyon

19 septembre 2003

Initiateur du réseau dialogues dont l'objet est d'améliorer le traitement du diabète en rassemblant les acteurs du système de santé.

Le réseau se présente sous la forme d'une association loi 1901. Son champ d'action couvre le Rhône et une partie de l'Isère et de l'Ain.

1. Pouvez-vous nous décrire cette action en précisant les motivations, constats et initiatives à l'origine de sa création ?

En premier lieu, la prise en charge de la personne diabétique intervient dans un cadre principalement curatif. En France contrairement aux Etats-Unis, le syndrome métabolique n'étant pas reconnu comme une pathologie cela limite le développement des actions préventives. Sa reconnaissance permettrait une identification des populations cibles sur laquelle pourrait alors se fonder une action efficace de prévention basée notamment sur les APS.

La pratique d'une activité physique et sportive permet de réduire de 60 à 80% les risques de diabète.

En second lieu, un réseau crée les conditions d'un suivi efficace des patients dont la plupart sont peu motivés et mal informés. L'objectif est double :

- Assurer une adhérence au traitement. A cet effet, des pharmaciens, des assistantes sociales et des infirmières libérales sont intégrés au réseau et signalent les consommations anormales de médicament. Par ailleurs, les personnes affectés par le diabète type II présentent généralement un mode de vie sédentaire et une aversion pour les activités physiques régulières. Il faut constamment les motiver en adaptant, entre autres, leur programme au cours de leur traitement.
- Eviter les effets adverses des activités physiques et plus particulièrement une reprise trop brutale pouvant générer des complications cardio-vasculaires. Une information est donc délivrée sur les bonnes pratiques des activités physiques. Ces dernières font également l'objet d'une prescription après une batterie de tests. Une activité physique régulière permet de normaliser l'état diabétique des patients et, de fait, améliore leur qualité de vie.

Ensuite, les malades diabétiques de type II représentent 2 à 3 millions de personne. Il s'agit donc d'un enjeu sanitaire important.

Le dépistage et le traitement du diabète relèvent avant tout de la médecine de ville. Dans ces conditions, la création d'un réseau est l'occasion pour les professionnels de l'hôpital de sortir des murs de l'établissement et de se saisir du problème en amont.

Enfin, la création de réseaux, de surcroît dans le domaine préventif, est un enjeu porteur qui dans le contexte actuel bénéficie d'une reconnaissance et d'une allocation de moyens.

2. Quelles difficultés avez-vous rencontré lors de sa mise en œuvre ? Quelles difficultés perdurent encore ?

Premièrement, la création d'un réseau mobilise beaucoup de temps. Or dans un contexte de pénurie de personnel médical, le temps disponible est rare. Deux problèmes en découlent. D'une part, il est difficile de mobiliser des acteurs –infirmières, médecins généralistes ou spécialistes... - dont les emplois du temps sont déjà chargés. D'autre part, les instigateurs du réseau ont eux-mêmes du mal à consacrer le temps nécessaire à l'organisation administrative du réseau.

Deuxièmement, une méfiance existe de la part des médecins libéraux à l'encontre des initiatives hospitalières. La création d'un réseau est avant tout une entreprise de conviction. A cet effet, l'hôpital ne doit pas être en premier rideau. Il doit soutenir l'initiative des professionnels de santé qui agissent au nom de leur légitimité médicale et non en fonction de celle qu'ils pourraient tirer de leur appartenance à l'établissement.

3. Quels sont les acteurs externes et internes (Université APS, clubs de sport) ?

Outre les acteurs de santé, participeront au réseau :

- Des entraîneurs sportifs ce qui permettra de limiter les contraintes pour les personnes en proposant des activités physiques près de leurs domiciles.
- L'Université Lyon III. Des élèves d'un DESS auront pour mission, à l'occasion de leur formation, de dresser un état des lieux des pratiques sportives dans le ressort d'action de l'association.
- Un partenariat est prévu avec l'UFR STAPS.

4. Un établissement de santé y participe-t-il et si oui, de quelle manière ?

Les Hospices Civils de Lyon participent à la mise en œuvre des réseaux dont les objectifs sont cohérents avec son projet médical. Mais leur participation est discrète pour les raisons sus-évoquées. Elle se limite à :

- Une aide lors du démarrage de l'action. C'est la période la plus critique car beaucoup de temps est nécessaire pour accomplir les formalités administratives et établir des contacts. Les H.C.L. mettent alors gratuitement à disposition de l'association des personnels - secrétaire, infirmière, cadre de santé – des locaux et du matériel informatique.

- Un conseil technique tout au long de la vie associative. Selon la direction, l'institution peut difficilement faire davantage compte tenu de ses ressources financières et humaines.
- Enfin, les H.C.L. servent de coquille juridique afin de réceptionner les fonds versés par l'ARH pour les affecter ensuite aux postes de dépenses de l'association. Toutefois, l'ARH étant autorisée depuis peu à verser des fonds directement à des associations, cette entremise ne devrait plus être nécessaire.

