



**Master 2 – Mention Santé Publique,
parcours Promotion de la Santé et
Prévention**

Promotion : **2023-2024**

Date du Jury : **12 Septembre 2024**

**Promouvoir et maintenir l'activité physique
régulière en prévention tertiaire :
Une étude exploratoire sur le cas du diabète**

Emma FOUQUET

Sous la direction d'Eric Breton

Remerciements

A Eric Breton, qui m'a accompagnée et conseillée tout au long de l'année en tant que directeur de mémoire. Nos échanges réguliers étaient constructifs, ils ont nourri ma réflexion et ont contribué à l'aboutissement de ce mémoire.

A Audrey Namur, ma tutrice professionnelle. Merci à elle de m'avoir fait confiance et de m'avoir permis de mettre en application mes acquis et de monter en compétences comme chargée de prévention en association. Evoluer auprès d'elle et des équipes de la Fédération Française des Diabétiques a été une expérience enrichissante tant professionnellement qu'humainement.

A l'ensemble de la promotion du Master 2 Promotion de la Santé et Prévention, partage, entraide et soutien ont été les maîtres mots de cette année.

Enfin, je remercie chaleureusement mes proches qui m'ont toujours soutenue.

Sommaire

Introduction.....	1
1 Etat de la connaissance	3
1.1 L'activité physique comme déterminant de santé.....	3
1.2 L'influence de l'activité physique sur le diabète	4
1.3 Le cadre politique français et les enjeux économiques liés à l'activité physique adaptée	6
1.4 Activité physique adaptée pour le diabète : les pratiques existantes	9
2 Méthodologie	13
2.1 Collecte de données	13
2.1.1 Revue de littérature	13
2.1.2 Entretien semi-directifs	14
2.2 Analyse de données.....	17
3 Résultats	19
3.1 Les données collectées dans la littérature et sur le terrain	19
3.2 Classification socioécologique des freins et leviers à la pratique régulière.....	20
4 Discussion.....	41
4.1 Exploiter l'ensemble des leviers pour pérenniser la pratique	41
4.2 Renforcer le lien entre santé et sport dans l'intérêt des patients	45
4.3 Reconnaître la complémentarité des offres existantes	47
4.4 Valoriser la pair-aidance et l'impact du groupe	48
4.5 Aller au-delà du soin, orienter la pratique sur le plaisir	49
4.6 Une intervention multi-facette intégrant les principes de promotion de la santé.....	50
4.7 Préconisations	52
4.8 Les limites de l'étude.....	54
Conclusion	55
Bibliographie	57
Table des Figures	65
Table des Tableaux	65
Tables des Matières.....	65
Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

AF : Association(s) fédérée(s)

ALD : Affection Longue Durée

APA : Activité Physique Adaptée

ARS : Agence Régionale de Santé

BPE : Bénévole Patient Expert

DT1 / DT2 : diabète de type 1 / Diabète de type 2

DRAJES : Délégation Régionale Académique à la Jeunesse, à l'Engagement et aux Sports

EAPA : Enseignant en Activité Physique Adaptée

FFD : Fédération Française des Diabétiques

HbA1c : Hémoglobine Glyquée

MSS : Maison Sport Santé

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SSBE : Sport-Santé Bien-Etre

Glossaire

Activité Physique : « L'OMS définit l'activité physique comme tout mouvement corporel produit par les muscles squelettiques qui requiert une dépense d'énergie. L'activité physique désigne tous les mouvements que l'on effectue notamment dans le cadre des loisirs, sur le lieu de travail ou pour se déplacer d'un endroit à l'autre. Une activité physique d'intensité modérée ou soutenue a des effets bénéfiques sur la santé » (Organisation Mondiale de la Santé, 2024).

Activité Physique Adaptée : L'activité physique adaptée ou APA désigne « la pratique dans un contexte d'activité du quotidien, de loisir, de sport ou d'exercices programmés, [...] basée sur les aptitudes et les motivations des personnes ayant des besoins spécifiques qui les empêchent de pratiquer dans des conditions ordinaires. [...] afin de réduire les facteurs de risque et les limitations fonctionnelles liées à l'affection de longue durée, à la maladie chronique ou à des situations de perte d'autonomie » (*Article D1172-1 - Code de la santé publique - Légifrance, s. d.*).

Déterminant de santé : Tout facteur ou phénomène, intrinsèque (propre à l'individu) ou extrinsèques (comportement, environnement, politique) dont la présence est susceptible de modifier l'état de santé des individus (à partir des enseignements de masters 1 et 2 à l'EHESP).

Forme-santé : pratique d'exercices physiques à des fins de santé, activités planifiées et répétitives qui ne répondent pas à des règles de jeu avec des conditions de pratique adaptées à un public cible dans le but de maintien et d'amélioration de la santé (définition écrite à partir de l'étude de l'offre existante).

Hémoglobine Glyquée (HbA1c) : « L'hémoglobine glyquée (ou HbA1c) est le reflet de la glycémie. Tandis que la glycémie capillaire et la glycémie à jeun sont des instantanés de l'état glycémique, l'HbA1c permet, par un dosage sanguin, d'évaluer l'équilibre glycémique sur une plus longue période (environ deux à trois mois). [...] Généralement, un diabète est considéré comme équilibré si le taux d'HbA1c est inférieur ou égal à 7%. » (Fédération Française des Diabétiques).

Inactivité Physique : « L'inactivité physique, est la non-atteinte de ces recommandations [des recommandations en activité physique pour un maintien et une amélioration de la santé globale] » (ONAPS).

Prévention : « La prévention consiste à éviter l'apparition, le développement ou l'aggravation de maladies ou d'incapacités. Selon l'OMS sont classiquement distinguées :

- La prévention primaire qui agit en amont de la maladie (ex : vaccination et action sur les facteurs de risque) ;
- La prévention secondaire qui agit à un stade précoce de son évolution (dépistages) ;
- La prévention tertiaire qui agit sur les complications et les risques de récurrence. » (Depiesse et al., 2018).

Promotion de la santé : « Processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci en agissant concrètement sur ses déterminants » (Jourdan, 2021).

Sédentarité : « La sédentarité est définie comme une situation d'éveil caractérisée par une dépense d'énergie proche de la dépense énergétique de repos en position assise ou allongée » (ONAPS, s. d.).

Sport : « Ensemble d'exercices physiques se présentant sous forme de jeux individuels ou collectifs, donnant généralement lieu à une compétition, pratiqués en observant certaines règles précises » (Delloye, 2020).

Sport-Santé : « Le « sport-santé » recouvre la pratique d'activités physiques ou sportives contribuant au bien-être et à la santé physique, psychologique et sociale » (Réseau français des Villes-Santé de l'OMS, 2021) ; il représente les « conditions de pratiques des disciplines sportives aptes à conserver ou améliorer la santé en prévention primaire, secondaire ou tertiaire » (Calmat, 2019).

Sport santé bien-être (SSBE) : englobe l'ensemble des activités physiques de loisir source de santé, de bien-être, de détente et de plaisir. Ce terme désigne aussi l'activité physique à des fins de santé au niveau politique. D'un point de vue opérationnel, les ARS/ DRAJES pilotent les plans sport santé bien-être, « ces plans ont l'objectif de structurer les RSSBE [réseaux sport santé bien-être] afin de coordonner les actions de prévention et de soin par les activités physiques à tout niveau territorial » (Favier-Ambrosini & Delalandre, 2018).

Introduction

La prédominance des maladies non transmissibles ou maladies chroniques est, selon Abdel Omran, la dernière grande transition épidémiologique contemporaine (Vallin & Melsé, 2012). Cette bascule est en partie due au mode de vie sédentaire de plus en plus prévalent dans nos sociétés. L'activité physique est un déterminant de santé majeur permettant de maintenir et d'améliorer le capital santé. En France, l'activité physique a été, par ailleurs, désignée comme Grande Cause Nationale en 2024. Remettre la population en mouvement, tout au long de la vie et à tout âge, est un défi de santé publique décisif.

La situation actuelle est alarmante, certains affirmant que "Sitting is the new smoking" (Juanico & Khellaf, 2023). L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) reconnaît le manque d'activité physique comme la quatrième cause de décès dans le monde, représentant près de 4 millions de décès. Le professeur François Carré déclare que l'inactivité physique et la sédentarité tuent chaque année entre 40 000 et 50 000 personnes en France (Juanico & Khellaf, 2023).

J'ai réalisé mon alternance au sein de la Fédération Française des Diabétiques comme chargée de prévention. Mes missions principales étaient de modéliser des kits de prévention primaire et tertiaire pour prévenir le diabète et ses complications et promouvoir les comportements favorables. J'ai aussi participé à l'animation du réseau et aux actions de plaidoyer sur la nutrition. Cette année un accent particulier a été mis sur l'activité physique avec la semaine nationale de prévention du diabète dédiée à cette thématique avec des actions nationales et locales, la réalisation d'un plaidoyer avec un collectif inter-associatif et le développement de nouveaux partenariats. Cela m'a amené à m'intéresser au sujet de l'activité physique dans le cadre de la prévention des complications du diabète.

En France, plus de 4 millions de personnes sont identifiées comme atteintes de diabète auxquelles il faut ajouter les 700 000 personnes qui s'ignorent. Il n'y a pas un diabète mais des diabètes. Le diabète de type 1 (6 % des cas) ou diabète insulino-dépendant, se manifeste principalement pendant l'enfance, c'est une maladie auto-immune, d'origine multiples (prédispositions génétiques, environnement, causes inconnues) où la destruction des îlots de Langerhans et des cellules bêta du pancréas par des auto-anticorps entraînent une carence en insuline. Le diabète de type 2 (92 % des cas), est la forme la plus répandue, résultant d'une prédisposition génétique et d'une surexposition à des facteurs de risque comportementaux (alimentation, activité physique, sédentarité, surcharge pondérale), il correspond à une fabrication insuffisante d'insuline (insulinopénie) et/ou d'une insulino-résistance. Les 2 % des cas restants sont des diabètes rares : diabète gestationnel, diabète MODY (mutation

chromosomique héréditaire), diabète LADA (diabète de type 1 lent) ou des diabètes secondaires à certaines maladies ou prise de médicaments.

La prévalence du diabète est en constante augmentation ces dernières années. Un indicateur alarmant est l'augmentation annuelle de 2 % du nombre de cas de diabète chez les adolescents, en partie à cause du faible niveau d'activité physique et de la sédentarité. Des consortium professionnels prônent que « la lutte contre la sédentarité et la promotion de l'activité physique régulière et tout au long de la vie doit devenir un fil rouge en matière de santé publique » (Juanico & Khellaf, 2023).

Peu importe le type de diabète, l'activité physique régulière est essentielle pour stabiliser la glycémie. Les effets de l'activité physique sont éphémères, ils ne durent que 24 à 48h, la régularité est donc un enjeu majeur (Juanico & Khellaf, 2023).

Bien que les bénéfices de l'activité physique soient connus et reconnus, bien que l'offre de programmes courts intégrés aux parcours de soins pour les personnes vivant avec le diabète soient en plein essor, il demeure le problème du maintien au long cours de cette pratique.

L'exploration de ce sujet se fait via les prismes de la promotion de la santé, avec l'autonomisation et l'empowerment du patient, et de la santé publique, avec la coordination d'acteurs de divers champs dans le but de proposer une offre de santé globale (physique, mentale, sociale). L'étude repose sur un recensement des écrits ainsi qu'une enquête de terrain.

La visée de ce mémoire est de contribuer à améliorer la pérennité de l'activité physique en prévention tertiaire de diabète.

Dans ce qui suit, nous allons dresser une synthèse de l'état de la connaissance, présenter la méthodologie, recenser des freins et leviers à l'activité physique régulière, explorer les axes de la pérennisation et aborder des préconisations pour améliorer l'offre et encourager l'activité physique pérenne des personnes atteintes de diabète.

1 Etat de la connaissance

1.1 L'activité physique comme déterminant de santé

Liés à nos modes de vie et conditions quotidiennes d'existence, le manque d'activité physique et la sédentarité sont des facteurs de risque reconnus favorisant le développement de maladies non transmissibles. L'inactivité physique serait responsable de quatre à cinq millions de décès par an dans le monde, ce qui en fait la « quatrième cause principale de décès prématurés dans le monde » (Organisation mondiale de la Santé, 2020).

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit l'activité physique comme :

« tout mouvement corporel produit par les muscles squelettiques qui requiert une dépense d'énergie [supérieure aux dépenses du métabolisme basal]. L'activité physique désigne tous les mouvements que l'on effectue notamment dans le cadre des loisirs, sur le lieu de travail ou pour se déplacer d'un endroit à l'autre. Une activité physique d'intensité modérée ou soutenue a des effets bénéfiques sur la santé » (Organisation Mondiale de la Santé, 2024).

Il est désormais reconnu que l'activité physique est bénéfique pour la santé (Mercier et al., 2021; ONAPS). En effet, c'est un déterminant de santé majeur qui contribue au maintien, au développement et à l'amélioration de la santé physique et mentale. Ainsi, l'OMS a élaboré des recommandations quant à la quantité et à l'intensité d'activité physique à respecter pour être en bonne santé. Cependant, dans son rapport mondial de situation sur l'activité physique en 2022, l'OMS relate une situation mondiale préoccupante avec 27,5 % des adultes et 81 % des adolescents inactifs physiquement. Cette inactivité renforcée par des comportements sédentaires entraînent de lourdes conséquences sur la santé et l'économie mondiale. Ce rapport affirme que, si rien ne change, environ 500 millions de nouveaux cas de maladies non transmissibles se développeront d'ici 2030 et cela engendrerait pour les pays à revenus élevés un basculement des usages économique en santé avec « 70 % des dépenses de santé [totales] consacrées au traitement des maladies résultant de l'inactivité physique » (Organisation Mondiale de la Santé, 2022). En France ce coût est chiffré à 14 milliards d'euros par an (Réseau français des Villes-Santé de l'OMS, 2021). Avec comme objectif une réduction de 15 % de l'inactivité physique en 2030, le plan mondial de l'OMS 2018-2030 décline quatre axes d'intervention : créer une société active / créer des environnements actifs / inciter à être actif / créer des systèmes actifs (Organisation Mondiale de la Santé, 2019).

1.2 L'influence de l'activité physique sur le diabète

Ces recommandations varient suivant l'âge et l'état de santé mais concernent l'ensemble de la population (Organisation mondiale de la Santé, 2020) Pour les adultes avec une pathologie chronique, l'OMS recommande de pratiquer :

- 150 à 300 minutes d'activité physique d'intensité modérée ou 75 à 150 minutes d'activité physique d'intensité élevée par semaine (en incluant des exercices pour travailler l'équilibre).
- A cela s'ajoute, deux activités contribuant au renforcement musculaire dans la semaine.

L'activité physique est souvent résumée aux sports, alors qu'elle englobe le sport mais aussi des activités du quotidien et des loisirs (marche, vélo, jardinage, emprunter les escaliers...) (Essadek & Shadili, 2021). En effet, l'activité physique est une notion complexe regroupant une multitude de disciplines et pratiques pouvant être regroupées en trois grandes catégories : les activités physiques quotidiennes, les exercices physiques et les activités sportives (cf. Annexe I). Face à cela, la promotion de l'activité physique passe par le développement et la mise en lumière de l'activité physique adaptée (dite APA) et du sport-santé. L'activité physique adaptée ou APA désigne « la pratique dans un contexte d'activité du quotidien, de loisir, de sport ou d'exercices programmés, [...] basée sur les aptitudes et les motivations des personnes ayant des besoins spécifiques qui les empêchent de pratiquer dans des conditions ordinaires. [...] afin de réduire les facteurs de risque et les limitations fonctionnelles liées à l'affection de longue durée, à la maladie chronique ou à des situations de perte d'autonomie » (*Article D1172-1 - Code de la santé publique - Légifrance*, s. d.). Au sens de cette définition, l'ensemble des activités physiques, quel que soit leur type, semblent être adaptable. Au-delà des initiatives autonomes, comme adapter son rythme et sa distance de course ou installer des parterres de plantes surélevé pour jardiner à hauteur, certaines APA sont encadrées (notamment dans le cadre du parcours de soins puis pour les cours collectifs) par des labellisations fédérales, des formations requises pour les encadrants, une reconnaissance ARS-DRAJES, etc. Se distingue :

- l'APA : dénomination normalement réservée aux activités encadrées par des enseignants APA (licence et/ou master STAPS APA) ;
- le sport-santé et le forme/bien-être santé avec des programmes ouvert à tous, pluri-pathologies ou ciblés (ex : diabète) encadrés par des éducateurs sportifs formés au sport-santé;
- le handisport ou le sport adapté pour certaines situations de handicaps et/ou déficiences.

Le sport-santé est une sous-catégorie d'activité physique à la croisée du sport et de l'APA, représentant les « conditions de pratique des disciplines sportives aptes à conserver ou améliorer la santé, en

prévention, primaire, secondaire ou tertiaire » (Calmat, 2019). À la vue de cette définition de la Commission médicale du sport, le sport-santé s'apparente donc à la pratique de l'activité physique pour maintenir et améliorer sa santé. Pratiques en pleine expansion, des protocoles de pratiques physiques adaptés en fonction d'une pathologie (ex : cancers) ou d'un état de santé (ex : grossesse) sont établis par les fédérations sportives. Les pathologies et états de santé éligibles au sport-santé sont recensés dans le MedicoSport-Santé© du Comité National Olympique et Sportif Français (CNOSF) et de la Société Française de Médecine de l'Exercice et du Sport. Le sport-santé repose sur la règle des 3 R : une « pratique régulière, raisonnable et raisonnée » (Calmat, 2019; Calmat & Duclos, 2018).

Le MédicoSport-Santé©, en libre accès sur le site du VIDAL, a établi une fiche de recommandations « Activités physiques et sportives et maladies métaboliques » qui dédie un focus au diabète de type 2 (Juanico & Khellaf, 2023; Petit-Sénéchal et al., 2023). Ce document référence, notamment, les effets à long termes d'une AP régulière sur la maladie avec une amélioration de l'équilibre glycémique (diminution moyenne de 0,7 % de l'HbA1c), une réduction du risque d'aggravation du diabète de type 2 et réduction du risque de complications secondaires au diabète de type 2, amélioration de la condition physique.

Réalisées en collaboration entre les fédérations sportives, le MédicoSport-Santé© rassemble aussi des fiches pratiques présentant des activités compatibles avec une pathologie et/ou les adaptations possibles d'une discipline « classique ». Au 24 avril 2024, 4 fiches spécifiques au diabète de type 1 dit DT1 et plus de 5 fiches spécifiques au prédiabète et diabète de type 2 dit DT2 (prévention secondaire et tertiaire) sont disponibles. On retrouve une variété d'activité que ce soit du forme-santé (ex : marche-santé, paddle, gymnastique volontaire), du sport-santé (ex : rugby, ski, hockey sur gazon). Le MédicoSport-Santé© est un outil dont peuvent se saisir les professionnels de santé pour orienter leurs patients vers une activité physique adaptée (VIDAL - MédicoSport Santé).

L'activité physique est reconnue pour avoir des effets immédiats et postérieurs jouant sur la glycémie. Durant un exercice, la contraction des muscles vient stimuler le transport et le métabolisme du glucose dans l'organisme. Après une activité physique, la précédente stimulation va découler sur un accroissement de la sensibilité des muscles à l'insuline favorisant, l'absorption du glucose et donc une baisse de la glycémie pendant plusieurs heures consécutives à la séance avec sur le long termes une diminution moyenne de l'HbA1c de 0,6 % (Duclos et al., 2013). Au-delà de la glycémie, une activité physique régulière a des effets préventifs sur les complications des diabètes de type 1 et 2 (DT1 et DT2) notamment sur les risques vasculaires. Si les hyperglycémies répétées dues au diabète abîment les vaisseaux, une activité régulière améliore la capillarisation du flux sanguin et stabilise la glycémie, permettant d'éviter la détérioration de l'afflux sanguin et du réseau vasculaire et par extension de

maintenir une innervation efficace (Duclos et al., 2013). Ainsi l'activité physique régulière en prévention tertiaire dans le cadre d'un diabète, contribue à réduire le risque de complications cardiovasculaires et neuropathiques (rétinopathie diabétique, pied diabétique, complications sexuelles...).