La participation des H.C.L. est formalisée par une convention par laquelle l'association s'engage à animer le réseau et à déposer dans un certain délai une demande de financement auprès de l'ARH et de l'URCAM.

Il est clair que la motivation des H.C.L. ne réside pas directement dans la promotion de la santé publique. En agissant ainsi, l'institution hospitalière recherche :

- Une promotion de son image.
- A limiter le nombre d'entrée de patients diabétiques lourds dont la prise en charge est particulièrement onéreuse.

5. Avez vous des contacts avec des responsables d'actions similaires dans d'autres régions ?

Non

6. Quels sont les objectifs du projet ? Plus précisément, quelle catégorie de prévention – primaire, secondaire ou tertiaire – développez-vous ?

C'est clairement de la prévention secondaire et tertiaire. Selon le Professeur, l'exemple que représente Zidane est sans doute ce qui se fait de mieux en matière de prévention primaire.

7. Quels sont les publics visés par l'action et les publics finalement touchés ? Comment sont sélectionnés les patients pouvant bénéficier d'une consultation de prescriptions d'APS ? Jusqu'à quel niveau de précision les prescriptions vont-elles ? Exemple.

RAS

8. Quel est votre budget et quels sont vos moyens ? Notamment, dans quels cas bénéficiez vous du tarif des consultations hospitalières et des hospitalisations de jour ?

Dans les premiers temps, l'association a disposé des aides des H.C.L. Des personnels, du matériel et des locaux ont été mis à sa disposition.

Il ne faut pas non plus méconnaître les possibilités de financement privé que peut mobiliser le professionnel à l'origine du projet. L'association a pu ainsi recourir à un cabinet privé qui l'a assistée pour remplir et déposer le dossier de demande de financement qui comporte entre 100 et 120 pages.

Ensuite, c'est l'ARH et l'URCAM qui prennent le relais en lui allouant des crédits. Ce type de projet est financé sur une dotation régionale et sur la septième enveloppe.

Le Professeur m'a enfin parlé de dérogations tarifaires.

9. Avez-vous envisagé ou réalisé des évaluations en terme d'amélioration de l'état de santé de la population ? Entraîneurs physiques ?

L'évaluation est imposée par les financeurs. Annuelle, elle sera à la fois :

- Interne. Le système informatique permettra d'établir un premier bilan de l'action.
- Externe avec un recours sans doute à un cabinet d'audit.

L'évaluation évoluera au fil des ans car les répercussions sanitaires de l'action n'atteindront leur pleine charge que dans quelques années.

10. Quelles propositions pour l'avenir afin de corriger et/ou pérenniser votre action?

Aujourd'hui, une multitude de projets ciblés sur une pathologie – diabète, obésité, insuffisance rénale...- fleurissent. Or, un même patient peut présenter plusieurs pathologies. Par exemple, obésité et diabète sont souvent liés. Dans ces conditions, il existe un risque de redondance des structures source de complexité et de gaspillage. Une rationalisation des dispositifs s'imposera à terme.

Annexe 7

Entretien avec un médecin

15 septembre 2003

Je n'utilise pas dans ce CR la grille d'entretien que nous avons élaborée : en effet notre interlocuteur n'a pas véritablement répondu à nos questions (et quand il y a répondu, c'était de manière très elliptique), et je préfère donc organiser ses propos autrement.

1) Projet

Son projet consiste en l'organisation de stages de 6 mois pour des groupes de 8 à 10 personnes, groupes différents selon la pathologie chronique concernée. Il s'occupe en effet des cardio-vasculaires, des lombalgiques, des obèses.

Ces stages ont débuté en octobre 2002.

Ils ont lieu au sein du LUC, sous la responsabilité des éducateurs sportifs du club et d'un éducateur sportif rattaché au CHU (d'où des problèmes statutaires, étant donné que les éducateurs sportifs ne font pas partie de la grille des emplois hospitaliers).

Le paiement se fait par une cotisation sportive traditionnelle, ce n'est donc pas pris en charge par la sécurité sociale. Selon le médecin il ne s'agit en effet pas d'une activité de soin, mais d'un acte volontaire qui permet de rendre plus autonome et responsable la personne atteinte de pathologie chronique (discutable non ?)

Au niveau du soin il existe un protocole de suivi par pathologie, consistant essentiellement en la visite d'internes du CHU au sein du LUC.

Le médecin a également évoqué une autre initiative intéressante, celle d'un réseau de dépistage de l'obésité chez l'enfant.

Les acteurs en sont : le service de nutrition du CHU, la municipalité (au travers de écoles et des assistantes sociales), et enfin le LUC, dans lequel sont envoyés les enfants « à risque » pour exercer une activité physique avec éventuellement un encadrement spécifique.

2) Propositions et recommandations

➤ Place de l'hôpital

L'hôpital est un recours nécessaire, mais le savoir faire doit se délocaliser.

➤ Prévention à l'hôpital

Les mesures de prévention doivent commencer au sein même de l'hôpital pour le personnel hospitalier.

Ex : succès de la prise en charge des lombalgies (Ecole du Dos)

➤ Rapports entre hôpital et collectivités territoriales

Afin d'appliquer les programmes de santé, notamment dès l'enfance

Annexe 8

Entretien avec un médecin

Médecin Conseil auprès de la Direction Régionale et Départementale de la Jeunesse et des Sports, Midi-Pyrénées (31)

16 septembre 2003

Le médecin s'est présenté comme ayant une vision spécifique du sujet du fait de sa formation médicale, de son emploi administratif auprès d'un service déconcentré de l'Etat et de son expérience comme médecin- chef au Centre Régional d'Education Physique et Sportive (CREPS).

1) Origine, description action et objectifs

Remarque liminaire : M. ... n'a pas insisté lors de l'entretien sur la description détaillée des tenants et aboutissants de la mise en place d'une coordination régionale des actions de promotion de la santé par les APS du fait de l'état peu avancé du projet et car il compte nous envoyer un mémoire sur ce travail dans les prochains jours ; en revanche il a cité de façon concise plusieurs types d'actions menées en la matière par les services de la DRDJS.

- **Formation d'éducateurs physiques, spécialité santé** :

La DRDJS délivre en effet depuis quelque temps un brevet professionnel, niveau baccalauréat, à tous ceux qui acceptent de suivre cette formation, complémentaire selon lui de celle de l'Université filière STAPS. Les diplômés sont destinés à occuper des emplois dans les structures sanitaires et médico-sociales.

- Dans le cadre d'un accord de coopération entre la DRDJS et le Conseil Régional et notamment des financements du Contrat de Plan Etat-Région 2000-2006, création et diffusion en 2002 d'un Agenda Médico-Sportif donnant des conseils sur la pratique du sport et des activités physiques pour la santé.

Cette brochure est essentiellement destinée aux sportifs mais participe également d'une démarche d'information sur les bienfaits du sport auprès de l'ensemble de la population (prévention secondaire et primaire). En outre, création d'un stand itinérant comme support d'une exposition Sport-Santé, ouverte à tous mais particulièrement à tous les acteurs de promotion de la santé par les APS et ce quelle-que soit la forme juridique ou institutionnelle de leur intervention (privé, associations, écoles, médecins...).

- Enfin, dans le cadre du Programme National Nutrition Santé et avec la collaboration du Chef de Service de Médecine du Sport du CHU de Toulouse, le Professeur Rivière, réalisation laborieuse d'un état des lieux de l'ensemble des structures et associations participant à la promotion de la santé par les APS sur le territoire régional.

Cette démarche est la première étape d'un projet visant la création d'une coordination régionale en la matière qui prendrait la forme d'un réseau « transversal », selon les propres termes de M....., dans le sens où les membres du réseau Sport-Santé interviendraient auprès des autres réseaux (asthmatiques, sida, diabétiques, obèses ...) à leur demande.

On se rend compte de l'importance des difficultés rencontrées pour monter des projets en la matière du fait essentiellement que les structures existantes, qui s'investissent dans des actions Sport-Santé, soient éparées, déconnectées les unes des autres et très diverses dans leur organisation et leurs objectifs ; d'où l'importance pour notre mémoire, si l'on veut apporter un plus par rapport aux fiches et rapports déjà faits, de préciser les types d'objectifs poursuivis par les différents acteurs rencontrés avec une conceptualisation « curatif, prévention primaire, prévention secondaire, prévention tertiaire » comme prévu.

En outre cet état de fait révèle avec force la nécessité de définir un niveau administratif, géographique ou autre de compétence en matière d'organisation de ces actions ; entre-nous, la problématique de la place de l'hôpital dans cette organisation optimale est donc particulièrement bien choisie...

2) Le rôle de l'hôpital dans la promotion de la santé par les APS

Comme précédemment souligné, les partenariats développés par la DRDJS sont assez divers, choisis en fonction des opportunités et sans grande cohérence d'ensemble.

Il s'agit de l'ARH (PNNS), des collectivités locales, de certains services du CHU en fonction de l'intérêt des médecins-chefs pour le sujet ...Minsiste, à travers son projet de coordination régionale, sur la nécessité d'avoir une vision globale du sujet.

- Le rôle de l'hôpital

L'hôpital a principalement un rôle d'intégration des professionnels du sport et de la santé, tels par exemple que les éducateurs sportifs spécialisés en santé ou encore les diplômés de STAPS et les professionnels formés par les propres services de la DRDJS ; selon lui, ces emplois seraient d'autant plus utiles qu'ils seraient créés dans les CHS ou les EHPAD.

Les hôpitaux devraient également développer les consultations externes de médecine du sport en relation avec un réseau extérieur, tel que la coordination régionale qu'il souhaite créer en Midi-Pyrénées, qui proposerait des structures adaptées aux besoins de chaque patient.

Il a suggéré que les CHU aient, éventuellement, un rôle de formation de ces professionnels ainsi que des responsabilités en matière de recherche, d'études et de dépistage des populations à risque de façon à tenir en alerte la communauté médicale et à orienter les actions du réseau sur les problèmes les plus aigus (rôle d'observatoire médical).