La sédentarité a de multiples impacts sur notre santé, elle a des multiples répercussions : « masse musculaire, densité osseuse, hormones, psychologie, cycle circadien, mais aussi nutrition et métabolisme. » (Juanico & Khellaf, 2023). La sédentarité et le manque d'activité physique sont en partie responsable des états de prédiabète et du diabète de type 2. Le glucagon et l'insuline sont les deux hormones intervenant dans le métabolisme glucidique. En temps normal le glucagon permet de produire et libérer du glucose dans le sang et l'insuline, d'inhiber la production et stocker du glucose, le tout pour maintenir l'homéostasie glucidique. De façon simplifier, après les apports énergétiques (repas) le corps produit de l'insuline pour diminuer le taux de glucose dans le sang, et lors des dépenses énergétiques (efforts physiques), le glucagon permet d'augmenter le taux glucose dans le sang. Or, avec une dépense énergétique insuffisante, le glucose non consommé vient se stocker dans le corps mais une fois les réserves glucidiques surchargées, le glucose n'est plus stocké et s'accumule en grande quantité dans le sang. Cette saturation en glucose dans le sang provoque une baisse de sensibilité de l'insuline, c'est l'insulinorésistance responsable d'un prédiabète ou d'un diabète de type 2 (Juanico & Khellaf, 2023).

Si l'activité physique permet, en prévention primaire, de réduire le risque de développer un prédiabète ou un diabète de type 2, c'est aussi un outil de référence en prévention tertiaire une fois la pathologie installée. Dans son expertise collective *Activité Physique. Prévention et traitement des maladies chroniques*, l'INSERM recommande l'activité physique pour améliorer l'état de santé des patients atteints de diabète de type 1 et recommande l'activité physique comme premier traitement thérapeutique pour le diabète de type 2 (Juanico & Khellaf, 2023).

1.3 Le cadre politique français et les enjeux économiques liés à l'activité physique adaptée

Activité physique adaptée, sport-santé, forme-santé, toutes ces pratiques sont en plein essor en France et à l'international tant en prévention primaire que tertiaire. Pour la gestion des maladies chroniques, le cadre des politiques publiques se décline de l'échelon national à local (cf. Annexe II), le tout chapeauté par des orientations internationales comme le plan d'action mondial pour promouvoir l'activité physique (2018-2030) de l'OMS.

La politique de santé française « tend à assurer la promotion de conditions de vie favorables à la santé, l'amélioration de l'état de santé de la population, la réduction des inégalités sociales et territoriales [...] et à garantir [...] l'accès effectif de la population à la prévention et aux soins. » (*Article L1411-1 - Code de la santé publique - Légifrance*). Aux vues de cette article du code de la santé publique, et sachant que la HAS a reconnu l'activité physique comme thérapeutique non médicamenteuse depuis 2011, la politique de santé se doit de traiter de l'activité physique dans le parcours de soins, ce qu'elle a fait avec le sport sur ordonnance, mais aussi en prévention, dont la prévention tertiaire. Stratégie Nationale de Santé, Stratégie Nationale Sport-Santé, Programme National Nutrition-Santé, Grande Cause Nationale, si l'activité physique est présente dans de nombreuses politiques françaises, il est parfois difficile de s'y retrouver et d'identifier les applications concrètes.

Depuis une quinzaine d'année, des politiques publiques plus spécifiques abordant l'activité physique adaptée comme élément de santé publique se multiplient. La loi de modernisation de notre système de santé de 2016 instaure le droit à la prescription d'activité physique pour les médecins traitants, désigné par « Sport sur ordonnance », pour leurs patients en affections longues durées (ALD). Si cette loi a été une reconnaissance de l'importance de l'activité physique, depuis les choses peinent à avancer et à se pérenniser. Face aux prescriptions insuffisantes le droit a été élargi à tous les médecins intervenant dans le parcours de soins (loi visant à démocratiser le sport en France 2022). Le débat persistant est sur la prise en charge de l'APA dans le cadre du parcours de soins, amendements favorables du gouvernement puis marche arrière, la loi de financement de la sécurité sociale 2024 (LFSS) promulgue uniquement une expérimentation de prise en charge dans certaines régions seulement pour les cancers et avec un financement des fonds d'intervention régional (FIR) des ARS et non un financement sécurité sociale alors même que le rapport Charges et Produits 2023 de l'Assurance Maladie préconisait le remboursement de l'APA pour cancer et diabète.

La déclinaison régionale de ces multiples orientations nationales est aussi complexe. Projet régional de santé, plan régional sport-santé bien-être, projet sportif territorial, pas moins de 3 plans différents portés par l'ARS et/ou la DRAJES et/ou le mouvement sportif, parfois difficile à coordonner et à mettre en œuvre. A cela s'ajoute le pilotage des maisons sport-santé, si la volonté est d'en faire le guichet unique cela est freinée par les financements précaires de ces structures, le statut variable des porteurs (commune, association, centre hospitalier ...) et les 500 maisons sport-santé actuelles sont insuffisantes pour absorber l'entièreté de la demande.

Cette liberté de mise en œuvre régionale permet d'adapter les programmes aux besoins locaux, cependant, l'absence d'un cahier des charges commun pour décliner l'APA peut être source de confusion. Prescri'Forme en Ile-de-France, Prescirmouv dans le Grand Est, PEPS (prescription

d'exercice physique pour la santé) en Nouvelle-Aquitaine, voici quelques exemples de programmes régionaux de sport sur ordonnance. La multiplicité des noms ne facilite pas la transmission de connaissances et la visibilité que ce soit par la population ainsi que les professionnels de santé et de l'activité physique pouvant intervenir sur plusieurs régions. La non inclusion du mouvement sportif dans la conception du plan régional sport-santé bien-être interroge sur l'intersectorialité et la participation des parties prenantes, cela renvoie à la priorisation nationale sur les programmes courts intégrés au parcours de soins au détriment des programmes pérennes s'inscrivant dans la durée. La non collaboration entre sport et santé s'illustre aussi par les choix sémantiques. Le monde de la santé a fait le choix de l'appellation « activité physique adaptée », cela est très proche du « sport adapté » existant depuis des décennies dans le mouvement sportif. Si ces deux termes sont très proches, ils ne désignent pas la même pratique, l'activité physique adaptée concerne les personnes à risque, en maladies chroniques ou perte d'autonomie alors que le sport adapté concerne les personnes en situation d'handicaps psychiques et mentaux. Sachant que pour le grand public la différence entre activité physique et sport est souvent peu connue, la dénomination similaire de ces deux pratiques peut prêter à confusion (cf. Annexe I).

Par ailleurs, le désintérêt des pouvoirs publics pour lutter contre l'inactivité physique et la sédentarité ont de lourdes conséquences économiques. Il y a 10 ans déjà, en 2013, Ding et al. estimaient qu'en France, sur le budget consacré aux affections longues durées, plus d'un milliard des dépenses de santé directes étaient dues à l'inactivité physique et qu'à cela s'ajoute plus de 350 millions de coût indirect avec la perte de productivité annuelle. En effet, l'inactivité physique et les pathologies qu'elle entraîne, impactent la productivité annuelle due à la mortalité prématurée mais aussi la morbidité (Ding et al., 2016). Cela concerne uniquement l'inactivité physique, la sédentarité massive coûterait, elle plus de 500 millions d'euros à l'Assurance maladie chaque année (Juanico & Khellaf, 2023). Le Ministère des sports est encore plus alarmiste avec une estimation des coûts de « la sédentarité à 17 milliards d'euros par an pour la France, dont 14 milliards pour les dépenses de santé » (Ministère des solidarités et de la santé, Ministère des sports, 2019). Les dépenses de santé liées aux affections longues durées, dont le diabète, constituent désormais une part prépondérante des remboursements de l'Assurance maladie, avec 60,8 % des dépenses totales (Cour des comptes, 2016). Avec l'augmentation croissante des cas chroniques, si rien n'évolue, cela confirme les estimations de l'OMS avec 70 % des dépenses de santé des pays développées consacrées au traitement des maladies ayant l'activité physique comme facteur de risque dont le diabète (Organisation Mondiale de la Santé, 2022).

Même si l'Assurance maladie ne prend pas en charge l'APA, cela n'a pas empêché le déploiement de la pratique avec, une implémentation d'une diversité d'offres sur le territoire depuis quelques années.

1.4 Activité physique adaptée pour le diabète : les pratiques existantes

Associations de patients, associations spécialisées en APA, clubs omnisports, associations sportives maisons sport-santé, réseaux de professionnels, de nombreuses structures proposent une offre d'APA. Pour une pratique pérenne, les associations apparaissent comme un soutien et un acteur d'envergure majeur.

Deux parcours-patient se distinguent : avec et sans prescription d'APA. Pour les patients n'ayant pas de prescriptions, ils peuvent en théorie exercer dans la structure de leur choix (avis médical fortement conseillé). Dans le cadre d'une prescription d'APA, le patient est normalement orienté par son médecin, même si dans les témoignages les patients sont souvent laissés seuls dans ce labyrinthe de l'APA. Un professionnel de santé ou un enseignant APA d'une maison sport-santé, en libéral ou en association réalise un entretien médico-sportif et un entretien motivationnel. Ces bilans contribuent à avoir un aperçu des conditions physiques, des motivations et de la pratique actuelle du patient. Suite à ça le professionnel oriente le patient vers un programme d'APA de 3 à 6 mois dispensé par le professionnel lui-même ou une structure passerelle. Suivant le niveau de limitation fonctionnelle du patient défini en amont par le médecin prescripteur, le professionnel encadrant le programme ne sera pas le même.

Tableau 1 - Les profils de programmes APA

Professionnels	Limitations	Lieu d'exercice
Kinésithérapeute, ergothérapeute, psychomotricien	Limitations modérées à sévères en prévention secondaire ou tertiaire.	Cabinet libéral, hôpital, ULSD, SSR, EHPAD
Enseignant en activité physique adaptée (EAPA)	Limitations minimales à modérées en prévention secondaire ou tertiaire	Associations, hôpital, ULSD, SSR, EHPAD
Educateur sportif certifié en APA ou sport-santé	Aucune limitation à limitations minimales en prévention primaire ou tertiaire (pérennisation)	Associations

A noter, que les patients une fois stabilisés peuvent pratiquer en autonomie et/ou en milieu ordinaire avec un éducateur sportif agréé mais pas forcément certifié en APA/sport-santé.

Selon le texte de loi, les personnes en ALD, avec une maladie chronique, en perte d'autonomie ou avec des facteurs de risques sont éligibles à la prescription d'APA, cela représenterait 20 millions de français éligibles (Juanico & Khellaf, 2023). Cependant le faible taux de prescriptions apparaît comme un frein au recours à l'APA. Ce qui ressort de l'article de Croquin et al. (2023) est la question de l'orientation des médecins envers l'offre existante, de nombreux médecins témoignent de leur méconnaissance de

l'offre de proximité et de ne pas savoir vers qui orienter le patient. D'autres expriment ne pas prescrire d'APA, car en France une prescription médicale évoque un remboursement, or l'APA n'est pas prise en charge, les médecins anticipent le non-recours des patients en ALD ayant l'habitude d'être pris en charge à 100 % et qui jugent inconcevables de payer pour leurs soins (Croquin et al., 2023). Pourtant 45 organismes d'assurance maladie complémentaire proposent des forfaits pour l'aide à la prise en charge du bilan médico-sportif et/ou des aides pour une adhésion/licence/abonnement sportifs (Azur Sport Santé, 2023).

La transversalité entre sport et santé est encore fragile. Dans leur article Pojednic et al. (2018) étudient la perception des médecins envers les coachs sportifs et les salles de sport aux Etats-Unis. Il est rapporté que seulement 30 % des patients reçoivent des conseils en activité physique des médecins. Il faut dépasser le manque de confiance qu'ont les médecins envers les coachs sportifs pour pouvoir accroître la pratique d'activité physique des patients. Les médecins seraient surtout réticents à orienter les patients vers les salles de sports à cause du coût de ces dernières (Pojednic et al., 2018). Un parallèle, à creuser pour la France, est la pratique sport-santé en association et maisons de quartier où il existe des adhésions moins chères ou calculées sur le quotient familial, la prise en charge par certaines mutuelles ou comité d'entreprise pour les actifs.

Les leviers de la pérennisation doivent être exploités et les freins anticipés dès le début d'un programme. Un exemple est le projet expérimental PERSISTE de l'ARS Ile-de-France (Promotion et pERennité de l'activité phySIque SanTE) qui se construit autour de 4 questions (Riquier et al., 2023) : quelles sont les compétences requises pour encadrer le patient ? quels sont les objectifs du programme ? quels sont les mécanismes utilisés pour garantir le suivi du programme ? quels sont les mécanismes d'orientation utilisés pour assurer la poursuite de la pratique après le programme ?

Le projet PERSISTE aborde les leviers des programmes APA à savoir l'encadrement, les objectifs, la co-construction et le suivi motivationnel mais aussi l'enjeu de la pérennisation avec les déterminants individuels (état de santé, désirs), la proximité du lieu de pratique, l'accompagnement passerelle entre l'encadrant du programme APA court vers une activité pérenne (ne pas laisser le patient livré à lui-même à la fin du programme) (Riquier et al., 2023).

Si les programmes courts commencent à être bien implantés et identifiés, le maintien de l'activité physique reste précaire pour les publics diabétiques. Il y a un réel enjeu autour de la transition, de la passerelle entre les programmes courts sur prescription et une activité durable. Parmi les nombreux facteurs d'adhésion identifiés, Collado-Mateo et al. (2021) évoquent le lien social et l'accompagnement. Les publics atteints d'une maladie chronique peuvent présenter des craintes, un manque de confiance en leurs capacités physiques dues à la pathologie, exercer en petit groupe

permet un soutien mutuel et de la motivation. De plus, l'accompagnement et l'encouragement de l'encadrant est important, pour éviter toute rupture, il doit s'assurer d'orienter et d'accompagner le patient vers une pratique durable en association ou en club et cela en amont de la fin d'un programme, il se doit de répondre aux interrogations et aux doutes, de leurs montrer qu'ils en sont capables (Collado-Mateo et al., 2021).

Pour la pérennisation, un levier qui apparaît comme central est la place du patient. Les professionnels de la santé et de l'activité physique doivent collaborer dans l'intérêt du patient, le programme doit être personnalisé et évolutif en fonction des besoins, des envies du patient. L'APA doit être conçue pour le patient et avec le patient, il doit être acteur de sa propre santé, la clé est de lui donner les outils et compétences pour être autonome dans le temps.

Sur la base de cette revue de l'état de la connaissance, trois objectifs à explorer ont été définis pour construire la réflexion de ce mémoire.

- 1) Identifier les facteurs de la pérennisation de l'activité physique (freins et leviers)
- 2) Documenter les programmes et politiques publiques relatives à l'APA en lien avec la prévention tertiaire du diabète
- 3) Formuler des recommandations pour améliorer les pratiques et politiques.

Ainsi, les questionnements suivants ont guidé mon travail :

- Quelles sont les freins et leviers à la pratique d'activité physique ?
- Quelle est l'expérience patient au travers de témoignages de personnes atteintes de diabète ?
- Comment améliorer l'offre existante pour pérenniser l'activité physique en prévention tertiaire ?

2 Méthodologie

Ce mémoire repose sur une étude qualitative rétrospective avec la réalisation d'une revue de littérature et la conduite d'entretiens semi-directifs.

2.1 Collecte de données

2.1.1 Revue de littérature

Plusieurs sources de données ont été utilisées pour construire l'argumentaire de ce mémoire. Pour éclairer ce questionnement, plusieurs outils méthodologiques ont été mobilisés. Tout d'abord une première revue de littérature a été réalisée sur les bases de données *PubMed*, *Cairn* et *Science Direct* ainsi que de la littérature grise (rapport institutionnel, stratégies et textes de loi, ressources médicales). Les ressources institutionnelles nationales et internationales pour avoir une vision globale de la situation et la délimitation du champ d'action. Les articles scientifiques ainsi que les rapports de la littérature grise ont été consultés pour recentrer sur l'axe de l'usage de l'activité physique en prévention.

Cette revue de l'état de la connaissance a permis de contextualiser l'objet de recherche qu'est l'activité physique tant comme déterminant de santé que comme thérapeutique non médicamenteuse. Elle a aussi contribué à identifier le cadre politique de l'activité physique en France. Cela a contribué à aboutir au questionnement de comment pérenniser l'activité en prévention tertiaire avec l'exemple du diabète.

Suite à ça, une seconde revue de littérature a été réalisée exclusivement sur *PubMed* et appuyée par deux ouvrages (Juanico & Khellaf, 2023; Petit-Sénéchal et al., 2023) pour recenser et classifier les facteurs d'adhésion à la pratique d'activité physique. Le but de cette seconde revue était d'aller au-delà des généralités sur l'activité physique et de creuser l'axe de la pérennisation. Une partie exploratoire avec la lecture de 5 articles a permis d'identifier les mots clés suivant : "mouvement", "physical activity", "chronic disease", "tertiary prevention", "adherence", "sustainability", "motivation". Les mots clés sont en anglais car PubMed est une base de données internationale où un abstract en anglais est requis, l'usage de l'anglais sert à avoir accès à un maximum de ressources.

En concertation avec le directeur de mémoire, le choix a été d'utiliser une seule base de données au vu du temps consacré à la revue de littérature (6 semaines) et au vu du nombre de ressources existantes sur l'activité physique (centralisation des données). Le choix s'est porté sur la base de données *PubMed* pour le côté international et médical.

La requête finale #1 AND #2 AND #3 a été construite à partir de 3 requêtes initiales :

- #1: (“Mouvement”[Title/Abstract] OR “physical activity”[Title/Abstract])
- #2: AND (“chronic disease”[Title/Abstract] OR “tertiary prevention”[Title/Abstract])
- #3: AND (“Adherence”[Title/Abstract] OR “sustainability”[Title/Abstract] OR “motivation”[Title/Abstract])

Les mots clés contribuent à optimiser la pertinence des résultats et l’ajout de filtres contribue à réduire le nombre de résultats. Par exemple, le choix de bornes 2018 à 2024 pour le filtre « date de publication » permet d’avoir accès à des ressources récentes. L’intérêt de la revue de littérature est d’avoir un aperçu des initiatives internationales pour les comparer à la France, de recenser les freins et leviers à l’adhésion de la pratique et d’avoir un point de vue scientifique à comparer par la suite au point de vue du terrain.

En parallèle la lecture des ouvrages *Sport-Santé : une ambition collective* (Petit-Sénéchal et al., 2023) et *Bougeons !* (Juanico & Khellaf, 2023) sont venus étayer ces recherches.

2.1.2 Entretien semi-directifs

Afin d’approfondir cette revue de littérature, une étude exploratoire de terrain est venue enrichir la collecte de données grâce à des entretiens semi-directifs. Ces entretiens ont permis de mettre en parallèle la littérature avec le recueil des ressentis et des observations des professionnels et bénévoles du terrain qui proposent une offre durable d’activité physique adaptée. Pour avoir une vision de l’offre existante ainsi que pour connaître les freins et leviers à une pratique durable, un panel d’associations a été sollicité.

Tout d’abord la Fédération Française des Diabétiques (FFD) où j’effectue mon alternance. Créée en 1938, la FFD, anciennement association française des diabétiques, est une association de patients loi 1901 dirigée par les patients pour les patients. Ses trois missions principales sont :

- l’animation du réseau d’associations fédérées pour accompagner les patients et leurs proches (information, accompagnement, prévention) ;
- la défense individuelle (service juridique Diabète et Droits) et collective des patients (affaires publiques) ;
- le soutien à la recherche et l’innovation.

Depuis 1976, elle est reconnue d’utilité publique. Composée de 100 associations et délégations fédérées sur le territoire métropolitain et en outre-mer, la Fédération est actrice de la promotion de

l'APA : créneaux de sensibilisation et de pratique proposée par les associations locales, les semaines nationales de prévention du diabète 2023 et 2024 avaient pour thématique l'activité physique ou encore la rédaction d'un livre blanc sur l'APA avec un collectif inter-associatif de maladies chroniques dont fait partie la FFD. Les entretiens avec des présidents d'associations fédérées locales ont permis d'avoir un aperçu de ce que pouvait proposer une association de patients en termes d'activité physique adaptée comme offre de proximité. Les associations de patients peuvent proposer une offre adaptée à la pathologie du fait du vécu de la maladie des bénévoles et elles peuvent apporter de la pair-aidance.

Au cours de cette expérience professionnelle, j'ai pu être témoin de la nécessité d'une approche multi-partenariale pour accompagner au mieux les patients. C'est pour cela que j'ai élargi mon terrain d'immersion à des associations proposant une offre d'APA spécialisée pour les maladies chroniques.