En revanche, M. a été formel sur le fait qu'il n'appartienne pas à l'hôpital d'animer les réseaux Sport-Santé mais seulement d'y avoir recours en cas de besoin ; l'hôpital a, selon lui, d'autres missions prioritaires à remplir et ne saurait assumer la prise en charge d'actions nécessitant un investissement d'aussi longue haleine.

3) Objectifs, Publics Visés

- Informations complémentaires sur le lien sport-santé :

M. nous a remis un texte intitulé « Un siècle de relations entre EPS et santé » qui montre que la santé a toujours été, d'une façon ou d'une autre, au cœur de la problématique du développement de l'EPS ; de nombreux théoriciens se sont succédés pour démontrer les bienfaits biologiques du sport puis dans une vision plus globale du corps humain et de sa santé, les bienfaits psychologiques des APS. Cela nous donne à réfléchir sur les liens concernant la promotion de la santé par les APS entre l'Education Nationale et les structures sanitaires, telles que les hôpitaux ; pourquoi n'est-il pas dans la culture hospitalière et plus largement sanitaire de promouvoir ce type d'activités alors que d'autres ministères se sont emparés du sujet il y a bien longtemps ? Tradition trop curative des hôpitaux ?

Enfin concernant le problème de la définition des bonnes pratiques sportives et des limites au-delà desquelles le sport n'est plus bénéfique pour la santé, M. ... utilise la règle des 3 R : la pratique doit être **Raisonnée** (adaptée à l'individu suivant ses caractéristiques), **Raisnable** (modérée) et **Régulière**.

- La Médecine du Sport, Développement et Objectifs :

La Médecine du Sport est née dans le cadre militaire du mouvement hygiéniste de la fin du 19ème siècle (Guerre 1870) ; les médecins militaires de l'époque, notamment, souhaitaient former une jeunesse forte et résistante par la pratique intensive du sport : le lien avec la santé était déjà reconnu. Ainsi, est-il paradoxal de constater que la médecine du sport soit née dans le cadre de la prévention primaire puisqu'il ne s'agissait ni de soigner, ni de guérir ou d'aider au rétablissement mais bel et bien de renforcer les capacités de résistance de l'Homme en améliorant son hygiène de vie par l'exercice physique.

M. ... nous a conseillé un livre à ce sujet édité par l'ENSP et qui s'intitule « Histoire de l'Education de la Santé en Milieu Scolaire ».

Ce n'est que dans les années 60 que la Médecine du Sport suscite un regain d'intérêt après la création en 1946-1947 de la première chaire de Médecine du Sport à la Faculté ; les hôpitaux voient alors la création des premiers services de médecine du sport en lien étroit avec les activités de rééducation. La discipline, en effet, n'est pas reconnue comme une spécialité médicale et la rééducation impose sa vision morcelée du lien entre la médecine et l'activité physique c'est-à-dire une prise en charge du patient membre par membre, fonction par fonction. Ce monopole oriente la discipline vers le curatif et la prévention tertiaire : les activités de rééducation et de kinésithérapie fleurissent dans les hôpitaux dans les années 1970.

Les ambitions modernes de la médecine du sport ou ce qu'elle devrait être selon M ... :

La Médecine du Sport actuelle privilégie une vision globale de l'être humain et du corps en mouvement ; ainsi, un médecin du sport s'intéresse à la fois à la traumatologie, à la physiologie ou à la psychologie de ses patients.

Elle devrait intervenir dans le domaine du curatif et de la prévention tertiaire comme recours complémentaire au diagnostic et traitements pris en charge par les spécialistes et les rééducateurs ; par exemple, un patient traité pour des pathologies différentes par plusieurs médecins à la fois (cardiologue, rhumatologue (lombalgies), diabétologue, rééducateur...) et auquel il est conseillé d'exercer une activité physique, devrait pouvoir avoir recours à un médecin du sport qui lui prescrirait le type d'APS adapté à son état.

La prescription d'APS adaptées en consultations externes est la première mission de la Médecine du Sport selon M ... qu'il qualifie d'Education Thérapeutique (domaine curatif et prévention tertiaire).

Elle devrait également intervenir dans le cadre de la prévention secondaire auprès des populations à risques telles que les personnes âgées, les hypertendus, les jeunes obèses, sportifs de haut niveau, populations particulièrement sédentarisées en raison de facteurs sociaux ou de comportements à risques (alcool, tabac..), malades psychiatriques....Ceci, grâce à des actions de dépistage de ces populations, réalisées par les médecins du sport et chercheurs dans ce domaine, en collaboration avec de nombreux autres acteurs, membres d'un réseau : les services sociaux, les écoles (médecine scolaire), les administrations déconcentrées, les collectivités locales, les médecins généralistes, les associations, les Fédérations Sportives, les clubs de sport etc...

Ici l'idée du « réseau transversal » aux autres réseaux de soins paraît particulièrement intéressant.

Enfin, définition du rôle de la médecine du sport dans le cadre de la prévention primaire : d'après le correspondant, la médecine du sport a fondamentalement un rôle de persuasion de la population qu'elle doit inciter à pratiquer du sport ; par l'intermédiaire du certificat de non-contre-indication les médecins du sport doivent également conseiller et orienter leurs patients vers les activités les plus adaptées à leurs besoins ; là encore , le nombre important de structures impliquées dans ces actions de prévention primaire oblige à penser une organisation en réseau qui permettrait de coordonner par exemple les campagnes d'informations, de sensibilisation de la population (Associations, DRJS etc...).

4) Budgets, Moyens

M. n'a pas vraiment insisté sur ce point ; on constate d'après les actions décrites que les budgets sont rares et les initiatives construites au fil des opportunités qui se présentent et ce, quel que soit le promoteur : Etat ou Région...

Les différentes actions menées par la DRDJS montrent qu'elle compte sur des financements à la fois hospitaliers (créations de postes), d'Etat (espoir // à la nouvelle loi de Santé Publique) ainsi que sur la mutualisation des moyens que les conventions constitutives de la coordination régionale prévoiraient entre ses membres.

La question du chiffrage des économies que ces actions de promotion de la santé par les APS font faire à l'Assurance Maladie a été abordée succinctement sous l'angle de la comptabilisation des arrêts de travail ; cependant, M... a fait remarquer que comme pour toute autre action de prévention, leurs bénéfiques économiques ne pouvaient être chiffrés qu'imparfaitement et seulement lorsqu'une évaluation de leur impact est réalisée; or, le faible développement de ces actions et des études qui leur sont consacrées ne permettent pas de connaître suffisamment de données chiffrées permettant de justifier auprès des pouvoirs publics leur efficacité économique.

5) Atouts et Faiblesses

La promotion de la santé par les APS nécessite un investissement de longue haleine et doit par conséquent être prise en charge par des structures solides et pérennes pour être efficace ; d'où la proposition de créer un réseau à cet effet et d'écarter la possibilité que l'hôpital prenne seul la responsabilité d'une telle organisation (il doit concentrer ses efforts sur l'aigu et le curatif).

M... a également souligné les difficultés de conception d'une organisation efficace et de définition du rôle de chacun notamment au sein du réseau.

Difficultés de réaliser un état des lieux exhaustif face à de très nombreux acteurs.

Problème de reconnaissance d'une discipline médicale, la Médecine du Sport , et espoirs que la réforme des études médicales y remédie.

Annexe 9

Entretien avec un médecin cardiologue physiologiste

Service d'exploration à l'exercice, Médecine du sport
CHU de Rennes (35)

22 septembre 2003

1. Origine, description action et objectifs

- Exploration à l'exercice :

Il faut bien distinguer les activités physiques des activités sportives, car les dernières interviennent après dans certains cas, ou même pas du tout (ex : ne pas parler de sport aux obèses car moyens sûr de faire échouer le projet).

Le centre de cardio-pneumologie lance une unité de prévention cardio-vasculaire. Le projet s'appelle « cœur en forme », et va prendre en charge les personnes ayant un risque cardio-vasculaire, dans leur ensemble : tabac, APS, nutrition...

C'est le médecin du travail qui envoie ses patients au médecin du sport pour faire un bilan et conseiller une APS adaptée.

Ce projet a reçu des financements du ministère dans le cadre d'une expérimentation ponctuelle (1 ou 2 ans).

Collaboration entre la Fédération Française de cardiologie et Fédération de gymnastique volontaire au niveau de la Bretagne : formation des moniteurs de cette fédération pour faire du sport adaptée, notamment pour les cardiaques.

2. Type de prévention

Prévention primaire, pour éviter le premier accident, lié à la sédentarité

Prévention secondaire, pour prévenir la récurrence et pour la réadaptation.

Son action de prévention est essentiellement secondaire, en prévenant les maladies et leurs complications. Cette prévention est aussi liée au curatif dans le cadre notamment du diabète de type II, puisque les APS permettent de le guérir.

3. Les publics visés et touchés

Intervention auprès de patients en attente de greffes cardiaques, et sportifs de haut niveau.

- Personnes symptomatiques
- Personnes ayant 2 risques cardio-vasculaires
- Hommes de plus de 40 ans ou femmes de plus de 50 ans voulant reprendre une APS intense.
- Sportifs de haut niveau
- Les malades afin de voir la part du réentraînement dans la maladie d'organe, et dans ce cas prévoir APS adaptée.

4. Propositions

- Dans le cadre de la prévention primaire, tous les professionnels de santé (médecins, hôpital, soignants...) doivent intervenir et se battre contre la sédentarité et être actifs eux- même.

Les médecins doivent être un exemple sur ce point et avoir un message clair auprès des patients pour convaincre leurs patients : l'intérêt des activités physiques pour l'équilibre de tous, et pour les patients à risque de sédentarité ou de maladie, APS font parti du traitement.