- Une association spécialisée en APA (perte d'autonomie et maladies chroniques) rassemblant un réseau d'éducateurs APA chargés de prévention sur l'ensemble du territoire. Ces derniers assurent des cours individuels ou collectifs, à domicile, en structure de soins ou dans des infrastructures sportives et animent des séances d'activité physique adaptée à la perte d'autonomie et aux maladies chroniques.
- Un club omnisport. La particularité d'un club omnisports comparé à une association sportive est qu'il propose un ensemble de sports et non un seul. Le club omnisport interrogé, localisé en Ile-de-France, se compose de près de 20 sections sportives différentes dont certaines Handisport et une section sport-santé. Si chaque section est affiliée à la fédération nationale sportive correspondante, le club en tant que tel est affilié à la Fédération Française des Clubs Omnisports (FFCO). Depuis ces dernières années la FFCO et les Fédérations nationales impulsent une dynamique pour développer des sections sport-santé. Acteur présent dans de nombreuses communes, un club omnisport peut mettre en place une section sport-santé pour étoffer l'offre sport-santé avec des solutions pérennes au-delà du parcours de soins.
- Une association spécialisée dans les sports et activités de loisirs. L'activité physique doit avant tout rester une source de plaisir. Le cœur de cette fédération d'associations est de proposer pour tous une offre d'activité physique adaptée et variée. Préserver le capital santé et le bien-être sont des champs d'actions prioritaires de cette fédération.

Le cœur de ce mémoire étant la pérennisation de l'activité physique, il semblait pertinent d'interroger les acteurs proposant une offre durable. Les critères de sélections du terrain se sont donc orientés dans cette logique. Il en est ressorti l'enjeu de la place des associations, quel que soit leur type, ces

acteurs locaux au plus proche des patients proposent des offres adaptées différentes et complémentaires pour que chacun puisse y trouver ce qui lui convient.

La collecte des données du terrain s'est faite grâce à des entretiens semi-directifs basés sur une déclinaison de trois guides d'entretiens. Le guide d'entretien initial pour les bénévoles se compose de plusieurs axes (cf. Annexe VII).

- Le profil de la personne.
- Son engagement au sein de la Fédération et comment l'association fédérée intervient pour promouvoir l'activité physique (organisation/animation de séances d'activité physique, partenariat avec enseignants APA et associations sportives, sensibilisation).
- L'activité physique dans le parcours de soins (prescription d'APA, financement APA, orientation et accompagnement).
- Son expérience Patient par rapport à une activité physique régulière (transition des programmes APA à la pratique régulière, lisibilité de l'offre existante, difficultés, financement).

Sur une structure similaire, deux autres guides ont été déclinés pour les associations d'activité physique. Un pour le club omnisport (échelle locale) et pour les autres structures (échelles régionales/nationales) (cf. Annexes VIII et IX).

Il a parfois été compliqué d'interroger des bénévoles. Cela s'explique sans doute par la forte sollicitation des bénévoles par les diverses associations. Le terrain d'immersion a donc été élargi aux salariés des structures passerelles associatives.

Pour les bénévoles de la FFD, la sélection s'est faite selon la méthode boule de neige sur la base d'une première liste fournie par la responsable conseil vie associative et activité physique. Je les ai joints par mail pour me présenter, expliquer la démarche et proposer un entretien.

Concernant les structures hors réseau FFD, plusieurs méthodes de recrutement ont été exploitées. L'association spécialisée en APA est un partenaire de la FFD, or le contact transmis en interne n'était pas joignable j'ai donc contacté un autre membre par LinkedIn qui a répondu positivement.

Quant à l'association spécialisée dans les sports et activités de loisirs, c'est un ancien partenaire de la FFD qui a créé un programme spécial pour les personnes atteintes de diabète, je les ai contactés via le mail général sur leur site internet et le chargé de projet s'est porté volontaire pour répondre à cet entretien.

Enfin, j'ai eu connaissance de ce club omnisport local via un webinaire de la FFCO où le club a été mis à l'honneur pour présenter sa section sport-santé, je les ai contactés par la suite pour leur demander un entretien afin d'avoir plus de détail sur la création et la mise en œuvre de cette section à l'échelle locale.

Si les critères de sélections étaient à l'origine les bénévoles des AFD atteints eux même de diabète afin de recueillir l'offre et l'expérience patient, ils ont été élargis à des éducateurs sportifs et des enseignants APA porteurs de projets APA/sport-santé/forme-santé spécifiques ou non au diabète ou à des maladies chroniques dans des structures visant le développement d'offres pérennes.

2.2 Analyse de données

L'ensemble de ces lectures a contribué à identifier les freins et facilitateurs à la pratique d'activité physique. Pour aider à l'exploitation des résultats, une grille de lecture a été élaborée (cf. Annexe IV). Inspiré par l'article de Jones et al. (2021), la grille est construite sur un modèle socioécologique.

Ainsi les facteurs sont classés par échelon individuel, social, environnemental et politique selon le modèle des Jones et al. (2021) auquel a été ajouté, pour cette étude, un échelon organisationnel lié aux conditions de pratique pour avoir une vision de la mise en œuvre concrète. L'ajout de cet échelon organisationnel permet d'aborder les enjeux d'accompagnement et de parcours de soins spécifiques à la pratique en prévention tertiaire pour limiter l'aggravation d'une pathologie chronique. Pour chaque échelon, les facteurs identifiés sont associés à des citations issues des articles pour illustrer les freins et facilitateurs (cf. Annexe IV).

Pour agrémenter la restitution et l'analyse des résultats, deux schémas bilans ont été réalisés à partir de la revue de littérature. Un modèle socioécologique pour classer les facteurs par échelons, observer à quels niveaux intervenir et comment les environnements interagissent et favorisent ou non la pratique (cf. Annexe V). En effet, Jones et al. (2021) ont présenté les facteurs d'adhésion qu'ils avaient identifiés dans un modèle socioécologique. Sur la base de ce modèle, l'ensemble des résultats collectés lors de cette étude ont été synthétisés dans le modèle similaire ci-contre.

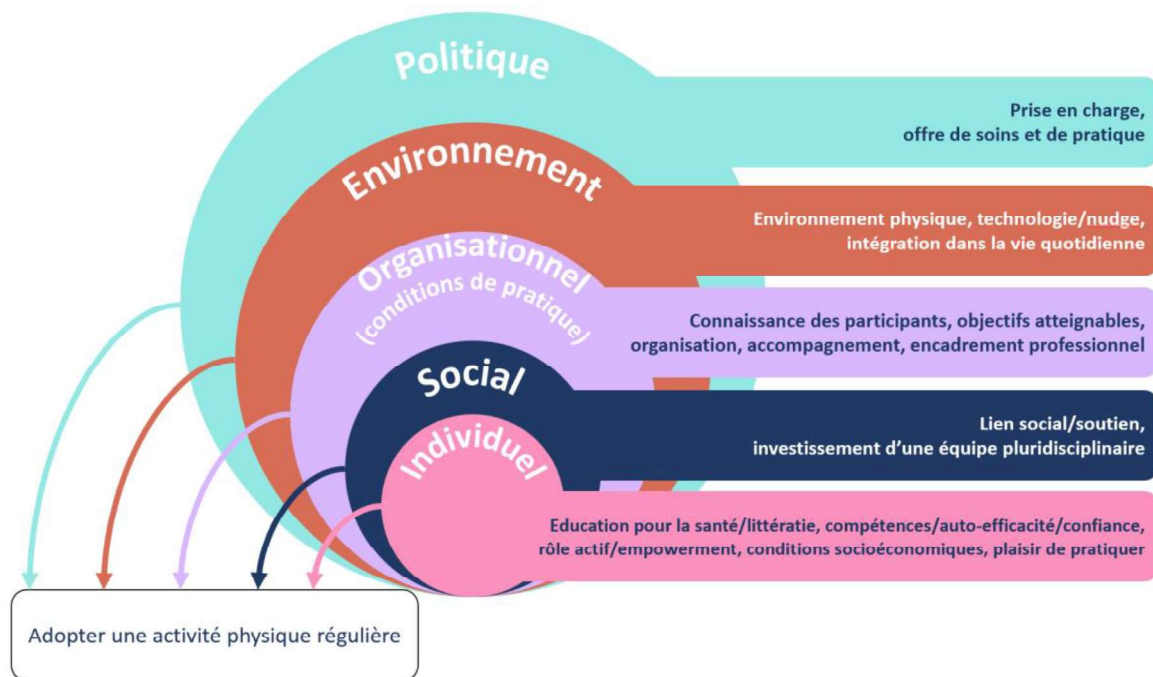


Figure 1 - Modèle Socioécologique pour l'adoption d'une activité physique régulière en prévention tertiaire. (Crédit : Emma Fouquet, adaptation du schéma de Jones et al., 2021 selon la présente revue de littérature).

Un modèle COM-B a aussi été réalisé à partir du modèle socioécologique pour présenter les différents leviers à activer pour que la personne adopte le comportement et pour observer comment accroître l'adhérence via un modèle psychologique (cf. Annexe VI).

En ce qui concerne l'analyse des entretiens, ils ont été enregistrés et synthétisés à partir d'une prise de note durant l'entretien ainsi que l'écoute des enregistrements. Les segments de verbatims clés ont été rassemblés et classés selon le modèle socioécologique de la revue littérature dans une grille d'analyse transversale à l'ensemble des entretiens (cf. Annexe X).

3 Résultats

3.1 Les données collectées dans la littérature et sur le terrain

La collecte des données a permis d'analyser 18 articles en plus des 5 articles exploratoires (cf. Annexe III) ainsi que 5 entretiens avec 6 personnes.

Grâce à la combinaison des requêtes par groupe de mots clés, 124 résultats sont ressortis. Cette sélection a été réduite suite à la lecture des titres des articles (52 sélections) puis à la lecture des résumés pour arriver à 18 articles pour composer la revue de littérature. La revue de littérature a permis d'identifier les facteurs influençant la pérennisation de l'activité physique.

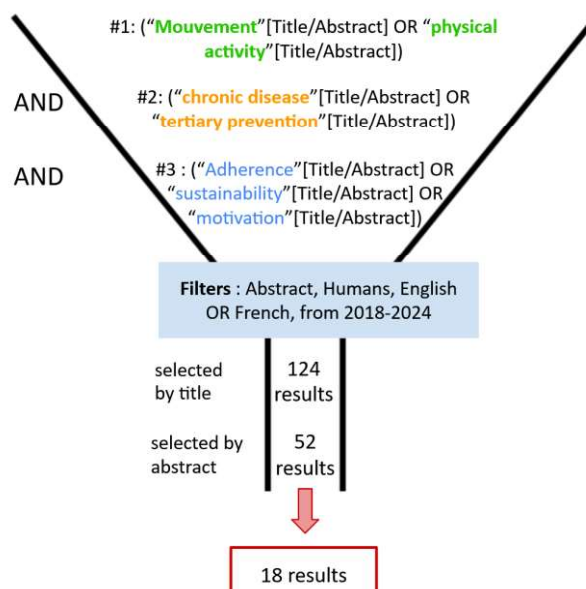


Figure 2 - Processus de la revue de littérature

L'enquête de terrain se compose de cinq entretiens semi-directifs avec 6 personnes.

Tableau 2 - Liste des personnes interrogées

Personne interrogée (nom fictif pour anonymisation)	Profil
Edouard (entretien 1)	Bénévole d'une association fédérée de diabétiques (réseau FFD), diabétique de type 1 (DT1)
Jean (entretien 2)	Bénévole d'une association fédérée de diabétiques (réseau FFD), diabétique de type 2 (DT2)
Manon (entretien 3)	Chargée de projet Maladies Chroniques dans une association spécialisée en APA
Julie (entretien 4)	Responsable projet section Sport Santé d'un club omnisports
Mathieu (entretien 4)	Responsable administratif et financier d'un club omnisports
Emilien (entretien 5)	Responsable des projets SSBE dans une association spécialisée dans les sports et activités de loisirs

L'analyse croisée des résultats de la revue de littérature et du terrain a permis d'identifier et de classer les facteurs d'adhésion à la pratique d'activité physique. Ces facteurs d'adhésion dessinent les leviers d'action à mettre en œuvre pour améliorer la pérennité de l'activité physique en prévention tertiaire.

3.2 Classification socioécologique des freins et leviers à la pratique régulière

A) Déterminants individuels

a) *Education pour la santé et littératie*

La revue de littérature montre que l'éducation pour la santé est un levier important. Intrinsèquement liée à la littératie en santé qui désigne la capacité à lire, à comprendre et à utiliser l'information et les dispositifs de santé au service de leur propre santé, l'éducation pour la santé aide le patient à acquérir des compétences : "Adequate expectations and knowledge about risks and benefits" (Collado-Mateo et al., 2021), "enhanced skills and knowledge concerning behavioral practices" (Kino & Kawachi, 2020). Ces auteurs décrivent l'amélioration de la compréhension des enjeux liés à l'activité physique comme un levier pour adopter une pratique pérenne. Certains auteurs approfondissent ce sujet en expliquant que la littératie en santé et plus particulièrement en activité physique pour la santé repose sur quatre piliers : la motivation et la confiance / les compétences physiques / les connaissances / la compréhension (Tremblay et al., 2018). Ils expliquent que l'alliance de ces quatre piliers contribuent à responsabiliser et valoriser l'individu dans son engagement (Tremblay et al., 2018).

Pour une personne atteinte de diabète l'éducation pour la santé est double, la connaissance de la maladie et ses contraintes ainsi que la connaissance de l'activité physique et ses bienfaits : "Individuals living with chronic disease must cope with a plethora of unique barrier to exercise (e.g., disease-specific symptoms, comorbidities, fatigue) that are irrelevant for healthy populations" (Bullard et al., 2019). Les personnes interrogées défendent aussi l'importance de la littératie et de la transmission de connaissances. Tous se rejoignent pour dire que dans le cas du diabète, l'éducation pour la santé est utile pour comprendre les comportements à adopter pour bien réaliser son activité physique. Dans son entretien, Edouard, patient expert et président d'association de patient, explique que depuis son diagnostic à 20 ans, il a fait de l'escalade, de la course à pied, de la randonnée, du vélo, couru des marathons, « *Le seul frein c'est l'hypo, il faut juste apprendre à se resucrer* » (Edouard, diabétique de type 1, bénévole d'une AFD), cela passe par l'acquisition de savoirs et savoir-faire. Avec son association de patient et son expérience personnelle il accompagne les adhérents dans leur pratique, autonomiser une personne atteinte de diabète passe en partie par l'éducation pour la santé : « *le rendre autonome dans le risque hypo/hyper, d'éduquer le patient à pouvoir se promener seul* » (Edouard, diabétique de type 1, bénévole d'une AFD).

Cependant, les différences de comportements favorables à un diabète équilibré seraient expliquées à 75 % par des inégalités d'éducation (Henteleff & Wall, 2018). En effet, il existe de nombreuses inégalités influant sur le niveau de littératie. Un faible niveau d'éducation, une faible connaissance sur

la pathologie et sa gestion (VanDerVeer et al., 2021) sont un frein à la pérennisation de l'activité physique. Dans une étude, des professionnels de santé témoignent de leur difficulté à encourager ces personnes : "Healthcare professionals expressed their inability to help patients with insufficient health literacy [...] Patients rarely addressed this topic themselves and may not be aware that healthcare professionals expect some degree of self-management." (de Boer et al., 2022).

b) Compétences, auto-efficacité et confiance

En plus des connaissances sur la maladie et sur les bénéfices de l'activité physique, il faut des compétences : "acquisition of necessary skills for improving health and diabetes management (importance of therapeutic education) seems to be the best guarantee for adopting and maintaining regular physical activity" (Duclos et al., 2013).

Almutairi et al. (2023) soulèvent aussi ce point en posant l'affirmation que l'individu doit à la fois acquérir des compétences techniques, pour savoir comment pratiquer et en sécurité, et à la fois des compétences psychosociales (CPS). Ces dernières désignent la capacité d'une personne à surmonter les épreuves du quotidien de façon la plus sereine possible. On distingue les compétences cognitives comme la confiance en soi, les compétences émotionnelles comme la gestion du stress, et les compétences sociales avec par exemple la communication.

L'acquisition des CPS aideront l'individu à être actif ainsi que de rester et/ou revenir sur la bonne voie (Almutairi et al., 2023). Cet article explique aussi qu'une interruption temporaire de pratique est perçue comme un frein majeur à la pérennisation de l'activité physique. Sans accompagnement et sans motivation, l'individu n'arrive pas à redevenir actif après une coupure (de Boer et al., 2022). De plus, les compétences techniques sont nécessaires pour que l'individu soit en mesure d'adapter ses exercices à sa condition physique pour une reprise progressive via une approche positive "step by step" (de Boer et al., 2022). Dans la même lignée, les professionnels du terrain interrogés mettent en avant le principe de se sentir capable et d'avoir confiance pour que les bénéficiaires se reconnaissent comme étant en capacité de bouger et de se motiver pour bouger régulièrement. Lors de son entretien Manon, chargée de projet Maladies Chroniques dans une association spécialisée en APA, confirme le levier des compétences, de l'auto-efficacité, de la capabilité. Elle encourage et accompagne ses adhérents dans cette directive pour surpasser les freins :

« L'idée c'est de toujours donner la possibilité à la personne de faire de l'activité, à expérimenter ce que c'est, mais surtout lever les freins à la pratique, c'est-à-dire de se rendre compte qu'ils peuvent aimer ça, qu'ils peuvent être capable de le faire et qu'ils peuvent trouver

des façons de faire en fonction de leur contrainte. » (Manon, chargée de projet Maladies Chroniques dans une association spécialisée en APA).

Selon elle, ces compétences contribuent à l'auto-efficacité. Une personne avec les compétences et la littératie nécessaire pourra être autonome dans sa pratique en ce qui concerne la détermination. Elle pourra contrer son manque de motivation (Jones et al., 2021) et l'excuse du manque de temps (Titze et al., 2019) en s'organisant dans son quotidien, ayant conscience de l'importance de ce comportement.

La littérature et le terrain s'accordent à dire que c'est un cercle vertueux car l'exercice améliore la confiance en soi et la confiance en soi contribue à pérenniser son activité et à améliorer le sentiment de bien-être physique et mental ainsi que les performances, le sommeil, la sociabilité.

c) Rôle actif du patient et empowerment

Un déterminant important qui s'ancre de plus en plus dans le parcours de vie des pathologies chroniques est la participation active du patient (Collado-Mateo et al., 2021). En tant que patient-expert, Jean et Edouard témoignent que le patient doit devenir acteur de sa propre sa santé. Ils racontent que l'empowerment favorise l'adhésion aux trois piliers thérapeutiques du diabète (médicamentation, alimentation, activité physique). Les équipes soignantes, les programmes d'éducation thérapeutique du patient (ETP), la pair-aidance vont développer les compétences du patient. Ils justifient qu'avec les bonnes compétences, le patient pourra maîtriser son diabète, s'il comprend l'intérêt de l'activité physique pour son équilibre glycémique, s'il est accompagné pour devenir autonome dans sa pratique, il sera en mesure de reproduire les exercices et de se motiver.

Ancrer la pratique au cœur d'une communauté facilite l'intégration dans le quotidien et l'empowerment de la personne dans sa pratique physique et dans sa communauté (Jones et al., 2021).

Les entretiens ont permis d'identifier comment les acteurs se saisissent de l'empowerment pour la pérennisation d'APA, ils expliquent que cela repose sur l'alliance de l'éducation pour la santé, de la littératie, des compétences psychosociales, des compétences en activité physique. Ils énumèrent les échanges entre pairs, les programmes d'ETP, les ateliers de prévention, les outils et le soutien comme différents moyens de rendre le patient acteur de sa santé. Cette démarche est expliquée au cours des entretiens par les acteurs de terrain :

« Toujours dans l'idée de les accompagner dans quelque chose qui soit pérenne, c'est aussi de les autonomiser dans la mesure où on leur donne des repères et on leur permet de faire des allers-retours entre des outils, des supports pour se remotiver, pratiquer différemment s'il y a

une évolution des pratiques ou des contraintes ou des nouvelles pathos qui apparaissent, [...] multiplier les supports pour que ça leur correspondent. » (Manon, chargée de projet Maladies Chroniques dans une association spécialisée en APA).

Par exemple, le programme proposé par Emilien, intègre pleinement cette notion d'empowerment. Ce programme APA spécifique pour le diabète, porté par l'association d'Emilien, se déroule sur 3 mois avec un regroupement d'1h30 par semaine se décomposant en 1h d'activité physique et 30min d'ateliers de prévention. Couplés les séances d'activité à des ateliers de prévention contribuent à l'empowerment transversal du patient : *« L'activité physique est un outil vectoriel, elle permet d'améliorer la confiance en soi, l'échange avec les pairs »*. (Emilien, responsable des projets SSBE dans une association spécialisée dans les sports et activités de loisirs). Au-delà du regroupement hebdomadaire, les éducateurs encouragent les patients à pratiquer en autonomie. *« Nous, notre objectif, c'est qu'à la fin du programme, la personne, elle se dit, en fait, faire de l'activité physique régulièrement, c'est possible pour moi, je ne me fais pas juger, et je me sens mieux dans la vie. »* (Emilien, responsable des projets SSBE dans une association spécialisée dans les sports et activités de loisirs). Comme pour les autres actions proposées par les différentes structures des 6 personnes interrogées, l'objectif, avant les bienfaits thérapeutiques, est de rendre la personne atteinte de diabète autonome, informée et outillée pour comprendre l'intérêt et se motiver à avoir une pratique régulière. Ces programmes réalisés dans des associations de patients ou dans des groupes d'activité physique de patients chroniques favorisent l'empowerment individuel ainsi que l'empowerment de la communauté.