La prévention primaire doit prendre appui à l'hôpital par le personnel, mais ensuite appui sur les structures sociales autour : club cœur et santé, gymnastique volontaire pour prolonger les conseils de l'hôpital.

La réadaptation doit se faire au sein d'une structure hospitalière.

- Deux grands défis de notre société dans l'avenir dans le domaine de la santé publique : vieillissement et sédentarité.

La sédentarité est un problème socio-culturel. Il existe un problème récurrent d'information car la population n'a pas encore perçu que la sédentarité était un facteur de risques multiples de maladie. Les dispositifs d'alarme ne fonctionnent pas.

Ceci explique que les actions ne soient encore que parcellaires car ce sujet n'intéresse pas encore les gens.

Cette tendance à la sédentarité est mondiale. Antagonisme entre progrès et sédentarité.

- Il faut faire un réel programme de prévention sur le long terme, mais en France on ne sait pas faire (au contraire du Canada) : politiques de l'urgence.

Il faut utiliser tous les moyens de communication pour promouvoir cette idée. Il est nécessaire d'insister sur l'éducation à la santé par les APS dès l'enfance (à l'école il est prévu 5h de sport dans les lois, mais en réalité il n'y en a que 2h, prendre les escaliers au lieu de l'ascenseur, marcher au lieu de prendre systématiquement la voiture...). Sinon on deviendra comme les EU, où il y a des fauteuils roulants pour les obèses, ce qui incite encore moins aux activités physiques. Cercle vicieux.

C'est une révolution culturelle dans ce cadre qui est nécessaire et c'est un pari sur le long terme. Il faut penser APS avant médicaments car elles peuvent remplacer beaucoup de médicaments. Si les APS ne suffisent pas, là on associe les médicaments. Pour l'instant en France, on pense un peu à l'inverse.

Aux EU, il y a actuellement 19% de moins de 20 ans qui ont un diabète gras, alors qu'avant cette proportion se situait vers la cinquantaine. Dans 10 ans en France, on risque d'avoir les mêmes résultats.

La difficulté dans ce domaine, est que l'on ne peut pas être répressif, ni coercitif. Il faut être préventif, éducatif et être de ce fait très convaincant, d'autant plus que ce qui est demandé est minime : 30 minutes d'APS par jour. Il est nécessaire de chiffrer la sédentarité de la personne pour lui trouver une solution adaptée. Il faut que le médecin adapte son message (par étape, progressif) pour que le patient l'entende. Les APS peuvent être proposées à tout le monde, quelque soit la pathologie, mais doivent être adaptées : APS régulières et modérées pour avoir des bénéfices.

- Lien à faire avec la politique urbaine : ville sans voiture pour promouvoir la marche, plus d'espaces verts...

- Etendre et généraliser les initiatives de chacun, car grande disparité et confidentialité de ces expériences. Organiser des Etats Généraux de lutte contre la sédentarité afin de mettre en commun les différentes expériences déjà menées, pour ne reproduire des erreurs déjà faites par d'autres. Respect des initiatives locales pour un effet boule de neige sans perte de temps.

Dans ce cadre, il y a actuellement des réunions de réflexion pour revoir les normes de la condition physique de la population française (actuellement on travaille toujours sur le modèle britannique), à laquelle participent les cardiologues, pneumologues, gériatres, médecins du sport, physiologistes et endocrinologues. Cette communication est peut être un début dans ce cadre.

Annexe 10

Entretien avec un médecin de la DGS

22 septembre 2003

Rédacteur du rapport intitulé « rescensement d'actions exemplaires de promotion de la santé par les APS et prévention des conduites dopantes » - Mars 2003

1. Pouvez-vous nous décrire l'objectif de cette étude cette action en précisant les motivations, constats et initiatives à l'origine de sa création ?

La prise en compte de la question des APS dans la promotion de la santé par les instances gouvernementales est récente. Elle a vu le jour suite au scandale de dopage durant le Tour de France 1998. Mme Buffet et M. Kouchner, alors Ministres, ont mobilisé des moyens pour traiter de cette question mais sous un autre intitulé.

En effet, afin de mobiliser le plus grand nombre, la réflexion sur le dopage a été incluse dans un cadre plus large relatif aux APS en les abordant sous l'axe « bénéfice-risque » pour la santé. Il a été décidé de fournir une information large sur les APS (qui, comment pourquoi...) et seulement ensuite d'aborder la problématique du dopage.

Un rapport de 2002 va être publié en octobre 2003 aux éditions ENSP qui servira de base de travail à la communauté scientifique intéressée par le sujet.

2. Quels en sont les acteurs ? Le Ministère souhaite-t-il encourager la reproduction des actions exemplaires partout sur le territoire ? Quelles méthodes souhaite-t-il utiliser : loi, règlement, circulaire... ?

Les pouvoirs publics ont souhaité s'appuyer sur des actions « exemplaires » de terrain qui fonctionnaient depuis plusieurs années en déclinant selon que l'on se trouve dans un cadre de prévention primaire ou de prévention secondaire (cf. Lonsdorfer à Strasbourg).