Henteleff & Wall (2018) formulent un point de vigilance à l'empowerment. Ils expliquent qu'au-delà de la pratique, le patient doit être acteur de son parcours de soins, or, cela n'est pas toujours le cas, leur étude montre que la place du médecin comme « tout sachant » reste ancrée alors qu'il devrait adopter une posture de collaborateur parmi une équipe pluridisciplinaire intersectorielle et de collaborateur d'un processus où le patient à un rôle actif.

d) Conditions socioéconomiques et caractéristiques de l'individu

Le travail conjoint entre la Fédération Française des Diabétiques et la Fédération Française des Banques Alimentaires se fonde sur la forte influence des conditions socioéconomiques et des caractéristiques d'un individu sur ses comportements de santé. Cela s'illustre avec une prévalence élevée du diabète et de l'obésité dans les territoires ruraux et éloignés où les conditions sont souvent plus précaires qu'en milieu urbain. De nombreuses inégalités existent entre les territoires, les difficultés de pérennisation et d'accès à l'activité physique "are exacerbated in those who are elderly,

from areas of high social deprivation or from black and minority ethnic backgrounds. ” (Dallosso et al., 2018).

La littérature révèle que de nombreux stigmas et préjugés sont à dépasser concernant l’activité physique. Deux articles détaillent les stigmas. Le premier traite de la stigmatisation sociale des jeunes qui ne peuvent pas avoir des équipements (vêtements, chaussures) de qualité et de marque ; les stigmas de genre avec une persistance des sports « dits de filles » et « dits de garçons », à cela peuvent s’ajouter des barrières culturelles une culture sportive différente du pays d’origine ou des freins religieux (ex : port du voile refuser dans certains sports et compétition) (Tripathi et al., 2023). Le second traite des stigmas basés sur l’âge et le poids, avec le paradoxe d’un détournement de la pratique des personnes à partir d’un certain âge alors que bouger est essentiel pour maintenir l’autonomie (équilibre et prévention des chutes) et avec la « moquerie » et l’exclusion des personnes en surpoids ou en situation d’obésité (Jancey et al., 2020).

En parallèle des stigmas, Titze et al. (2019) ajoutent que ces publics vulnérables font généralement face à des freins économiques. Un faible niveau de revenu pose une barrière à l’inscription en association ou club sportif, alors que pratiquer seul est souvent plus compliqué du fait d’un manque d’accompagnement et de soutien par l’encadrant et le groupe ainsi qu’une plus grande difficulté à avoir accès à des infrastructures à titre individuel. Titze et al. (2019) ont testé un programme d’activité physique accessible gratuitement dans un quartier défavorisé. L’offre d’un programme gratuit a montré que les publics précaires ne font pas d’activité physique régulière, non pas par manque d’intérêt mais par manque de moyens, dans cette étude les personnes ont adhéré à l’expérience et l’ont appréciées (Titze et al., 2019).

Si la gratuité est soulevée dans la littérature, il ressort des entretiens du terrain la nécessité d’une contribution financière de la part du patient. Au-delà de contribuer à la viabilité de l’offre, les associations interrogées témoignent que la prise en charge des programmes courts est un frein car à la fin, le fait de devoir payer pour continuer une activité physique dans une association va bloquer le bénéficiaire qui ne va pas comprendre pourquoi il ne peut pas continuer gratuitement. Dans un objectif de pérennisation, la ligne directrice de l’association spécialisée en sports et activités de loisirs est qu’il y ait toujours un paiement de la personne même pour les programmes spécialisés qui ne durent que 3 mois :

« Parce que c’est un des leviers d’engagement sur le long terme. Exemple tout bête, mais si pendant trois mois, vous faites une activité qui est gratuite, et après, dans la pérennisation, on vous dit que c’est cool maintenant, voilà, tu te sens mieux, etc. Bon, maintenant, c’est 100 euros. La personne, elle dit, ah mais, je ne peux pas refaire avec le partenaire la même chose.

Alors que ce n'est pas le but. Donc ça crée des nouveaux freins. Ça paraît être une bonne idée, mais au final, c'est une très mauvaise idée sur la pérennisation. » (Emilien, responsable des projets SSBE dans une association spécialisée dans les sports et activités de loisirs).

Emilien aborde aussi le mode de consommation de la population, qui tend de plus en plus vers de la consommation en délaissant l'engagement, alors qu'une des forces de l'association est la socialisation, l'appartenance à un groupe :

« Quand vous venez chez nous, vous adhérez à un mouvement, comme chez vous [la FFD]. On est une association. Vous ne consommez pas un produit, même si aujourd'hui, on sait très bien l'évolution de la population, on est plutôt dans cet état d'esprit. » (Emilien, responsable des projets SSBE dans une association spécialisée dans les sports et activités de loisirs).

e) Plaisir de pratiquer

Le dernier facteur individuel impactant la pérennisation de l'activité physique est le plaisir de pratiquer. Souvent minimisé, le plaisir de pratiquer conditionne la motivation et la persévérance d'une personne à maintenir une routine d'exercices.

Jean, se caractérisant lui-même de non-sportif, insiste sur le fait qu'une aversion, un désintérêt pour le sport ne signifie pas que la personne ne veut pas être active dans son quotidien. Tout est dans la nuance et la distinction entre activité physique et sport. Les propos de Jean sont confirmés par la littérature, une personne qui éprouve de l'anxiété, un sentiment d'infériorité quand elle fait du sport, qui a connu des expériences décevantes, de l'échec lors de la pratique d'un sport, est souvent réticente à recommencer (de Boer et al., 2022). Cependant, ne pas avoir d'appétence pour les sports ne doit pas induire une absence d'activité physique. Jean, diabétique de type 2, illustre par des exemples : marcher, prendre les escaliers, faire le ménage, jardiner, faire du vélo sont d'autres façons de bouger sans être soumis aux règles précises d'un sport. Il faut encourager l'activité physique dans toute sa diversité selon les préférences des personnes pour susciter leur intérêt.

Une activité physique pour qu'elle soit régulière, doit plaire à la personne et se faire sur la base d'un engagement volontaire (Tripathi et al., 2023). L'accompagnement et l'orientation (proche, professionnel de santé, éducateur sportif), pour être pertinentes et amener à l'adoption du comportement, doivent prendre en compte les expériences positives et les croyances de la personne, il est important de cultiver le souvenir du succès (de Boer et al., 2022). L'individu doit associer l'activité physique à une image/un sentiment procurant du plaisir du bien-être et doit valoriser le progrès pour que la personne réitère l'expérience puis l'intègre dans sa routine (Tripathi et al., 2023).

Le discours commun est de bien distinguer activité physique et sport, une personne atteinte de diabète peut pratiquer une activité physique tout comme un sport. Ainsi, Jean expose qu'il faut décomplexer les personnes atteintes de diabète qui disent ne pas aimer le sport et qui vont prendre comme une injonction ce pilier thérapeutique. A l'inverse d'Edouard, diabétique qui a toujours été sportif, Jean n'a jamais été très sportif. C'est la compréhension du mécanisme de la pathologie et de l'influence de l'APA sur son état de santé qui le motive au quotidien pour bouger :

« Ce qui me motive c'est que je sais que c'est bon pour ma santé. Je n'ai jamais été un sportif dans l'âme, je n'ai jamais aimé faire du sport, dans ma jeunesse je n'ai jamais été intéressé par le sport, c'est après avec la maladie que je me suis obligé à faire une activité physique [...] Non mon diabète n'a jamais été un frein, au contraire je dirais même que c'est mon diabète qui me pousse à bouger » (Jean, diabétique de type 2, bénévole d'une AFD).

B) Déterminants sociaux

a) Lien social et soutien relationnel

Le levier du lien social revient dans de nombreux articles : "social support and relatedness" (Collado-Mateo et al., 2021), "support of family members and peers" (Tripathi et al., 2023), "influence of family" (Redmond et al., 2023), la littérature regorge d'exemples sur l'importance du lien social dans la pérennisation de l'activité physique. Deux types d'interactions sociales peuvent se distinguer : lien social et soutien relationnel.

Collado-Mateo et al. (2021) présentent le lien social comme un levier motivationnel. Ils montrent que l'activité physique quand elle est réalisée en groupe est une source d'interaction sociale pour les personnes. Manon, chargée de projet maladies chroniques dans une association spécialisée en APA, va plus loin et explique que si la pratique se déroule au cœur d'une communauté, l'activité physique stimulée par le lien social peut contribuer au bien-être physique et psychosocial de la communauté au-delà du seul individu. Par exemple, dans le groupe de marche nordique de l'association de patient d'Edouard, il y a une parité entre DT1 et DT2, plus que l'activité physique, les patients viennent chercher une communauté car *« Quand on est dans une communauté [de patients] on peut parler de la pathologie librement »* (Edouard, diabétique de type 1, bénévole d'une AFD).

Les personnes interrogées sont unanimes, devoir pratiquer seul une activité physique en autonomie est souvent perçu comme un frein par manque de motivation, alors que la pratique en groupe, que ce soit en club ou d'initiatives personnelles, crée un effet moteur. La force du collectif est qu'elle motive les membres à revenir tant pour interagir que pour bouger. La littérature confirme : "patients exercise to be among people and not primarily to achieve sustained PA" (de Boer et al., 2022). Edouard,

diabétique de type 1, témoigne que s'il est difficile pour lui d'observer les effets à long terme car l'offre d'activité est récente, les adhérents sont surtout demandeurs en groupe. Il raconte qu'il est important de maintenir un groupe soudé comme ça les membres vont se motiver les uns les autres et vont s'organiser des sorties de marche, en plus de celles de l'association, l'autonomie en groupe est un levier. Le soutien est une des forces de la pratique en groupe :

« la dernière fois une dame, en reprise d'activité, était un peu en difficulté, on l'a reboostée la première séance a été dure, la prochaine fois ça ne sera pas plus compliqué et tu viens d'arrêter de fumer, tu vas voir que tu seras moins essoufflée, et elle vient de nous dire qu'elle revenait à la prochaine sortie. » (Edouard, diabétique de type 1, bénévole d'une AFD).

Kwan et al. (2020) parlent même du nudge social avec l'intégration de réunion de groupe dans les programmes d'APA, pour que les patients pratiquent ensemble mais aussi pour renforcer le lien social avec des temps d'échanges en dehors de l'activité physique (Kwan et al., 2020). Ainsi les participants créent des liens profonds et se motivent les uns les autres pour continuer ensemble. La prédominance de la force du groupe sur l'activité en elle-même est aussi abordé en entretien : *« L'idée c'est de sortir de son domicile et d'aller pratiquer en collectif pour se faire un réseau d'amis pour pouvoir avoir d'autres opportunités de se retrouver pour faire des choses ailleurs »* (Manon, chargée de projet Maladies Chroniques dans une association spécialisée en APA).

Le soutien relationnel des pairs, des proches, des professionnels est l'autre versant de l'interaction sociale. La place des proches et des professionnels est d'encourager la régularité et de valoriser la progression pour activer les mécanismes de fierté et de motivation. Le soutien par les pairs est un peu différent du fait que le pair s'apparente à un modèle pour la personne qui souhaite changer de comportement. La pair-aidance est définie comme "a system of giving and receiving help founded on key principles of respect, shared responsibility, and mutual agreement of what is helpful." (Henteleff & Wall, 2018). Les 2 patients-experts présidents d'une association de patient prônent que la pair-aidance est centrale dans l'accompagnement des maladies chroniques, les personnes peuvent échanger sur les spécificités et défis qu'ils rencontrent à cause de la maladie, qu'une personne non malade peut plus difficilement comprendre. Pour l'activité physique, il y a la possibilité de suivre des programmes d'APA construits en adéquation avec les exigences de la maladie, ou de se rapprocher d'une association de patient qui propose une offre d'APA/sport-santé.

Plusieurs acteurs de terrain témoignent, la relation de pair à pair est une relation de confiance où les personnes se respectent et se challengent les uns les autres pour tester de nouveaux comportements

et dépasser leurs idées reçues. Les pairs vont s'encourager, partager leurs peurs, leurs astuces etc., cela se traduit par un empowerment mutuel.

b) Investissement d'une équipe pluridisciplinaire

Diabétologue, médecin généraliste, podologue (pied diabétique), cardiologue (complication cardiovasculaire), ophtalmologue (rétinopathie diabétique), le suivi d'un diabète nécessite un parcours de soins coordonnés entre plusieurs professionnels de santé. Les observations du terrain reflètent la complexité du diabète, si au niveau du soin, le suivi pluridisciplinaire médical est bien établi, au niveau du parcours de vie, dont l'activité physique fait partie, la collaboration entre professionnels de santé mais aussi avec les professionnels du mouvement sportifs et des associations restent à solidifier.

En accord avec la définition de la santé de l'OMS, l'approche pluridisciplinaire pour les pathologies chroniques englobe un aspect large de la santé avec le physique, le mental et le social. Cela implique d'inclure des professionnels non médicaux, de développer une approche collaborative et partenariale pour offrir un support optimal aux patients (de Boer et al., 2022). Par exemple, Manon pour son association spécialisée en APA collabore avec des podologues pour adapter au mieux ses séances à la complexité du pied diabétique. Dans l'ensemble, elle travaille avec des professionnels de santé de façon transversale pour éviter les ruptures de parcours de soins. Elle organise régulièrement des rendez-vous avec les maisons sport-santé et les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) pour faire connaître l'offre qu'elle propose et pour devenir une structure passerelle, pour que les professionnels de santé orientent leurs patients vers son association d'APA.

Cependant un gap persiste entre les médecins et les professionnels de l'activité physique (Pojednic et al., 2018). Comme présenté plus tôt dans l'état de la connaissance, les médecins ont souvent peu connaissance des professionnels de l'activité physique présents sur leur territoire. Dans une étude de 2019, ni le groupe patient, ni le groupe médecins n'étaient familiers avec l'offre d'activité physique disponible dans les alentours (Titze et al., 2019). Par ailleurs, Charles et al. (2022) rapportent un manque de temps et d'expertise des professionnels de santé. Les médecins interrogés expriment le besoin d'une coopération pour devenir des « experts » en activité physique afin qu'ils prescrivent et orientent de la bonne façon (Charles et al., 2022). Par exemple Jean, diabétique de type 2 et président d'une association française des diabétiques, expliquent que c'est lui qui fournit la documentation et qui « *insuffle l'idée* » à son médecin généraliste de parler d'APA avec ses autres patients. De plus, si la collaboration médecins – professionnels de l'activité physique est parfois complexe, il en est de même pour la relation entre association de patients et associations sportives, un extrait d'entretien évoque la difficulté de tisser des partenariats avec les associations sportives qui sont souvent « *loin du problème [du diabète] et veulent juste récupérer des adhérents supplémentaires* » (Jean, diabétique de

type 2, bénévole d'une AFD) alors que qu'un partenariat serait complémentaire et dans l'intérêt du patient avec la connaissance du diabète d'un côté et les compétences d'encadrement d'APA d'une autre.

L'Autriche et les Pays-Bas ont su répondre à ce besoin de collaboration en créant la fonction de "Care Sport Connector" ou "CSC". Cette profession a été créée pour faciliter la connexion entre les soins primaires et l'activité physique dans l'objectif de mettre en lien les personnes inactives et sédentaires avec une activité physique régulière (Smit et al., 2020). Les "Care Sport Connectors" sont des professionnels de proximité qui sont reconnus par les professionnels de santé et qui ont la confiance de la population. Ce sont presque des membres de la communauté :

"Care Sport Connectors who provides coordinated actions, such as counselling and establishing PA [physical activity] offers, in order to connect inactive people in primary care with PA activities in the community" (Titze et al., 2019).

En Autriche et au Pays-Bas, les "Care Sport Connectors" se sont imposés comme solution intersectorielle, ils sont en mesure de recenser l'offre existante en APA, d'orienter les patients et de conseiller les professionnels. Ils représentent le lien entre les professionnels de santé, les enseignants d'APA et éducateurs sportifs ainsi que les professionnels du bien-être (Smit et al., 2020). Fonction similaire aux "Care Sport Connectors", le rôle du kinésologue canadien a été évoqué en entretien :

« [la santé] c'est un champ très normé, avec des protocoles, des règles, des diplômes, égalité de compétences, etc. Et donc, ça a créé un petit peu le métier APA, qui est l'équivalent, je ne sais pas si vous avez vu un petit peu sur les documents internationaux, du kinésologue au Canada, notamment. C'est un mi-professionnel du sport et de santé. Eux, ils ont la double casquette, alors qu'en France, ça n'existe pas. Aujourd'hui, un [enseignant] APA n'est pas du tout un métier de la santé, par exemple. Mais ils font comme si [...] C'est simple. Nous, depuis qu'il y a la prescription médicale, on fait moins de sport santé. Comme je vous ai dit, on est passé de compétent à incompétent. » (Emilien, responsable des projets SSBE dans une association spécialisée dans les sports et activités de loisirs).

Ce verbatim illustre la difficulté de trouver sa place pour les professionnels du mouvement sportif, Emilien confesse que l'enseignant APA n'est pas reconnu comme un professionnel hybride du sport et de la santé à l'inverse du "Care Sport Connector" ou du kinésologue à l'étranger.

C) Déterminants organisationnels liés aux conditions de pratique

a) *Connaissance des participants et personnalisation selon les conditions physiques du patient et ses désirs*

Les qualificatifs “tailored”, ou encore “customised” (Dallosso et al., 2018), c’est-à-dire, le caractère personnalisable et sur mesure des programmes d’APA est intrinsèque à la réussite et à l’adhésion du patient. Comme l’activité physique est un pilier thérapeutique du diabète et que tout le monde vit son diabète différemment, tous les auteurs consultés s’accordent à dire qu’il est essentiel d’adapter la pratique. Adapter d’une part à la pathologie et d’autre part à la personne.

L’enquête de terrain révèle que la personnalisation passe par plusieurs leviers : une prescription adaptée, l’orientation vers un programme adapté aux capacités physiques du patient, l’organisation du programme. Selon certaines études, les personnes diabétiques présentent une bonne adhésion aux recommandations d’activité physique comparé à ce que l’on retrouve pour d’autres pathologies, “46.5% of participants with diabetes adhered to the physical activity guidelines” (Martinez-Harvell et al., 2020), cela peut s’expliquer par le fait que l’impact de l’activité physique est observable rapidement par le patient sur sa glycémie.

Manon, Julie et Emilien, animant des programmes d’activité physique adaptée auprès de patients atteints de diabète déclarent que pour faire adhérer ses bénéficiaires, l’encadrant doit s’assurer de connaître leurs goûts afin de leur proposer une activité plaisir, adaptée à leurs capacités physiques pour ne pas les mettre en situation d’échec. Ils exposent qu’un des enjeux est de concilier la réussite avec des activités réalisables par le patient tout en le stimulant et le challengeant, il ne faut pas que ce soit « trop facile » non plus car cela pourrait entraîner un sentiment de dévalorisation et de rabaissement des capacités. Tous les trois mettent en place la personnalisation sur plusieurs étapes : l’entretien motivationnel, le bilan physique, la remise en confiance, la connaissance et l’écoute des participants.

Les enseignants APA et éducateurs sportifs accueillant un public diabétique pratiquent pour la plupart la technique de l’entretien motivationnel en début de parcours. Cette étape apparaît comme cruciale pour connaître les envies et besoins et proposer l’offre la plus adaptée qui encouragera l’engagement durable du pratiquant :

« Je fais un entretien au début avec les personnes pour connaître leurs préférences, leurs motivations, je leur conseille des activités mais je n’impose pas, je leur explique pourquoi c’est une activité intéressante pour eux, ce qui est intéressant de travailler sur ce type de séance. »

(Julie, responsable Project Section Sport Santé d’un club omnisport)

ou encore

« L'entretien motivationnel c'est faire du lien, c'est leur donner la sensation de faire partie d'un groupe et de leur donner envie de se retrouver, d'être ensemble, de partager. » (Manon, chargée de projet Maladies Chroniques dans une association spécialisée en APA).

Après l'entretien motivationnel, le bilan physique permet de faire le point sur les capacités du pratiquant pour ne pas le mettre en grande difficulté et le décourager : *« Dans une même séance on a toutes les pathologies, on adapte les groupes par niveaux, on adapte par rapport à ça, c'est pour ça qu'on fait un entretien avec eux et un bilan de capacités physiques avant. »* (Julie, responsable Project Section Sport Santé d'un club omnisport).

Pour la remise en confiance, Manon dédie la première séance d'un nouveau participant à de la gym en salle car *« c'est plus rassurant, parce qu'on va retravailler les bases, parce qu'on va retravailler au niveau motricité-équilibre-renforcement puis je les emmène en marche nordique ou en piscine pour l'endurance et le cardio »* (Manon, chargée de projet Maladies Chroniques dans une association spécialisée en APA). La dynamique est de leur montrer les différents types de pratiques et valoriser les mobilités actives et les activités du quotidien qui font bouger

Toutes les personnes interrogées ont évoqué le plaisir de la pratique comme levier principal pour la régularité. Après l'entretien motivationnel, il ne faut pas oublier les feedbacks, d'assurer un suivi pour les faire évoluer : *« On les connaît bien, on leur demande des nouvelles, on va sur des feedbacks, on cherche à savoir comment ils vont quand ils viennent, s'ils ne viennent pas on les appelle, on cherche des solutions »* (Manon, chargée de projet Maladies Chroniques dans une association spécialisée en APA).

Pour éviter le décrochage, Manon et Julie assurent un suivi des participants (feedbacks, adaptation, relance si absence) et avec le patient elles définissent des objectifs atteignables et évolutifs qui vont guider le patient dans sa pratique. Fixer des objectifs avec des paliers évolutifs aide à fidéliser car le patient va vouloir les atteindre pour son estime de soi et pour passer aux échelons supérieurs.

b) Accompagnement des patients vers une pratique durable

La pratique la plus développée pour le moment est le programme APA court d'une durée de 3 à 6 mois normalement accessible sur ordonnance. La littérature et les entretiens relatent qu'un changement de comportement demande du temps. Ils s'accordent sur le fait qu'il est important d'accompagner le patient et de ne pas le laisser seul après un programme court. Dès le début de la prise en charge, Emilien, lors de son programme court spécifique pour le diabète, a l'habitude de questionner le patient

sur ce qu'il aimerait faire comme activité physique au quotidien, s'il préfère pratiquer en autonomie ou dans un collectif, ainsi l'encadrant pourra l'orienter vers une association qui propose des activités annuelles.

Au-delà de l'orientation, le suivi est aussi essentiel : "Because behavior change takes time, follow-up at the 6-month and 1-year intervals is recommended to determine longer-term outcomes." (Cavenagh & Simerson, 2022). Il est décrit qu'un encadrant que ce soit un professionnel de santé, un enseignant APA ou un éducateur sportif, sur un programme court ou pérenne, doit assurer un suivi.

Si la présence d'un encadrant est identifiée dans la littérature comme un facteur motivant et nécessaire pour beaucoup pour entamer une pratique durable, il peut parfois être difficile de rejoindre un groupe. En effet, les témoignages du terrain ont fait remonter le problème de la disponibilité des encadrants, les créneaux APA ont souvent lieu en journée ou début de soirée, si cela peut convenir au public sénior, pour les actifs atteints de diabète cela peut être compliqué de concilier une vie professionnelle et de participer à des créneaux adaptés à leurs pathologies. Par exemple, Edouard mentionne la difficulté de trouver un EAPA disponible le samedi afin de proposer un créneau de marche nordique pour capter les actifs qui ne sont pas disponibles en semaine en pleine journée. (Edouard, diabétique de type 1, bénévole d'une AFD). Il reconnaît que cela crée une inégalité d'accès pour les actifs, alors que le diabète chez les actifs est de plus en plus présent.

D) Déterminants environnementaux

a) Environnement physique

L'environnement physique joue un rôle dans l'adhésion à l'activité physique. La littérature relève que la question des infrastructures doit être prise en compte : accessibilité, proximité, vétusté, sécurité sont des facteurs conditionnant la pratique. Jancey et al. (2020) observent qu'avoir une infrastructure proche de chez soi, en bon état et où l'on se sent en sécurité encourage à la côtoyer régulièrement. A l'inverse le manque d'infrastructures est un frein non négligeable (Jancey et al., 2020). Une inégalité entre zones urbaine et rurale est observée, dans les espaces ruraux les infrastructures sont souvent moins nombreuses et donc plus difficiles d'accès que ce soit au niveau proximité ou disponibilité (Jones et al., 2021). L'enjeu de l'accès pour tous est essentiel pour les associations :

« On ne veut pas que ce soit un luxe de faire de l'activité physique ou que ce soit réservé aux gens qui habitent dans des grandes villes, proche des grands centres, on ira au plus près de la personne pour qu'elle puisse pratiquer » (Manon, chargée de projet Maladies Chroniques dans une association spécialisée en APA).

Il est conseillé de faciliter l'accessibilité aux infrastructures (de Boer et al., 2022) avec transports en commun, avec des parkings (vélo, voiture), des voies piétonnes et cyclables, des infrastructures extérieures accessibles toute la journée. Les personnes interrogées mettent en avant les activités physiques quotidiennes dont la mobilité active, passent par l'aménagement des espaces extérieurs (environnement favorable à la santé). Mais l'environnement extérieur est complémentaire avec l'environnement intérieur. La régularité de la pratique est nécessaire pour l'équilibre glycémique d'une personne atteinte de diabète. Pour anticiper le frein de l'exercice extérieur en hiver, il faut aussi des activités en intérieur : "recreational PA and promotion of indoor-activities" (Tripathi et al., 2023). Un environnement attractif rend l'activité physique ludique.

Les acteurs du terrain ont conscience des freins environnementaux. L'association spécialisée en APA se saisit de plusieurs concepts de santé publique. Notamment les déterminants de santé, les enseignants APA de cette association sont sensibles à l'environnement de leurs pratiquants. Pour la pérennisation, la proximité du lieu de pratique est essentielle pour eux, c'est pourquoi les associations mettent en place des passerelles de pratique APA vers du sport/forme-santé ou du milieu ordinaire pour que ça corresponde à l'évolution du patient, et pour leur proposer une activité pérenne à proximité : « *Le but c'est de les amener à pratiquer en milieu ordinaire, à pratiquer autour de chez eux* » (Manon, chargée de projet Maladies Chroniques dans une association spécialisée en APA).

Plusieurs freins environnementaux se dressent. Jones et al. (2021) déclarent :

"Community-level barriers are attributed to the physical environment, including lack of access to safe spaces for activity and sidewalks. Policy implications lend opportunities to explore neighborhood, cultural, and social norms and the encompassing impact these can have on physical activity engagement within rural communities." (Jones et al., 2021).

Ils expliquent que la question de la sécurité a un fort poids aussi, le pratiquant doit se sentir en sécurité ceci autant sur le chemin pour se rendre au lieu de l'activité que dans le lieu. Cet article suggère que les politiques explorent davantage les opportunités culturelles et sociales ainsi que les opportunités dans les voisinages au plus près des personnes.

Le manque d'opportunité récréative dans l'environnement dans lequel évolue une personne est un frein à la pratique (Henteleff & Wall, 2018). Un environnement favorable à la santé avec des voies vertes, des aménagements pour les mobilités douces, des aires de jeux, des équipements sportifs extérieurs motivent, créent des opportunités dans le quotidien.

b) Technologie et nudge

La technologie et les nudges peuvent être utilisés pour modifier l'environnement et par répercussion encourager l'activité physique (Collado-Mateo et al., 2021).

Un nudge est une modification de l'environnement pour suggérer inconsciemment un changement de comportement de l'individu, ici, l'inciter à être actif avec des choix favorables à sa santé. Le recours à certains nudges peut être un levier :

- Design actif : Le principe est de rendre l'environnement attractif et encourageant la mobilité et la lutte contre la sédentarité de manière spontanée. Cela peut s'illustrer par des escaliers colorées, des parcours dessinés sur le sol (ex : marelle, saut, ...) mais aussi le mobilier ergonomique (bureau vélo, bureau debout-assis,...) (Juanico & Khellaf, 2023).
- "Gamification" : Le principe est de s'inspirer des codes du jeu pour rendre ludique un comportement de santé. "Gamification, which uses game design elements in non-game contexts, taps on an individual's desire to progress and earn points in a game setting to change health behaviour" (Kwan et al., 2020). Par exemple, les jeux vidéo interactifs où il faut bouger au travers de mini-jeux, les applications avec des exercices physiques où la difficulté augmente avec les niveaux.
- "Reminders" : Le principe est d'introduire des rappels dans l'environnement de l'individu pour stimuler l'individu par répétition. Application mobile (suivi et notification), podomètre avec challenge sont deux nudges de type *reminders* utilisés par les personnes atteintes de diabète (Kwan et al., 2020).

Les applications de podomètre sont à la fois des nudges *reminders*, rappel quotidien, et *gamification*, possibilité de concours avec un réseau d'amis connectés. En tant que diabétique de type 1, Edouard reconnaît l'intérêt de ces leviers :

« je prends les marches plutôt que les escalators, de descendre deux arrêts de bus avant, j'ai téléchargé une appli qui compte le nombre de pas par jour, c'est motivant il y a du challenge, chez moi je m'assois sur une boule pour rester en équilibre. C'est plein de petites choses qui mises bout à bout continuent à entretenir notre physique. » (Edouard, diabétique de type 1, bénévole d'une AFD).

La hausse de l'usage des technologies digitales est identifiée dans la littérature : "network support system" (Jancey et al., 2020) ; "gadget and media" (Tripathi et al., 2023) ; "including digital tools (e.g. e-mail, websites) should be used in promoting PA." (Smit et al., 2020). Dans le cadre de l'émergence de la M-santé (santé mobile), le recours au numérique peut être un levier. Pour le diabète, les

applications spécialisées, les groupes de pairs sur les réseaux sociaux, les cours en visioconférence, les ressources digitales contribuent à apporter un soutien, des conseils aux personnes atteintes de diabète même si elles sont éloignées d'une communauté de patients.

Attention, l'excès de gadgets (Tripathi et al., 2023) et le profil de la personne peuvent entraver le résultat attendu par un nudge ou une technologie : "Patient characteristics such as country of residence and baseline self-efficacy may contribute to the conflicting results [of nudge] reported" (Kwan et al., 2020).

c) Intégration dans la vie quotidienne

La clé d'une activité physique régulière est qu'elle soit intégrée dans la vie quotidienne du patient (Collado-Mateo et al., 2021). Une routine d'activité physique couplée à des choix alimentaires sains sont des facilitateurs reconnus (Redmond et al., 2023).

Une pratique régulière et un mode de vie non sédentaire contribuent à diminuer significativement de 0,6 % l'HbA1c et donc réduire le risque de complications (Duclos et al., 2013). L'activité physique régulière est efficace et efficiente en temps, tant pour le patient que pour le médecin (VanDerVeer et al., 2021). Ces deux articles montrent que le patient aura un meilleur équilibre glycémique, sera en meilleure forme physique, le suivi médical sera optimisé (prévention des complications, meilleure connaissance de son corps par le patient, diminution des traitements pour les diabétiques de type 2).

Les effets sur la santé ne durant que 24 à 48 h, il faut qu'une personne atteinte de diabète fasse de l'activité plusieurs fois dans la semaine, il faut donc une offre associative avec plusieurs créneaux. L'association spécialisée en APA fait le choix de multiplier les créneaux et de relancer les personnes qui loupent plusieurs séances d'affilées : « *être dans la régularité, avec plusieurs temps de pratique dans la semaine, pas plus de 2 jours sans activité* » (Manon, chargée de projet Maladies Chroniques dans une association spécialisée en APA).

Des petits obstacles du quotidien peuvent devenir des freins. L'accès à des vestiaires, à des vêtements propres, à des chaussures adaptées (Jones et al., 2021), une garde d'enfants (Jones et al., 2021), la météo et la pollution (Tripathi et al., 2023)

Instaurer une routine active demande une organisation notamment un équilibre favorable entre vie professionnelle et personnelle, "lack of time" ; "work-life balance and unsupportive relationships" (Henteleff & Wall, 2018) ; ces éléments sont identifiés comme des freins à l'intégration dans le quotidien. Par exemple, dans l'équilibre vie professionnelle-personnelle, l'absence de vestiaire peut décourager un actif de venir directement après sa journée de travail s'il n'a pas d'endroit pour se

changer. Lever les barrières du quotidien et planifier de façon hebdomadaire sont un grand pas pour régulariser l'activité.

E) Déterminants politiques

a) Financement, prise en charge et prescriptions

La question de la prise en charge est évoquée du moment que l'activité physique adaptée est reconnue par la HAS comme une thérapeutique non médicamenteuse efficace pour le diabète.

Actuellement l'APA n'est pas remboursée par la Sécurité sociale même si elle est prescrite. L'absence de remboursement entraîne des inégalités sociales de santé avec des personnes qui n'ont pas les moyens de s'inscrire dans des activités. Par ailleurs l'absence de remboursement n'encourage pas les médecins à prescrire de l'APA sachant que leurs patients vont devoir faire un investissement financier alors même que l'intérêt de la prescription est identifié : "expected benefit for patient health, efficiency of a written prescription, and the role assumed by GPs was high [...] a written prescription would be helpful to improve PA practice" (Charles et al., 2022). Le travail législatif autour de la prescription d'APA en France est associé à une augmentation de 12 % du nombre de médecins prescripteurs (Charles et al., 2022), cependant malgré les 20 millions de français éligibles à une prescriptions, la prescription n'est pas un outil réflexe que ce soit en soins primaires ou en parcours de soins complexes pour le diabète (Juanico & Khellaf, 2023). Les entretiens confirment que la prescription reste un outil à perfectionner, la prescription doit devenir réflexe et doit orienter concrètement vers une structure, un professionnel et non seulement indiquer la pratique d'APA :

« Le fait que ça ne soit pas remboursé, je ne sais pas si pour les médecins c'est une réelle prescription. Puis prescrire une APA pour envoyer vers qui, vers quoi, je pense qu'on a un travail à faire sur la prescription médicale [...] il manque un cadrage, une explication à cette prescription parce que ça n'a pas marché de toute façon. » (Jean, diabétique de type 2, bénévole d'une AFD).

Dans une étude française de 2022, les sites internet régionaux de sport-santé consacré à l'aide la prescription et l'orientation étaient connus par moins de 9 % des médecins (Charles et al., 2022). Ces sites co-pilotés par le binôme ARS-DRAJES, recensent les offres sport-santé et forme-santé locales. L'accent ces dernières années est mis sur les maisons sport-santé et l'APA, mais l'attribution des financements par subvention occasionnelle freine la pérennisation et l'évolution des structures. Les financements ARS ou de l'Assurance maladie sont souvent annuels, pour s'assurer la continuité les associations doivent chercher des cofinancements privés :

« Si on le fait [de l'APA] au sein d'une association fédérée, il faut bien cadrer avec cette pensée qu'il y a des subventions mais qui peuvent diminuer voire disparaître et si on veut pérenniser l'action comment on la finance. Le tort qu'on a eu c'est de s'appuyer que sur la subvention de la CPAM, peut-être qu'on aurait dû chercher les appels à projet et trouver d'autres sources de financement (mairie, conseil départemental, conseil régional). » (Jean, diabétique de type 2, bénévole d'une AFD).

En effet, les associations sont encouragées à s'agrandir et à proposer toujours plus d'offres APA, sport-santé, forme-santé. Si l'offre et les acteurs se multiplient, les enveloppes budgétaires ne sont pas allongées et des priorités doivent être établies : *« On grossit, on grossit, mais comment on gère, il nous faut plus d'éducateurs, plus de moyens financiers. »* (Mathieu, responsable administratif et financier, d'un club omnisport). Il est observé pour les financements ARS une priorisation des programmes courts et d'ETP qui ont démontré leur efficacité, des maisons sport-santé qui sont un dispositif passerelle intéressant mais qui ne propose pas d'activité physique sur le long terme.

b) Offre de soins / de pratique

La littérature et les entretiens montrent une méconnaissance des structures par les professionnels de santé, malgré la centralisation des offres dans certaines régions sur un site internet dédié (Bretagne sport-santé, sport-santé PACA, Occitanie sport-santé, sport-santé bien-être Centre-Val de Loire, portail SSBE Auvergne Rhône-Alpes, sport-santé Normandie, SSBE Réunion). Les Hauts-de-France et les Pays de la Loire ont un site internet mais n'ont pas renseigné l'offre locale.

Mathieu, responsable administratif et financier d'un club omnisport, confie que le plus important, avant de développer une offre d'APA est de réaliser un diagnostic territorial. Il explique qu'il faut connaître ce qui se fait sur son territoire pour, d'une part, ne pas faire doublon et proposer une offre innovante, d'autre part, pour tisser des partenariats et miser sur la complémentarité.

La visibilité et l'expansion de l'offre d'APA sont freinées par des contraintes politiques : le manque d'orientation standardisé (sur quoi mettre l'accent), le manque de procédures opérationnelles (comment mettre en place une offre) (Titze et al., 2019). Une autre barrière politique est la certification des maisons sport-santé et des activités APA/sport-santé/forme-santé :

“the problem of relative confidence in the certification system. It doesn't seem to be the double labeling (Regional Health Agency and Ministry of Sports) that's causing the confusion, but rather the great differences between structures bearing the same label(s).” (Riquier et al., 2023).

Une association, un hôpital, une municipalité, une clinique privée peuvent être porteur d'une maison sport-santé, mais dans les faits, il est observé que l'offre proposée est différente et que l'application du cahier des charges est partielle.

De manière plus concrète, ce sont les acteurs de terrains qui recensent les offres locales de leurs propres initiatives de façon à orienter leurs adhérents. D'un point de vue administratif, financier et organisationnel, il est difficile pour une association de patient de proposer de l'APA. Son association de patients diabétiques s'étendant sur deux départements, afin de toucher le plus d'adhérents Edouard a développé une offre partenariale avec les acteurs sportifs locaux :

« Maintenant là-dedans [dans les offres existantes] c'est un peu la jungle, on s'est rendu compte que certains se disent faire de l'APA, d'autres professeurs en enseignement adapté mais en définitif ils n'ont pas forcément le statut qui va bien et qui juridiquement nous protège, et surtout la qualité de ce qui peut être apporté derrière. Par rapport à ça, on a pu identifier certaines structures, les personnes [adhérents] nous mettaient en contact, moi je les appelais en leur demandant bien leurs diplômes, etc. et là bingo dans ce cas-là on prend à hauteur 50€ pour l'inscription pour les adhérents. » (Edouard, diabétique de type 1, bénévole d'une AFD).

Les entretiens ont soulevé une problématique préoccupante émergeant des nouvelles politiques de prescriptions d'APA, elle concerne les professionnels effectuant les séances. Professionnel de santé, enseignant APA, éducateur sportif, qui peut faire quoi ? Le professionnel de santé (kinésithérapeute, psychomotricien, ergothérapeute) peut effectuer de la rééducation fonctionnelle sur un temps court (Petit-Sénéchal et al., 2023). Les enseignants APA et les éducateurs sportifs peuvent proposer une offre pérenne :

« si on compare les STAPS APA et l'éducateur sportif APA, ou sport santé, la différence, en fait, c'est l'objectif, comme vous le disiez, l'objectif d'un éducateur sportif, c'est principalement du loisir sportif. Un [enseignant] APA, c'est un peu incliné, il y a un objectif thérapeutique. Donc, ce n'est pas le même objectif. Donc, ce ne sont pas les mêmes métiers, mais les compétences se rapprochent. Et les prérogatives aussi, d'ailleurs » (Emilien, responsable des projets SSBE dans une association spécialisée dans les sports et activités de loisirs).

La loi est venue mettre la lumière sur les enseignants en APA en omettant les éducateurs sportifs :

« imaginez bien quand ça fait 10-15 ans que des éducateurs sportifs ont encadré ces publics-là et du jour au lendemain ils étaient incompetents à cause de la loi, ça a posé problème. C'est vrai que cette reconnaissance des acteurs, elle est venue un peu tout chambouler avec la

réglementation et on ne sait plus qui doit faire quoi..., c'est les pratiquants qui vont être perdus au final et qui ne vont pas savoir vers qui s'orienter parce qu'ils entendent tout et rien » (Emilien, responsable des projets SSBE dans une association spécialisée dans les sports et activités de loisirs).