A ce titre, un programme national de promotion de la santé par les APS et la prévention des conduites dopantes a été réalisé par une commission du Ministère de la Santé et qui a permis d'allouer des crédits vers des actions fléchées notamment menés dans des établissements de santé et médico-sociaux.

Dans un proche avenir deux textes importants sont prévus et réservent des moyens à la question « APS et santé ».

Il s'agit de la future Loi de Santé Publique qui va être discutée à partir d'octobre et dont l'un des articles concerne le thème « exercices physiques et nutrition ».

De plus, la LOLF pour 2006 entend construire un projet en la matière proche de ce qui existe dans le plan Cancer.

Il semble donc qu'au niveau national, la vision de la santé publique évolue de manière radicale.

En effet, la question des APS dans la promotion de la santé nécessite une approche pluridisciplinaire, transversale et sur le long terme.

Cependant, la mobilisation de ces multiples acteurs ministériels (Santé, Affaires sociales (personnes âgées), Sports, Intérieur et Education Nationale) et de plusieurs institutions de recherche (CNRS, INSERM) s'avère difficile sur une question pourtant porteuse politiquement car elle véhicule une image positive de la société et peu coûteuse.

Le discours général relatif à la santé publique tend toutefois à évoluer grâce à l'impact des programmes régionaux de santé et aux conférences de santé et à la politique menée depuis 10 ans qui a conduit à l'ouverture de fonds, de formation continue à l'égard des professionnels de terrain et du public plus largement.

3. Quelles sont les structures (associatives, hospitalières publiques ou privées) les mieux adaptées au niveau local pour reproduire de telles actions de promotion de la santé ?

Les marges de manœuvre pour les EPS sont grandes tant en ce qui concerne la prise en charge post-traumatologique que la prise en charge des récidivistes.

De plus, il y a un gros travail de certaines associations de personnels qui rencontrent sportivement, hors de l'établissement des associations de malades.

Enfin, de nombreuses associations, au premier rang desquelles « Siel Bleu », travaillent dans ces établissements à favoriser les APS.

Cependant, il n'y a pas encore de processus organisé. On n'en est encore qu'au stade des actions exemplaires tandis que le champ d'action est très vaste. Néanmoins, ces actions ne bénéficient pas toujours de financements pérennes. La santé publique est soumise à des fluctuations et à des contraintes qui tendent à démotiver les équipes.

C'est pourquoi M. Bréchat estime que le loi de santé publique tout autant que la LOLF 2006 constituent des outils fondamentaux pour renforcer cette action.

Enfin, il insiste sur l'enjeu futur pour les CHU notamment de constituer des pôles de recherche et de d'expérimentation qui regrouperaient des acteurs du champ sanitaire et social tant médecins, para-médicaux qu'administratifs ou économistes de la santé. Ces pôles existent déjà à l'étranger, notamment en Suisse, et ont produit des résultats très significatifs en terme de programmes nationaux de santé publique liés à l'impact des recherches effectuées.

4. Avez-vous envisagé ou réalisé des évaluations en terme d'amélioration de l'état de santé de la population ?

Des évaluations sont en cours sur le suivi de l'amélioration de l'état de santé de personnes sujettes à certaines pathologies.

Pas d'homogénéité de l'évaluation au niveau local.

5. Quelles propositions pour l'avenir afin de corriger et/ou pérenniser votre action notamment en matière de moyens financiers et/ou humains à mobiliser sur cette question ?

Ses espoirs résident essentiellement sur la Loi de Santé Publique qui sera discutée dans les semaines à venir ainsi que sur la LOLF qui permettra la nomination d'un référent national sur cette question.

Annexe 11 : Présentation du Plan National Nutrition Santé (2000)

Constatant que les maladies cardiovasculaires sont aujourd'hui la première cause de mortalité en France (32 % des décès), à l'origine de près de 170 000 décès chaque année, que l'obésité concerne 7 à 10 % des adultes et 10 à 12,5 % des enfants de 5 à 12 ans ou encore que la prévalence du diabète, tous âges confondus, est estimée à 2-2,5 %, le gouvernement de M. Lionel Jospin, sous l'impulsion du Ministère de la Santé, a fait de la nutrition l'une des priorités de santé publique dès 1999.

Suite à aux rapports multiples sur le sujet, une vaste programme – Programme National Nutrition Santé (PNNS) – à vocation interministérielle a été lancé en janvier 2001 coordonné par la Secrétariat d'État à la Santé et aux Handicapés, en lien avec les membres du gouvernement chargés de l'Éducation nationale, de l'Agriculture et de la Pêche, de la Recherche, de la Jeunesse et des Sports et de la Consommation

Le PNNS a comme objectif général d'améliorer l'état de santé de l'ensemble de la population en agissant sur l'un de ses déterminants. Le programme se décline ensuite autour de neuf objectifs nutritionnels prioritaires :

1. Augmenter la consommation de fruits et légumes en réduisant de 25% le nombre de petits consommateurs de fruits et légumes.
2. Augmenter la consommation de calcium .
3. Réduire les apports lipidiques à moins de 35% de l'apport énergétique journalier.
4. Augmenter l'apport glucidique à plus de 50% de l'apport énergétique journalier, en particulier l'apport en fibres de 50%
5. Réduire la consommation d'alcool à moins de 20g par jour dans la population générale.
6. Réduire de 5 % la cholestérolémie moyenne des adultes
7. Réduire de 10 mm de Hg la pression artérielle systolique des adultes
8. Réduire de 20 % la prévalence du surpoids et de l'obésité (Indice de Masse Corporelle (IMC) > 25 kg/m²) chez les adultes.
9. Augmenter l'activité physique journalière de l'équivalent d'une demi-heure de marche rapide supplémentaire par jour. la sédentarité étant un facteur de risque de maladies chroniques, doit être combattue chez l'enfant.

Pour atteindre à ces objectifs le PNNS estime indispensable que la population puisse bénéficier d'actions concrètes et visibles. L'amélioration de l'état de santé et la qualité de vie, à tout âge sont autant de mesures et actions développées dans le cadre du PNNS.

Les pouvoirs publics ont cherché à organiser cette action de manière cohérente autour d'axes stratégiques parmi lesquels : l'information et l'orientation des consommateurs vers des choix alimentaires et un état nutritionnel satisfaisant, l'éducation des jeunes et la création d'un environnement favorable à une consommation alimentaire et un état nutritionnel satisfaisant et enfin, la prévention, le dépistage et la prise en charge des troubles nutritionnels dans le système de soins.

Annexe 12 : Présentation du programme « Bien Vieillir » (mars 2003)

Le programme national « Bien Vieillir » (2003-2005) a été lancé en mars 2003. Il a été élaboré en collaboration avec les Ministères des sports et le secrétariat aux personnes âgées. L'État tient son rôle d'impulseur, de coordinateur, puis de mise en réseau.

L'objectif affiché est de « positiver » l'image des plus âgés. Ce programme entend promouvoir la santé et le bien-être par l'alimentation et l'activité physique et sportive⁵⁰. Suite au PNNS, il confirme combien les effets conjugués de l'activité physique et d'une alimentation équilibrée contribuent à promouvoir une image positive et active des personnes âgées.

Parmi les objectifs opérationnels de ce programme, on notera le besoin de développer les connaissances sur la pratique sportive et la consommation alimentaire des plus de 55 ans en France, de cerner leurs attentes et leurs besoins, de sensibiliser cette population des bienfaits de la pratique régulière de développer les formations des acteurs du champs médico-social sur l'APS, l'alimentation et la nutrition.

⁵⁰ Se référer au site internet : <http://jacapit.free.fr/bienvieillir.htm>

Annexe 13 : Tableau de présentation de l'objectif national « exercice et nutrition » (projet de loi santé publique)

| | Objectif | Indicateurs |
|--------------------------------|--|--|
| Objectifs quantifiables | Obésité : réduire de 20% la prévalence du surpoids et de l'obésité (IMC>25kg/m ²) chez les adultes : passer de 10% en 2000 à 8% en 2008 (objectif PNNS ⁽¹⁾). | * Indice de Masse Corporelle (IMC) de la population adulte (18 ans et plus). |
| | Sédentarité et inactivité physique : augmenter de 25% la proportion de personnes, tous âges confondus, faisant par jour, l'équivalent d'au moins 30 minutes d'activité physique d'intensité modérée, au moins cinq fois par semaine : passer de 60% pour les hommes et 40% pour les femmes actuellement, à 75% pour les hommes et 50% pour les femmes d'ici à 2008. | * Proportion de personnes, tous âges confondus, faisant, par jour, l'équivalent d'au moins 30 minutes d'activité physique d'intensité modérée, au moins 5 jours par semaine. |

Notice de lecture du tableau ci-dessus :

➤ **dans la première colonne de chaque tableau.**

- les objectifs de santé quantifiables avec les données disponibles (objectifs quantifiables),
- la production préalable d'information d'ordre épidémiologique (objectifs ayant pour préalable la production d'informations épidémiologiques), ou d'autres connaissances scientifiques (objectifs ayant pour préalable la production d'autres connaissances scientifiques),
- les objectifs qui seront quantifiés après évaluation de programmes en cours ou de programmes pilotes (objectifs ayant pour préalable l'évaluation de programmes précédents ou programmes pilotes).

➤ **dans la deuxième colonne de chaque tableau.**

Elle attribue (objectif)un numéro à chaque objectif et en définit le contenu. Pour les objectifs quantifiables, les dernières estimations disponibles sont précisées, ainsi que l'évolution proposée d'ici 2008.

➤ **dans la troisième colonne de chaque tableau.**

Elle définit (objectif quantifiable), le cas échéant, la nature du préalable à remplir avant de quantifier l'objectif de santé.

➤ **dans la quatrième colonne de chaque tableau.**

Elle (Indicateurs) précise les indicateurs souhaitables pour suivre l'atteinte de l'objectif de santé.