Emilien, enseignant APA qui coordonne un réseau d'éducateurs sportifs, remet en cause cette omission des pouvoirs publics, il ne dénigre pas les enseignants APA, au contraire il reconnaît leur complémentarité, mais les patients n'attendent parler que d'APA et sont confus lorsqu'on leur parle d'éducateurs sportifs. Il questionne l'appropriation de l'APA par le monde de la santé sans avoir intégré le mouvement sportif qui proposait pourtant déjà des créneaux adaptés :

« C'est juste qu'avant, le monde du sport on s'occupait de ces personnes-là et les médecins, le monde de la santé, ils s'en fichaient parce qu'ils étaient dans leur truc. [...] À un moment donné, on s'est dit que ça serait peut-être bien de travailler ensemble parce qu'on va s'apporter des choses mutuelles. Clairement, sauf qu'aujourd'hui, pas qu'en France, mais le monde médical a beaucoup plus de poids que le monde du champ sportif. Et donc, ça a penché de plus en plus dans, on va dire, leurs habitudes. » (Emilien, responsable des projets SSBE dans une association spécialisée dans les sports et activités de loisirs).

Il est rejoint par Manon qui a le même discours :

« Le sport sur ordonnance, c'est les derniers plans nationaux de santé qui ont défini ça, ils en ont parlé surtout pour que d'un point de vue santé publique il y ait un message qui soit clair et compréhensif par les patients en face et par la population générale. Ils ont parlé de sport sur ordonnance pour les gens malades, pour que ces gens-là comprennent que maintenant le sport c'est une thérapie à part entière, mais nous on fait ça depuis 1997, on n'a pas attendu cette communication de pub, ce métier là on le faisait déjà. Ce lien, ces bilans, cette orientation, ce parcours de soins par l'activité physique, on le fait avec les réseaux de santé, les médecins depuis toujours. » (Manon, chargée de projet Maladies Chroniques dans une association spécialisée en APA).

La différence est dans le diplôme : diplôme universitaire pour les enseignants APA (licence et/ou master STAPS-APA), brevet et/ou diplôme d'Etat pour un éducateur sportif (BPJEPS, DEPJEPS). Emilien argumente, sachant qu'il y a 10 000 à 15 000 enseignants APA contre 500 000 à 600 000 éducateurs sportifs, la pérennisation et l'accès au plus grand nombre requiert la sollicitation de tous les types de professionnels.

Son témoignage illustre cette complexité de rapport entre les différents professionnels du champ sportif :

« Après, c'est la question de l'orientation. Le problème, c'est qu'aujourd'hui, le monde médical, comme c'est complexe le monde du sport dans leur vision, c'est vrai, parce qu'il y a différents acteurs avec différents diplômes. Pour eux, alors qu'eux, c'est l'université, la médecine, il n'y a qu'un diplôme, il n'y a pas trois acteurs différents. Donc je comprends que ça prend de la conscience. Et en fait, on essaie de forcer un peu le chemin et à travers les médecins, de dire, c'est les APA parce qu'ils font beaucoup plus d'études, etc. Sauf qu'aujourd'hui, les acteurs APA, ça représente 10 000, 15 000 acteurs. Le monde d'éducateurs sportifs, c'est 500 000, 600 000 professionnels. Et si l'objectif de la France, c'est de mettre les Français à une activité physique de qualité, et notamment les 10 millions de personnes en ALD, les APA, ça ne suffit pas. C'est impossible, et en plus, sachant qu'avant tous ces dispositifs, on accueillait déjà ces publics-là. Donc voilà. » (Emilien, responsable des projets SSBE dans une association spécialisée dans les sports et activités de loisirs).

Les politiques peuvent jouer un rôle stimulant pour promouvoir l'APA, principalement les politiques d'aide à la prise en charge, les politiques de collaboratives entre santé et mouvement sportif, les politiques d'infrastructures (Smit et al., 2020).

Dans l'ensemble, pour promouvoir une activité physique adaptée durable, les données du terrain et de la littérature soulèvent l'intérêt d'une intervention multi-facette mobilisant des acteurs, des champs, des compétences transversales, il faut déployer des stratégies personnalisées, comme l'illustre ces extraits d'articles : *"tailor future interventions focused on expending social support, designing infrastructure, and creating policies that promote physical activity"* (Jones et al., 2021) ou encore *"Strategies and activities to promote adherence should be patient-centric, collaborative, and multi-disciplinary to bring positive behavioral changes"* (Tripathi et al., 2023).

4 Discussion

Notre étude visait à améliorer la pérennité de l'activité physique en prévention tertiaire du diabète. Notre étude a permis de recenser les freins et leviers à la pratique régulière d'activité physique pour un public atteint d'une pathologie chronique comme le diabète. La documentation des programmes et politiques actuels ainsi que l'analyse de pratiques des acteurs du terrain ont contribué à faire un tour d'horizon de l'offre existante et à se nourrir de l'expérience patient et de l'expérience professionnelle en vue de formuler des recommandations.

Les résultats ont révélé que la pérennisation reposait sur l'alliance de leviers individuels, sociaux, organisationnels, environnementaux et politiques. Une intervention multifacette doit être privilégiée pour lever un maximum de freins et faciliter la pratique régulière du participant. Cet aspect multifacette reste encore à consolider, plusieurs axes d'amélioration sont à explorer.

4.1 Exploiter l'ensemble des leviers pour pérenniser la pratique

Le premier point de discussion est cet aspect multifacette. Les déterminants à la pratique d'activité physique régulière pour une pathologie chronique sont variés, si les déterminants environnementaux et politiques touchent une population générale, les déterminants individuels sociaux et organisationnels peuvent être différents d'une personne à l'autre. Multiplier les approches et les niveaux d'intervention, permet de contourner le plus de freins et de solliciter les leviers motivateurs propres à chacun.

La classification avec un modèle socioécologique a permis d'identifier les différents niveaux, du micro au macroscopique, que doivent cibler une intervention pour améliorer la pérennité de la pratique. Si les facteurs sont, dans l'ensemble, applicables à la population générale, pour un public diabétique en prévention tertiaire, des facteurs spécifiques se dégagent. L'éducation pour la santé et les compétences quant à l'impact sur le diabète et quels gestes adopter pour concilier sereinement la gestion du diabète et une activité physique adaptée, la plus-value du lien social avec la pair-aidance, l'aspect technique de l'équipement pour soulager les douleurs liées au diabète, l'accompagnement (suivi, soutien, conseil) et l'évolution progressif par un encadrant formé et sensibilisé aux maladies chroniques sont autant de levier à la pérennisation de la pratique. Cette classification sociologique permet de savoir où intervenir et d'orienter les actions à mettre en place.

L'échelon individuel joue un rôle déterminant dans l'adoption et le maintien des comportements favorables à la santé. Ces facteurs propres à chaque individu, chaque communauté influence la volonté d'une personne à s'engager dans une pratique d'activité physique ainsi que dans la régularité durable.

Parmi les déterminants individuels se retrouvent l'éducation pour la santé et la littératie, les compétences et l'auto-efficacité, l'empowerment du patient, les conditions socioéconomiques et le plaisir de pratiquer.

L'échelon social avec ses déterminants, le soutien social, les relations interpersonnelles et les normes sociales influencent les comportements liés à l'activité physique. Le soutien familial, amical et communautaire, ainsi que l'appartenance à des réseaux sociaux positifs, peuvent encourager les individus à adopter des modes de vie actifs, à surmonter les obstacles et à maintenir leur engagement dans la durée. Il est crucial de promouvoir et d'encourager l'interaction sociale, la solidarité et l'entraide au sein de la pratique d'activité physique.

L'ajout de l'échelon organisationnel pour cette étude est plus que pertinent. L'organisation ne doit pas être laissée au hasard, les préférences et les capacités de chaque individu lors de la conception et de la mise en œuvre des programmes d'activité physique permettent de proposer des activités adaptées, motivantes et accessibles. La connaissance des participants, la personnalisation des programmes selon les besoins physiques et la définition d'objectifs atteignables et significatifs, sont des éléments clés pour garantir l'efficacité des programmes d'activité physique. Il faut se focaliser sur les déterminants organisationnels, notamment pour les programmes d'APA dans le cadre du parcours de soins, pour favoriser un engagement durable avec l'adoption d'un mode de vie actif à long terme favorable à la santé.

Si les déterminants individuels, sociaux et organisationnels peuvent être modifiés en levier à force de détermination, motivation et collaboration, l'échelon environnemental est un déterminant plus externe avec peu de marge de manœuvre. L'environnement, sous ces diverses facettes, peut être un frein comme un levier à la pérennisation de la pratique.

Le dernier échelon, le plus macroscopique, est l'échelon politique, avec peu de marge de manœuvre pour les individus et les professionnels, les politiques peuvent être favorables tout comme défavorables à la pérennisation de l'activité physique en prévention tertiaire. Si la mouvance politique semble encline à l'APA, les politiques de santé excluant les professionnels du sport sont un frein au déploiement d'une offre pérenne optimale.

Pour approfondir l'analyse, un modèle Com-B permet d'y apporter un angle psychologique sur comment les leviers vont venir motiver une pratique durable. Théorisé par Michie, Van Stralen et West (2011), le modèle Com-B synthétise les capacités (C-Capabilities), les opportunités (O-opportunities), les motivations (M-Motivations) influençant un changement de comportement (B-Behaviour). Ce modèle est souvent utilisé pour recenser et identifier les leviers à actionner pour encourager un

changement de comportement. Les capacités désignent les aptitudes internes à l'individu pour participer à une activité, les opportunités, les éléments externes favorisant l'adoption d'un comportement, quant à elle, la motivation renvoie aux processus cognitifs initiant le comportement, les motivations sont conscientes ou inconscientes (Michie et al., 2011). L'adoption d'une activité physique régulière chez une personne atteinte de diabète s'apparente à un changement de comportement. La classification socioécologique, étape initiale nécessaire pour recenser les facteurs, peut être déclinée en un modèle Com-B pour cibler les axes d'intervention.

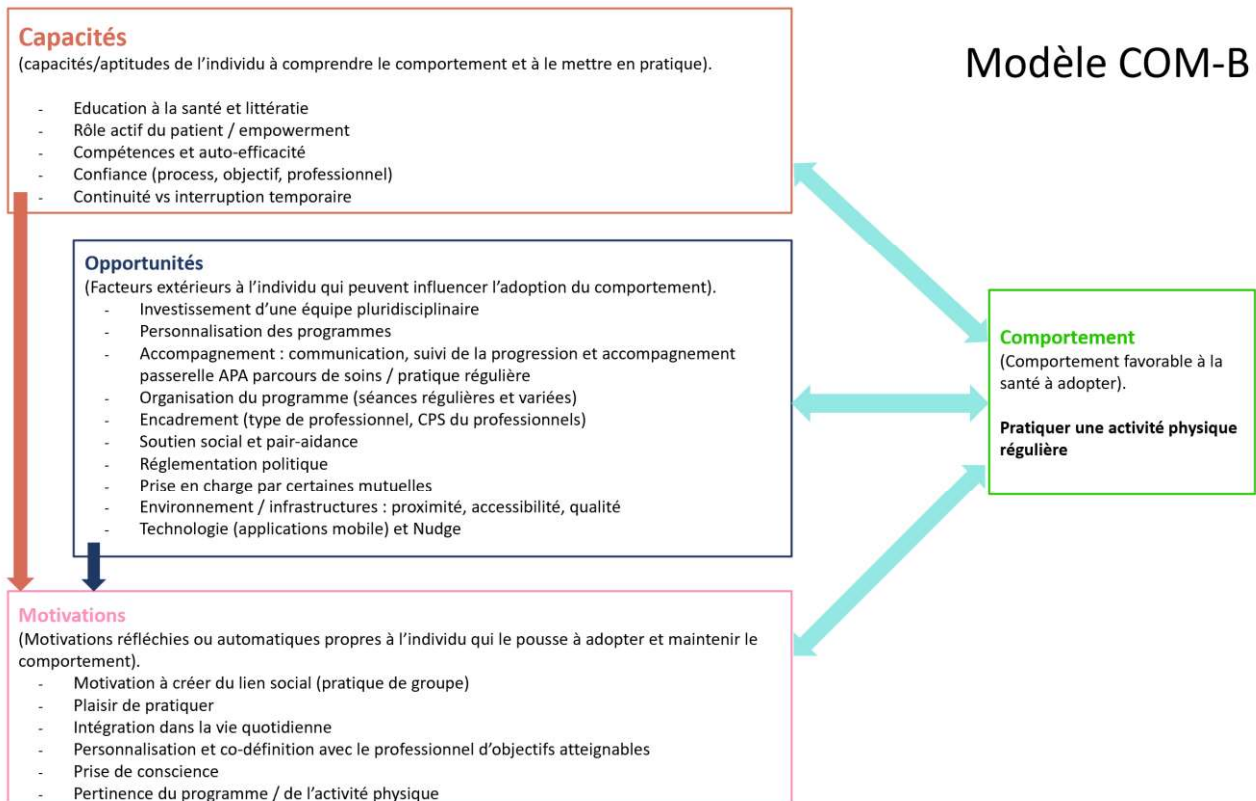


Figure 3 - Modèle Com-B pour l'adoption d'une activité physique régulière en prévention tertiaire. (Crédit : Emma Fouquet, adaptation du modèle théorique du Com-B de Michie et al., 2011).

Concernant un patient atteint de diabète, l'activité physique pour être régulière doit s'adapter aux capacités physiques, l'aptitude du patient à pratiquer l'activité en sécurité sans douleurs. Le patient doit aussi acquérir des capacités psychologiques, cela désigne son aptitude à comprendre l'intérêt du comportement ainsi qu'avoir les connaissances et compétences pour autonomiser sa pratique. Cela se traduit par l'éducation pour la santé, l'empowerment et la confiance en soi et en l'autre (les pairs, les encadrants, les professionnels de santé).

Le changement de comportement sera facilité par des opportunités. Ici, les opportunités sont principalement organisationnelles, environnementales et politiques. Comme vu dans les résultats, un programme APA évolutif et personnalisé avec un suivi par l'encadrant vient encourager le patient qui reprend confiance en son corps et en ses capacités, cela est une opportunité sociale. La disponibilité de séances régulières et la proximité du domicile y participent aussi. Un environnement favorable à la

santé représente une opportunité pour initier l'activité quotidienne et inscrire des mobilités actives dans la routine du patient (nudge, aménagement). Le risque de discontinuité de l'activité dû aux intempéries est identifié comme un frein majeur, l'accès à des infrastructures intérieures est une opportunité pour pratiquer régulièrement quel que soit la météo. L'aménagement de l'environnement est une opportunité physique à l'adoption d'une pratique durable. La politique est peut-être le facteur le plus inopportun et le plus difficile à inverser. La différenciation politique marquée entre les professionnels de santé, les enseignants APA et les éducateurs sportifs entrave la pérennisation avec un flou dans l'orientation, avec une collaboration intersectorielle fragile due à manque de confiance, un manque de reconnaissance. L'opportunité sociale d'une équipe pluridisciplinaire intersectorielle n'est pas assez exploitée pour l'instant pour encourager le changement de comportement des patients atteints de diabète. Pour essayer d'y remédier, lors d'un entretien, la nécessité de réaliser un diagnostic territorial avant de concevoir une offre a été évoquée. Réaliser un diagnostic territorial permet de connaître son territoire et de développer des partenariats pour proposer une offre pertinente et utile : « *il faut connaître son territoire par cœur, connaître les choses qui existent déjà, pour ne pas faire de doublon, pour proposer soit quelque chose de totalement différent ou pour voir comment on peut travailler avec eux, construire le projet en partenariat avec l'existant.* » (Mathieu, responsable administratif et financier, d'un club omnisport). Ce verbatim appuie l'importance d'une visibilité de ce qui existe et d'une collaboration dès la conception d'une nouvelle offre.

Pour un comportement pérenne, le maintien de la motivation est crucial. L'activité physique doit enclencher des motivations réfléchies et automatiques. L'intégration dans le quotidien d'une activité physique qui est source de plaisir sont deux motivations automatiques, le patient pratique de façon routinière comme un automatisme et le plaisir le pousse à réitérer. De façon réfléchies, les conséquences découlant de l'activité physique motivent le patient. Aller à la séance pour équilibrer son diabète et diminuer ses traitements, pour côtoyer du monde et entretenir son réseau social, pour progresser grâce à son programme personnalisé.

Les professionnels de santé et du mouvement sportif accompagnant le patient atteint de diabète doivent avec lui identifier les capacités et motivations qui l'encourageront à pérenniser sa pratique. L'ensemble des professionnels doivent collaborer avec les institutions pour développer des politiques et des environnements opportuns pour ancrer la pratique dans le parcours de soins et dans le quotidien.

Avec son vécu de patient, les conseils de Jean (diabétique de type 2, bénévole d'une AFD) rejoignent l'intervention multi-leviers. Il exprime que les patients doivent « *prendre conscience que bouger c'est réguler son diabète, c'est équilibrer sa glycémie, c'est éviter les complications* », cela renvoie à la

littératie, aux compétences qui sont des déterminants individuels relevant des capacités psychologiques ainsi qu'à une motivation réfléchie de bouger pour le bien de sa santé. Il conseille aussi de trouver une activité physique qui va convenir au patient tant physiquement (capacité physique) que plaisant (motivation automatique). Enfin il évoque aussi de trouver des occasions de bouger dans le quotidien cela s'appuie sur un environnement favorable et donc de multiplier les opportunités.

Les stratégies de changement de comportement mobilisées doivent prendre en compte les particularités du diabète : En effet, le type de diabète, les complications comme le pied diabétique ou les atteintes cardiovasculaires peuvent modifier les conditions de pratique, les professionnels doivent prendre en compte ces aspects pour proposer une offre confortable pour le patient.

Connaître les spécificités du diabète, identifier les leviers (modèle socioécologique), comprendre comment ils agissent sur un changement de comportement sont les bases pour accompagner la pérennisation de l'activité physique en prévention tertiaire

4.2 Renforcer le lien entre santé et sport dans l'intérêt des patients

Il ressort de l'étude, le manque de lien fort entre santé et sport au détriment de la pérennisation. Santé, sport, environnement, social, mobilité, politique, sont autant de champs que d'acteurs pouvant être impliqués sur des projets d'activité physique.

Si la revue de littérature a révélé une intersectorialité encore bancal, les entretiens sont venus confirmer au travers de témoignages forts la complexité de la relation entre professionnels de la santé et du mouvement sportif. Un élément phare est la législation de la prescription d'APA, si elle apparaissait comme la reconnaissance de cette thérapeutique non médicamenteuse par les autorités, elle est venue chambouler les interventions des associations sportives qui ont vu la création d'un nouveau statut professionnel ainsi que l'absence de reconnaissance de leurs compétences. Ce flou entre le rôle du nouvel enseignant APA et des éducateurs sportifs ne favorise pas l'orientation sachant qu'une majorité des professionnels de santé et des patients n'ont pas connaissance des particularités du mouvement sportif. Les professionnels de santé doivent se familiariser avec les corps de métier du mouvement sportif pour orienter leurs patients. Les enseignants APA sont 40 à 50 fois moins nombreux que les éducateurs sportifs donc pour proposer l'offre la plus qualitative, pérenne et diversifiée, il faut inclure et mobiliser tous les professionnels que ce soit les enseignants APA autant que les éducateurs sportifs. Un accord de principe doit être établi et reconnu avec, par exemple, les enseignants APA pour les programmes courts, l'ETP ou sur le long terme avec les pratiquants atteints d'une pathologie chronique avec le plus de contraintes, les éducateurs sportifs pour ceux avec une pathologie chronique stable et mieux maîtrisée. Cette ouverture de l'APA à tous les professionnels est d'autant plus essentielle que les prévalences des maladies non transmissibles sont à la hausse. La

prévalence du diabète augmentant, il faudrait élargir l'offre pérenne d'activité physique adaptée au diabète, il faut donc solliciter le plus de professionnels possible. Par extension, c'est l'offre d'activité physique pour l'ensemble de la population qui serait à étayer pour faciliter l'accès à la pratique dans une logique d'universalisme proportionné.

Si le sport sur ordonnance date de 2016, la formation STAPS-APA se développe depuis les années 90 et depuis les années 70 plusieurs associations proposent des créneaux de loisirs avec une adaptation pour des pratiquants avec des pathologies. Cette historique démontre l'implication dans l'APA par le mouvement sportif depuis de nombreuses décennies, bien avant le sport sur ordonnance. au fil des années ils ont acquis des compétences précieuses pour accueillir ces publics.

Les diverses lois et stratégies sur l'APA ont entraîné une « sanitarisation » ou « bio-médicalisation » de l'activité physique. Les éducateurs sportifs ont été oubliés, « *Ce lien, ces bilans, cette orientation, ce parcours de soins par l'activité physique, on le fait avec les réseaux de santé, les médecins depuis toujours.* » (Manon, chargée de projet Maladies Chroniques dans une association spécialisée en APA) ; « *On est passé de compétent à incompétent* » (Emilien, responsable des projets SSBE dans une association spécialisée dans les sports et activités de loisirs). Ces deux témoignages sont forts de sens et illustrent l'absence de collaboration à la genèse de l'APA en prévention tertiaire et cette mise de côté initiale a instauré un climat de défiance. Les professionnels de santé qui ne connaissent pas le champ sportif et ne savent pas vers qui orienter donc font des prescriptions sans orientation et le mouvement sportif est sceptique face à la prescription qui leur a fait diminuer leurs activités avec les publics malades.

Une collaboration mutuelle serait à mettre en place entre toutes les parties prenantes. Cela nécessitera, en local, des rencontres entre les professionnels pour expliquer leurs actions, leurs compétences pour comprendre ce que fait l'autre et avancer ensemble en instaurant une collaboration. Au niveau régional, national, la mise en place de groupe de travail intersectoriel pour développer les futurs programmes ensemble en anticipant la passerelle entre le parcours de soins et le parcours de vie des patients atteints de diabète.

Il apparaît justifié de combiner les compétences des professionnels de santé et de l'activité physique qui permettrait de coconstruire des programmes adaptés aux besoins des patients. En investissant dans les équipes pluridisciplinaires qualifiée et collaboratives, il est possible d'optimiser l'efficacité des programmes d'activité physique et d'améliorer la santé et le bien-être des individus.

4.3 Reconnaître la complémentarité des offres existantes

Ce que la revue de littérature et l'étude de terrain montre c'est que l'offre en activité physique adaptée, en sport-santé, en forme-santé existe et de façon variée.

Si les difficultés de coopération interprofessionnelle ont une influence, d'autres problèmes ont été mis en évidence : le manque de visibilité (quelle offre existe autour de chez moi ?) et de lisibilité (l'offre est à destination de qui ?), le manque de passerelle entre les programmes courts et durables.

Les programmes et les acteurs sont complémentaires et ont un intérêt précis. Les maisons sport-santé pour faire les bilans médico-sportifs et orienter. Les programmes courts souvent mono-pathologique, ciblent des prescriptions, pour remettre en mouvement et redonner confiance, souvent dispensés par des professionnels de santé ou des enseignants APA. Les programmes pérennes proposés par les associations et clubs sportifs, avec une adhésion annuelle, s'adressent à des publics pluri-pathologiques élargis à des fins de santé ou en milieu ordinaire, animés par des enseignants APA ou des éducateurs sportifs. Les programmes passerelles pour faire la transition entre les courts et les pérennes, c'est l'axe principal à améliorer. L'intégration d'atelier de prévention, le suivi et les entretiens motivationnels intégrés à un programme court sont des leviers de passerelle. La passerelle doit d'avantage être pensée comme le leitmotiv de la collaboration intersectorielle que comme un programme à proprement parlé. Les pouvoirs publics ont créé les maisons sport-santé pour être un guichet unique, passerelle entre les professionnels de santé et les offres d'APA locales (mission de coordination), passerelle pour les patients entre leurs parcours de soins et leurs pratiques (mission d'orientation). Si cette volonté de guichet unique semble bénéfique pour la pérennisation de l'APA pour les maladies chroniques, leur mode de financement par subvention annuelle freine l'engagement et l'ancrage des maisons sport-santé.

Que ce soit par la population ou les professionnels de santé, une difficulté de visibilité est perçue. Cela pourrait passer par la généralisation des sites régionaux sport-santé, ces sites pilotés par le binôme ARS-DRAJES. La véracité et l'exhaustivité des informations reposent sur la prospection ARS-DRAJES mais aussi sur les maisons sport-santé qui recensent, à l'échelle de leur territoire, les offres existantes vers lesquelles ils orientent les bénéficiaires. Ces sites encore trop méconnus, représentent une réelle opportunité pour rendre la liste d'offres accessible à tous et améliorer l'orientation et pour que chacun trouve l'offre qui lui corresponde au mieux. Pour la lisibilité, il faut décloisonner les pratiques et diffuser le message qu'à part pour les patients avec des limites fonctionnelles importantes, une pratique durable peut être animée tant par un enseignant APA en séances APA que par un éducateur sportif dans des créneaux sport-santé et forme-santé. Il faut mettre l'accent sur la pratique d'une activité physique source de plaisir.

Les financements n'aident pas la distinction des offres. En effet, la variabilité de l'offre étant floue, les enveloppes budgétaires sont souvent communes pour les programmes courts, passerelles et durables. En pratique, les programmes courts sont majoritairement priorités par les financeurs car l'impact est observable rapidement, alors même que les théories du changement de comportement démontrent que pour adapter un nouveau comportement pérenne il faut du temps, des rappels, du suivi. Dans un objectif de pérennisation, les financeurs devront s'intéresser aux programmes durables où certes les effets ne sont pas observables immédiatement mais dans lesquelles plusieurs mois plus tard, le participant sera encore actif.

Au-delà du budget, il faut coconstruire les politiques et les plans de déploiement territoriaux avec l'ensemble des acteurs sans oublier le mouvement sportif ainsi que les collectivités qui sont souvent propriétaires des infrastructures.

4.4 Valoriser la pair-aidance et l'impact du groupe

La complémentarité de l'offre, dans une vision de santé globale, englobe aussi les associations de patients. La pérennité de l'activité physique en prévention tertiaire pour le diabète est facilitée par une alliance entre l'offre d'activité physique, l'accompagnement professionnel mais aussi par le soutien des pairs. Evoluer dans un groupe avec des pairs est moteur. Le levier est double, l'activité physique est vectrice de lien social et le lien social motive à pratiquer une activité physique.

Pour le diabète, pratiquer et/ou côtoyer d'autres personnes atteintes de diabète permet d'échanger, de se donner des astuces, des conseils pour pratiquer dans les meilleures conditions. S'identifier à des pairs, renforce la confiance et le sentiment d'être capable. De façon formelle ou informelle, les binômes de parrainage entre deux patients permettent d'apporter un nouvel empowerment au patient accompagnateur. Il prend l'ascendant sur sa pathologie et passe d'une posture de patient à modèle, pour le patient accompagné cela est source de motivation avec l'identification dans un rôle-modèle qui partage les mêmes contraintes, évolue aux côtés d'un pair qui a réussi motive et donne un objectif à atteindre.

Plus que l'activité physique, les patients viennent chercher une communauté, les témoignages des deux présidents d'associations de patients du réseau de la Fédération Française des Diabétiques témoignent de la difficulté à organiser de l'APA au sein de leurs associations. Trouver des infrastructures, engager un enseignant APA, s'assurer de la couverture assurance adéquate, proposer des activités variées en journée, en soirée et en week-end à moindre coût, cela demande un fort investissement logistique et temporel pour les bénévoles. L'APA apparaît comme hors-compétence pour des bénévoles d'une association de patient. En parallèle, les associations de patients diabétiques

arrivent à tisser des liens solides avec les associations et clubs sportifs locaux, comme l'illustre l'exemple d'Edouard qui proposent à ses adhérents une aide de 50 € pour s'inscrire dans une structures locales proposant une offre APA. Ainsi, l'association couvre une plus grande partie de son territoire en proposant aux adhérents une offre plus large et au plus proche de chez eux, il délègue l'animation à une personne formée qui intervient dans une infrastructure équipée. Pour optimiser l'offre et améliorer sa qualité, il faudrait multiplier ce type de partenariat avec l'animation des séances par des professionnels du mouvement sportif dans leurs structures couplée au soutien et au partage d'expérience par les associations de patients avec des groupes de soutien et des ateliers de prévention. Cette organisation consiste à mobiliser les acteurs de terrain en valorisant les compétences de chacun dans le cadre d'une collaboration bénéfique pour les patients.

4.5 Aller au-delà du soin, orienter la pratique sur le plaisir

Si l'activité physique régulière est bénéfique pour la santé des personnes atteintes de diabète, elle présente d'autres avantages. Comme Bullard et al. (2019) l'explicitent dans leur article, l'activité physique régulière permet d'améliorer significativement les performances physiques mais aussi la confiance en soi, les aptitudes sociales et réduit la fatigue et certaines douleurs. En effet, ces bénéfices multiples sont confirmés, recherchés et promus par les professionnels du terrain qui axent leurs séances sur l'estime de soi, au-delà de la performance, ils priorisent l'impression individuelle de participer à une activité qui correspond à la personne en termes d'image de soi et image de la pratique qui sont des éléments clés pour bouger durablement.

La pérennisation est renforcée quand l'activité physique n'est pas perçue comme une injonction. Dans le cas du diabète, l'APA est un des piliers thérapeutiques, donc oui, la pratique doit être encouragée dans le cadre du parcours de soins, mais non, elle ne doit pas se résumer à ça. Il faut adopter une approche pour sortir de la maladie, certes la pratique est une thérapeutique du diabète mais elle doit être perçue comme une activité divertissante du quotidien.

Les professionnels du mouvement sportif sont unanimes quant au fait de sortir de la maladie, sortir du « je suis malade », du « je ne peux pas », il faut favoriser les groupes mixtes pour que la personne prenne de la distance avec sa maladie et se concentre sur lui et sa pratique pendant les séances. Pour sortir de cette vision pathologique, dans les programmes pérennes dans les associations, les personnes sont regroupées par niveaux et envies plutôt que par pathologie. De plus, une prise de distance avec le terme patient est faite par les encadrants, ils ne parlent pas de patients, ils n'évoquent pas la maladie, à la place ils parlent de sportifs, d'adhérents, de pratiquants. D'une part cela permet de sortir de la vision seulement thérapeutique, l'activité doit être vécue comme une source de plaisir de temps pour soi, d'autre part cela valorise leur capacité. D'autre part, cela permet une déconnexion avec la

maladie, cela évite l'isolement entre malades, l'accent est mis sur leur motivations, leurs capacités et leurs envies comme n'importe qu'elle personne qui pratique une activité physique. L'hétérogénéité des groupes contribue à ne pas centrer la séance sur la maladie mais à la centrer sur les pratiquants, les techniques de l'activité en elle-même.

Evoluer en mixité aide les pratiquants à se focaliser sur l'activité et sur eux en tant que pratiquant et non en tant que patient, ils peuvent davantage lâcher prise et profiter de l'instant. Les professionnels expliquent concevoir leurs programmes sur le plaisir, le bien-être et le partage selon les concepts de changement de comportement et de promotion de la santé. En effet, les professionnels de l'APA conçoivent leurs programmes suivant les théories du changement de comportement, l'éducation pour la santé et l'acquisition des compétences psychosociales. Ils ont conscience que l'adoption d'une activité physique régulière requiert du temps, de l'accompagnement et l'empowerment du patient. Ce dernier doit avoir les compétences et connaissances pour comprendre l'intérêt de la pratique mais aussi apprendre à connaître son corps pour adapter sa pratique à ses besoins, sa forme au quotidien. Ils ont compris que le ralliement stable repose sur le groupe, le plaisir, la découverte et le remise en forme et le partage. Les professionnels du mouvement sportif revendiquent que c'est la notion de plaisir et non l'injonction thérapeutique qui fait changer les gens et qui les motive à bouger tous les jours.

Le plaisir et le bien-être contribuent à faire oublier au pratiquant son diabète le temps de la séance. Petit à petit, son hémoglobine glyquée sera plus stable, il sera en meilleure condition physique et pourra progresser. Si la pratique est source de plaisir alors la personne en garde un bon souvenir, pour retrouver cette sensation de bien-être il réitérera la pratique ponctuellement jusqu'à arriver à un changement de comportement pérenne. Il améliorera ainsi sa santé physique, sociale et mentale.

4.6 Une intervention multi-facette intégrant les principes de promotion de la santé

Cette étude prouve que la pérennisation de l'activité physique en prévention tertiaire dépend de nombreux leviers individuels, collectifs et sociétaux, d'une collaboration entre sport et santé, d'une offre adaptée aux contraintes des pathologies chroniques sans enfermer, sans sectoriser les personnes dans des groupes étiquetés « sport pour les malades ». L'analyse des données a mis en évidence la nécessité de développer une offre d'APA multi-facette.

Imaginée comme un levier, la prescription d'APA, comme elle est actuellement, obstrue les réalités pour la mise en place d'une APA pérenne. Il y a une ambiguïté de la prescription. Dans le système de santé français, une prescription sous-entend un acte et/ou un produit thérapeutique associé à un remboursement, une prise en charge. D'autant plus, pour les patients atteints de diabète étant

reconnus en affection longue durée (ALD) qui ont l'automatisme que tous leurs soins concernant leur diabète soient pris en charge à 100 %. Deux discours s'opposent, ceux qui prônent la prise en charge pour les ALD comme c'est une thérapeutique et les éducateurs sportifs et APA qui avancent que la contribution financière par le particulier est un levier à la pérennisation car il va se sentir engagé. Un équilibre doit être trouvé. Cela pourrait être la prise en charge du bilan médico-sportif et des tarifs réduits selon les conditions de revenus pour lutter contre les inégalités sociales de santé et rendre les programmes accessibles.

Il faut repenser l'APA comme une composante du parcours de vie initiée par le parcours de soins :

- Parcours de soins
 - Ritualiser la prescription d'APA et l'orientation vers un ETP au diagnostic
 - Intégrer l'APA aux programmes d'ETP dédiés au diabète
 - Réalisation du bilan médico-sportif réalisé par les maisons sport-santé (réfléchir à une prise en charge 100 % sécurité sociale et/ou en combiné avec les assurances maladie complémentaires)
- Transition vers le parcours de vie
 - Participation à un programme court pour remettre en forme avec l'anticipation et l'accompagnement vers une offre durable
 - Pratiquer de façon pérenne dans les associations et clubs

En lien avec l'ETP et l'accompagnement par les pairs avec les associations de patients, la pérennisation est intimement liée à la promotion de la santé avec la participation du patient. La personne atteinte de diabète doit devenir actrice de sa santé et acquérir les compétences pour devenir autonome dans sa pratique. Comme déjà mis en place dans certains programmes, il est ingénieux de coupler l'APA à des ateliers de prévention. Que ce soit lors de session d'ETP, d'échanges de bonnes pratiques, de parrainages entre pairs, ou grâce à des partenariats entre associations sportives et associations de patients. Les programmes doivent être conçus pour sensibiliser à l'importance de l'activité physique doublée d'une montée en connaissances et en compétences des pratiquants.

Une intervention multi-facette et intersectorielle se doit d'intégrer tous les acteurs et de reconnaître les forces venues de la population. Cette étude a révélé l'essentialité du lien social et du groupe, les associations de patients et les petits groupes d'APA incarnent une forme de communauté où les personnes se sentent en confiance et s'épanouissent. Il est donc primordial que les pouvoirs publics, les collectivités territoriales et les professionnels de santé reconnaissent les atouts et ressources des communautés pour encourager l'individu à avoir une pratique ancrée au sein de sa communauté et

que les professionnels du mouvement sportif et les patients-experts concourent à animer ces communautés.

La ligne directrice, de la conception, au pilotage jusqu'à la mise en œuvre doit être celui de l'activité physique comme source de moments agréables, stimulants et gratifiants pour qu'un individu soit susceptible d'intégrer la pratique dans son quotidien sur la durée.

Le diabète ne doit pas être immédiatement associé à un frein à la pratique, il doit être transformé en levier motivationnel.

4.7 Préconisations

Voici les 5 grands axes de travail qui émergent de cette étude pour optimiser l'offre actuelle et améliorer l'activité physique pérenne en prévention tertiaire.

- **Accroître la lisibilité de l'offre existante**

L'offre existe mais est peu lisible. Une réflexion serait la généralisation et la promotion massive des sites internet régionaux Sport Santé piloté par le duo ARS/DRAJES.

Accroître la lisibilité de l'offre passe aussi par la ritualisation de la prescription d'APA dans le parcours de soins ALD. D'une part, pour initier la pratique et l'intégrer dès le diagnostic dans le plan thérapeutique, d'autre part, pour consolider les relations intersectorielles qui collaboreront de façon régulière.

Un travail de communication est à faire concernant les aides à la prise en charge déjà existantes par les organismes d'assurances maladie complémentaires pour les adhésions en associations et/ou salles de sport.

- **Développer l'ancrage territorial**

L'ancrage territorial dépend d'une bonne connaissance et reconnaissance mutuelles des champs professionnels ainsi que la co-construction de projet intégrant toutes les parties prenantes.

Pour l'APA, un dispositif passerelle est crucial. Si la volonté, affichée par les pouvoirs publics, est de faire des maisons sport-santé un guichet unique, alors il faut les développer, pérenniser leurs financements, établir une note de cadrage concernant leur mission (ex : décréter que les patients avec une prescription d'APA sont orientés vers les maisons sport-santé pour réaliser leur bilan médico-sportif et que ces dernières les orientent vers une offre d'APA locale).

La passerelle passe aussi par l'intégration de l'APA dans les programmes d'ETP du diabète. Que ce soit par des ateliers de sensibilisation, des séances d'activité physique ou des témoignages de pairs avec les associations de patients et sportives proposant des offres pérennes sur le territoire.

Un ancrage territorial durable repose sur des financements stables. Une réflexion est à mener sur la différenciation des enveloppes budgétaires voire diversifier les financeurs (ARS, DRAJES, CNSOF) avec une répartition préalable de qui finance quoi, pour permettre le développement de toutes les pratiques plutôt que des programmes courts au détriment de la pérennisation. Cela nécessiterait de revoir les cahiers des charges des appels à projet.

- **Améliorer la relation entre le sport et la santé**

L'ancrage territorial et la lisibilité de l'offre découlent des relations entre le sport et la santé. Consolider ces relations intersectorielles et pluriprofessionnelles passerait par trois grandes phases.

L'assouplissement des plans de santé en intégrant toutes les parties prenantes au-delà du secteur de la santé pour développer une offre transversale réduisant les ruptures de parcours de soins. Ouvrir les plans de santé sous-entendrait, une collaboration interministérielle et de leurs organismes déconcentrées (Santé, solidarités, sports, économie social et solidaire, environnement), avec l'inclusion de représentants du terrain qui sont des figures hybrides, à savoir les enseignant APA, les éducateurs sportifs, les patients-experts, les structures communautaires

La reconnaissance de la complémentarité de tous : professionnels de santé, enseignant en APA, éducateur sportif. Identifier les compétences de chacun et co-construire une offre large et complémentaire exploitant judicieusement ces compétences dans l'intérêt des pratiquants.

Ne pas oublier d'intégrer les associations de patients, notamment pour les pathologies chroniques comme le diabète qui sont des ressources profondes et un soutien avec le savoir expérimentiel acquis par le vécu et la pair-aidance.

- **Ne pas enfermer les patients chroniques dans l'APA**

Pour être adopter sur le long terme, l'activité physique ne doit pas être centrée sur la pathologie, mais sur la personne, ses capacités, ses motivations, ses envies. Il faut sortir de la pathologie.

Activité physique adaptée, sport-santé, forme-santé, milieu ordinaire, de multiples pratiques sont possibles, chaque personne doit pouvoir trouver celle qui lui correspond. Dans une volonté d'inclusion et d'acceptation de la pathologie, une attention particulière doit être portée aux jeunes, comme les

jeunes diabétiques, qui peuvent pratiquer en compétition ou en loisir dans les associations sportives avec des jeunes de leur âge.

Hormis les compétences de gestion de la maladie et de ses contraintes, les facteurs de la pérennisation sont similaires entre la population générale et la population diabétique. Il est donc difficile de prévoir un programme spécialisé au diabète. Dans une mesure d'universalisme proportionné, cela souligne le fait qu'il faut davantage adapter l'activité physique au profil des capacités et des motivations et non au profil pathologique.

- **Encourager les mouvements du quotidien**

L'activité physique ne se résume pas seulement au sport. Par exemple, la mobilité active et l'adaptation du poste de travail sont des atouts pour lutter contre la sédentarité. Le recours à des applications, des designs actifs ou des ludiques sont à développer.

Informé largement que les effets de l'activité physique sont temporaires, d'autant plus dans le cas d'un diabète pour l'équilibre glycémique, il est plus important de bouger un peu tous les jours plutôt qu'une séance intensive hebdomadaire, communiquer sur les bienfaits de bouger régulièrement et encourager tous les petits mouvements du quotidien.

4.8 Les limites de l'étude

Cette étude exploratoire présente certaines limites. Tout d'abord, le panel de personnes sollicitées pour un entretien est limité. L'analyse de témoignages de 6 personnes issues de 4 réseaux différents ne saurait prétendre à l'exhaustivité.

Ensuite, la saisie de l'APA par les pouvoirs publics est encore récente donc nous n'avons pas le recul suffisant pour étudier l'impact sur la pérennisation des dispositifs actuels. De plus, la fragilité de la collaboration entre le sport et la santé fait que nous disposons de nombreuses évaluations sur l'efficacité des programmes courts mais peu de suivi des patients les mois suivants et il n'y a pas d'évaluation sur le long terme des personnes avec une pathologie chronique qui pratiquent de façon annuelle au sein d'associations ou de clubs.

Conclusion

L'activité physique est un atout majeur pour maintenir le capital santé. Elle revêt une importance d'autant plus importante dans la gestion des pathologies chroniques, que l'activité physique contribue à limiter l'aggravation de la pathologie et à réduire le risque de complications. Aux vues des pathologies et de leurs contraintes inhérentes, des activités physiques adaptées (APA) sont intégrées dans le plan thérapeutique des patients.

L'objet de ce travail de master était d'explorer des pistes de pérennisation de la pratique d'activité physique régulière en prévention tertiaire.

Cette étude a révélé que de multiples facilitateurs et freins jouent sur la pérennisation. Ces derniers peuvent être classés autour de 5 axes : les leviers propres à l'individu, les interactions sociales, l'organisation des programmes, l'aménagement de l'environnement et la mise en place d'un cadre politique favorable.

L'expérience patient et les témoignages des professionnels du terrain montrent que les leviers majeurs favorisant l'adhésion sur le long terme sont l'empowerment du pratiquant, la littératie du pratiquant quant à sa pathologie, l'adaptation et la personnalisation des séances pour que le pratiquant ne soit pas en situation d'échec. La force du groupe et la notion de plaisir ressortent comme les deux moteurs principaux d'une motivation durable pour pratiquer une activité physique régulière.

Plusieurs pistes d'amélioration restent à explorer pour améliorer l'offre d'APA et pérenniser l'activité en prévention tertiaire. Il faut mettre l'accent sur des interventions multifacettes. Cela passe par l'amélioration de l'ancrage territorial avec des collaborations intersectorielles, notamment entre le sport et la santé, contribuant à améliorer la lisibilité et développer la variété de l'offre.

Au-delà du parcours de soins, il apparaît utile de repenser l'APA comme composante du parcours de vie du patient. Sortir de la sanitarisation de l'APA pour permettre à la personne de pratiquer une activité qui, avant tout, lui plaît plutôt que de la cantonner à une activité physique étiquetée « traitement pathologique ». Il faut encourager les mouvements du quotidien, créer des opportunités, rendre l'activité physique attractive.

Des recherches restent à explorer, notamment sur la manière de penser conjointement prévention primaire et prévention tertiaire, afin de développer une offre d'activité physique attrayante pour que la population française éprouve l'envie de bouger quotidiennement tout au long de la vie.

Bibliographie

- Almutairi, N., Gopaldasani, V., & Hosseinzadeh, H. (2023). The Effect of a Patient Activation Tailored Intervention on Type 2 Diabetes Self-Management and Clinical Outcomes : A Study from Saudi Arabian Primary Care Settings. *Journal of Diabetes Research*, 2023, 2074560. <https://doi.org/10.1155/2023/2074560>
- Article D1172-1—Code de la santé publique—Légifrance. (s. d.). Consulté 25 juin 2024, à l'adresse https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000033826292
- Article L1411-1—Code de la santé publique—Légifrance. (s. d.). Consulté 25 juin 2024, à l'adresse https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038886152/2023-05-25
- Azur Sport Santé. (2023). *Aides au financement de la pratique | Azur Sport Santé*. <https://azursportsante.fr/outils/aides-au-financement/>
- Bullard, T., Ji, M., An, R., Trinh, L., Mackenzie, M., & Mullen, S. P. (2019). A systematic review and meta-analysis of adherence to physical activity interventions among three chronic conditions : Cancer, cardiovascular disease, and diabetes. *BMC Public Health*, 19(1), 636. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6877-z>
- Calmat, A. (2019). Héritage santé des Jeux Olympiques. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 203(5), 299-306. <https://doi.org/10.1016/j.banm.2019.05.006>
- Calmat, A., & Duclos, M. (2018). Effets bénéfiques de l'activité physique et sportive en prévention primaire et tertiaire. In *Medicosport-sante : Le dictionnaire à visée médicale des disciplines sportives*. CNOSF. https://cnosf.franceolympique.com/cnosf/fichiers/File/Medical/Medicosport/Medicosport-sante_Edition2018.pdf
- Cavenagh, Y., & Simerson, D. (2022). A Lifestyle Intervention Program to Improve Knowledge and Health Behaviors in Women. *Nursing for Women's Health*, 26(1), 51-62. <https://doi.org/10.1016/j.nwh.2021.11.002>

- Charles, M., Ouchchane, L., Thivel, D., Celine, L., & Duclos, M. (2022). Does legislative framework favors prescription of physical activity in primary care ? The French experience. *The Physician and Sportsmedicine*, 50(1), 47-53. <https://doi.org/10.1080/00913847.2020.1864676>
- Collado-Mateo, D., Lavín-Pérez, A. M., Peñacoba, C., Del Coso, J., Leyton-Román, M., Luque-Casado, A., Gasque, P., Fernández-Del-Olmo, M. Á., & Amado-Alonso, D. (2021). Key Factors Associated with Adherence to Physical Exercise in Patients with Chronic Diseases and Older Adults : An Umbrella Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4). <https://doi.org/10.3390/ijerph18042023>
- Cour des comptes. (2016). La prise en charge des affections de longue durée : Une dynamique non maîtrisée, une gestion médicalisée de la dépense à mettre en œuvre. In *Rapport de la Sécurité Sociale*. <https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/20160920-rapport-securite-sociale-2016-prise-en-charge-affections-longue-duree.pdf>
- Croquin, M., Galudec, P. M., Magot, L., & Cugerone, A. (2023). La prescription d'activité physique adaptée chez les adultes atteints de pathologies chroniques par les médecins généralistes, en France et à l'étranger : Étude des freins et leviers. Une revue systématique de la littérature. *Science & Sports*, 38(4), 337-354. <https://doi.org/10.1016/j.scispo.2022.07.009>
- Dallosso, H., Yates, T., Mani, H., Gray, L. J., Dhalwani, N., Baldry, E., Gillies, C., Craddock, S., Batt, M., Davies, M. J., & Khunti, K. (2018). Movement through Active Personalised engagement (MAP) - a self-management programme designed to promote physical activity in people with multimorbidity : Study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*, 19(1), 576. <https://doi.org/10.1186/s13063-018-2939-2>
- de Boer, J. J., Feleus, A., Hesselink, A., Siemonsma, P., Verhoef, J., & Schmitt, M. (2022). Using storytelling methodology to identify barriers and facilitators of sustained physical activity in patients with a chronic disease : A qualitative study. *BMJ Open*, 12(3), e057236. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-057236>

Delloye, C. (2020). *Du sport pour tous, à tout âge : Bougez, votre corps vous le rendra* (Le Particulier).

PARTICULIER.

Depiesse, M. F., Doha, M. M.-C., & Taiana, M. B. (2018). *Sport Santé Bien-être—Enjeux et pratiques pour les territoires*. Territorial Éditions.

Ding, D., Lawson, K. D., Kolbe-Alexander, T. L., Finkelstein, E. A., Katzmarzyk, P. T., Mechelen, W. van, & Pratt, M. (2016). The economic burden of physical inactivity : A global analysis of major non-communicable diseases. *The Lancet*, 388(10051), 1311-1324. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30383-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30383-X)

Duclos, M., Oppert, J.-M., Verges, B., Coliche, V., Gautier, J.-F., Guezennec, Y., Reach, G., Strauch, G., & SFD diabetes and physical activity working group. (2013). Physical activity and type 2 diabetes. Recommendations of the SFD (Francophone Diabetes Society) diabetes and physical activity working group. *Diabetes & Metabolism*, 39(3), 205-216. <https://doi.org/10.1016/j.diabet.2013.03.005>

Essadek, A., & Shadili, G. (2021). Les médiations par des activités physiques au service de la symbolisation adolescente. *Empan*, 124(4), 136-144. <https://doi.org/10.3917/empa.124.0136>

Favier-Ambrosini, B., & Delalandre, M. (2018). Les réseaux Sport Santé Bien-être : Un gouvernement par le chiffre. *Terrains & travaux*, 32(1), 81-106. <https://doi.org/10.3917/tt.032.0081>

Fédération Française des Diabétiques. (s. d.). *Norme HbA1c | Hémoglobine Glyquée ou HbA1c | Taux de Bba1c*. Consulté 4 juillet 2024, à l'adresse <https://www.federationdesdiabetiques.org/information/glycemie/hba1c>

Henteleff, A., & Wall, H. (2018). The HANS KAI Project : A community-based approach to improving health and well-being through peer support. *Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada: Research, Policy and Practice*, 38(3), 135-146. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.38.3.04>

Jancey, J., Lee, A. H., James, A. P., Howat, P., Hills, A. P., Anderson, A. S., Tran, V. D., & Blackford, K. (2020). Long-term sustainability of a physical activity and nutrition intervention for rural adults

- with or at risk of metabolic syndrome. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 44(5), 421-426. <https://doi.org/10.1111/1753-6405.13036>
- Jones, N., Dlugonski, D., Gillespie, R., DeWitt, E., Lianekhammy, J., Slone, S., & Cardarelli, K. M. (2021). Physical Activity Barriers and Assets in Rural Appalachian Kentucky : A Mixed-Methods Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(14), 7646. <https://doi.org/10.3390/ijerph18147646>
- Jourdan, D. (2021). *La prévention* (Editions Sciences Humaines). Sciences Humaines.
- Juanico, R., & Khellaf, H. (2023). *Bougeons ! Manifeste pour des modes de vie plus actifs*. L'aube. <https://www.jean-jaures.org/publication/bougeons-manifeste-pour-des-modes-de-vie-plus-actifs/>
- Kino, S., & Kawachi, I. (2020). How much do preventive health behaviors explain education- and income-related inequalities in health? Results of Oaxaca-Blinder decomposition analysis. *Annals of Epidemiology*, 43, 44-50. <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2020.01.008>
- Kwan, Y. H., Cheng, T. Y., Yoon, S., Ho, L. Y. C., Huang, C. W., Chew, E. H., Thumboo, J., Østbye, T., & Low, L. L. (2020). A systematic review of nudge theories and strategies used to influence adult health behaviour and outcome in diabetes management. *Diabetes & Metabolism*, 46(6), 450-460. <https://doi.org/10.1016/j.diabet.2020.04.002>
- Martinez-Harvell, G., Goluboff, F., Rodriguez, P., Castro, G., & Barengo, N. C. (2020). Predictors of adherence to physical activity guidelines in patients with diabetes mellitus in the US in 2017 : An exploratory analysis. *Primary Care Diabetes*, 14(6), 645-653. <https://doi.org/10.1016/j.pcd.2020.05.001>
- Mercier, D., Carré, F., Grémy, I., Kern, L., Amado, I., Ankri, J., & Genêt, F. (2021). Activité physique : Quels bénéfices (et risques) pour quel pratiquant ? *ADSP*, 114(2), 26-38. <https://doi.org/10.3917/aedesp.114.0026>

- Michie, S., van Stralen, M. M., & West, R. (2011). The behaviour change wheel : A new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implementation Science*, 6(1), 42. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-6-42>
- Ministère des solidarités et de la santé, Ministère des sports. (2019). *Stratégie Nationale Sport Santé 2019-2024*. <https://www.sports.gouv.fr/strategie-nationale-sport-sante-2019-2024-85>
- ONAPS. (s. d.). Les impacts sanitaires. *Onaps.fr*. Consulté 16 mars 2023, à l'adresse <https://onaps.fr/les-impacts-sanitaires/>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2019). *Plan d'action mondial pour promouvoir l'activité physique 2018-2030 : Une population plus active pour un monde en meilleure santé (En bref)* (WHO/NMH/PND/18.5). Organisation mondiale de la Santé. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/327898>
- Organisation mondiale de la Santé. (2020). *Lignes directrices de l'OMS sur l'activité physique et la sédentarité : En un coup d'oeil*. Organisation mondiale de la Santé. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/337003>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2022). *Rapport mondial de situation sur l'activité physique 2022 : Résumé d'orientation*. OMS. <https://www.who.int/fr/publications-detail/9789240060449>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2024). *Activité physique*. Organisation Mondiale de la Santé. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>
- Petit-Sénéchal, P., Cha, S., & Carré, F. (2023). *Sport-santé : Une ambition collective* (Hyg e Editions). <https://www.press.es.hesp.fr/produit/sport-sante-ambition-collective/>
- Pojednic, R., Bantham, A., Arnstein, F., Kennedy, M. A., & Phillips, E. (2018). Bridging the gap between clinicians and fitness professionals : A challenge to implementing exercise as medicine. *BMJ Open Sport & Exercise Medicine*, 4(1). <https://doi.org/10.1136/bmjsem-2018-000369>
- Redmond, M. L., Deibert, L. F., Knapp, K., & Collins, T. C. (2023). Moderate physical activity and healthy eating habits among older African American women with diabetes and hypertension : A

- qualitative study of barriers and facilitators. *Ethnicity & Health*, 28(5), 781-793.
<https://doi.org/10.1080/13557858.2022.2149960>
- Réseau français des Villes-Santé de l'OMS. (2021). *La promotion de l'activité physique* (22; Le Point Villes-Santé sur...). <https://villes-sante.com/wp-content/uploads/2023/02/PVS-Promotion-de-lactivite-physique.pdf>
- Riquier, O., Van Hoya, A., & Vuillemin, A. (2023). Capitalization of experience of physical activity resumption programs : Lessons learned for adherence and post-program referral. *Evaluation and Program Planning*, 100, 102349. <https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2023.102349>
- Smit, E., Leenaars, K., Wagemakers, A., van der Velden, K., & Molleman, G. (2020). How to recruit inactive residents for lifestyle interventions : Participants' characteristics based on various recruitment strategies. *Health Promotion International*, 36(4), 989-999.
<https://doi.org/10.1093/heapro/daaa134>
- Titze, S., Schebesch-Ruf, W., Lackinger, C., Großschädl, L., Strehn, A., Dorner, T. E., & Niebauer, J. (2019). Short-and Long-Term Effectiveness of a Physical Activity Intervention with Coordinated Action between the Health Care Sector and Local Sports Clubs. A Pragmatic Trial in Austrian Adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(13), 2362.
<https://doi.org/10.3390/ijerph16132362>
- Tremblay, M. S., Costas-Bradstreet, C., Barnes, J. D., Bartlett, B., Dampier, D., Lalonde, C., Leidl, R., Longmuir, P., McKee, M., Patton, R., Way, R., & Yessis, J. (2018). Canada's Physical Literacy Consensus Statement : Process and outcome. *BMC Public Health*, 18(Suppl 2), 1034.
<https://doi.org/10.1186/s12889-018-5903-x>
- Tripathi, D., Vikram, N. K., Chaturvedi, S., & Bhatia, N. (2023). Barriers and facilitators in dietary and physical activity management of type 2 diabetes : Perspective of healthcare providers and patients. *Diabetes & Metabolic Syndrome*, 17(3), 102741.
<https://doi.org/10.1016/j.dsx.2023.102741>

- Vallin, J., & Melsé, F. (2012). *De la transition épidémiologique à la transition sanitaire : L'improbable convergence générale*. INED. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/2405570/inegalites-vallin-mesle.pdf>
- VanDerVeer, S., Markert, R., Bickford, B., Yuhas, J., Pikman, P., Wall, T., & Burtson, K. (2021). Increasing exercise adherence among elderly patients with chronic disease in primary care : A prospective cohort study. *BMC Geriatrics*, 21(1), 616. <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02572-5>
- VIDAL - MédicoSport Santé. (s. d.). *Quel sport pour votre patient ?* VIDAL. Consulté 25 juin 2024, à l'adresse <https://www.vidal.fr/sante/sport/infos-sport-medicosport-sante/quel-sport-patient/>

Table des Figures

Figure 1 - Modèle Socioécologique pour l'adoption d'une activité physique régulière en prévention tertiaire. (Crédit : Emma Fouquet, adaptation du schéma de Jones et al., 2021 selon la présente revue de littérature).	18
Figure 2 - Processus de la revue de littérature.....	19
Figure 3 - Modèle Com-B pour l'adoption d'une activité physique régulière en prévention tertiaire. (Crédit : Emma Fouquet, adaptation du modèle théorique du Com-B de Michie et al., 2011).....	43

Table des Tableaux

Tableau 1 - Les profils de programmes APA.....	9
Tableau 2 - Liste des personnes interrogées.....	19

Tables des Matières

Introduction.....	1
1 Etat de la connaissance	3
1.1 L'activité physique comme déterminant de santé.....	3
1.2 L'influence de l'activité physique sur le diabète	4
1.3 Le cadre politique français et les enjeux économiques liés à l'activité physique adaptée	6
1.4 Activité physique adaptée pour le diabète : les pratiques existantes	9
2 Méthodologie.....	13
2.1 Collecte de données	13
2.1.1 Revue de littérature	13
2.1.2 Entretien semi-directifs	14
2.2 Analyse de données.....	17
3 Résultats.....	19
3.1 Les données collectées dans la littérature et sur le terrain	19
3.2 Classification socioécologique des freins et leviers à la pratique régulière.....	20

A) Déterminants individuels	20
a) Education pour la santé et littératie.....	20
b) Compétences, auto-efficacité et confiance.....	21
c) Rôle actif du patient et empowerment.....	22
d) Conditions socioéconomiques et caractéristiques de l'individu	23
e) Plaisir de pratiquer	25
B) Déterminants sociaux	26
a) Lien social et soutien relationnel.....	26
b) Investissement d'une équipe pluridisciplinaire.....	28
C) Déterminants organisationnels liés aux conditions de pratique	30
a) Connaissance des participants et personnalisation selon les conditions physiques du patient et ses désirs.....	30
b) Accompagnement des patients vers une pratique durable	31
D) Déterminants environnementaux.....	32
a) Environnement physique	32
b) Technologie et nudge	34
c) Intégration dans la vie quotidienne	35
E) Déterminants politiques.....	36
a) Financement, prise en charge et prescriptions	36
b) Offre de soins / de pratique	37
4 Discussion	41
4.1 Exploiter l'ensemble des leviers pour pérenniser la pratique	41
4.2 Renforcer le lien entre santé et sport dans l'intérêt des patients	45
4.3 Reconnaître la complémentarité des offres existantes	47
4.4 Valoriser la pair-aidance et l'impact du groupe	48
4.5 Aller au-delà du soin, orienter la pratique sur le plaisir	49
4.6 Une intervention multi-facette intégrant les principes de promotion de la santé	50
4.7 Préconisations	52

4.8 Les limites de l'étude.....	54
Conclusion	55
Bibliographie	57
Table des Figures	65
Table des Tableaux	65
Tables des Matières.....	65
Liste des annexes.....	I

Liste des annexes

Annexe I - Infographie *L'activité physique, c'est quoi ?* (©Emma Fouquet)

Annexe II - Tableau des politiques publiques sport-santé et APA

Annexe III - Recensement des articles de la revue de littérature

Annexe IV - Grille de lecture

Annexe V - Modèle socioécologique (©Emma Fouquet, à partir de la revue de littérature)

Annexe VI - Modèle Com-B (©Emma Fouquet à partir de la revue de littérature)

Annexe VII - Guide d'entretien associations de patients (bénévoles et patients)

Annexe VIII - Guide d'entretien associations nationales d'activité physique (APA et/ou sports/activités de loisirs)

Annexe IX - Guide d'entretien club omnisports

(Les annexes suivantes seront à enlever pour la publication du mémoire, après la soutenance, pour des raisons d'éthique de recherche et de confidentialité)

Annexe X - Grille d'analyse

L'activité physique, c'est quoi ?

L'activité physique est définie comme "tout mouvement corporel produit par les muscles squelettiques qui requiert une dépense d'énergie. L'activité physique désigne tous les mouvements que l'on effectue notamment dans le cadre des loisirs, sur le lieu de travail ou pour se déplacer d'un endroit à l'autre." (OMS)

Activités Quotidiennes

ensemble des activités du **quotidien** entraînant des mouvements corporels

- >> **Mobilité active**,
- >> **Activités domestiques** (ménage, jardinage, bricolage, etc.),
- >> **Activités scolaires ou professionnelles**



Exercices Physiques

ensemble des activités **planifiées et répétitives** qui ne répond pas à des règles de jeu.



- >> course à pied, yoga, cardio renforcement musculaire, étirements, musculation, etc.

>> **Forme-santé / Bien-être santé :**

déclinaison des exercices avec des conditions de pratique adaptées à un public cible dans un but de maintien de la santé (ex : gym sur chaise pour les personnes âgées, marche aquatique pour les maladies cardiovasculaires, etc.)



Activités Sportives

"ensemble des exercices physiques se présentant sous forme de jeux individuels ou collectifs, donnant généralement lieu à compétition, pratiqués en observant certaines règles précises." (Larousse)



>> **Sport** : ensemble des activités sportives (basket-ball, athlétisme, etc.)

>> **Parasport** : sous-ensemble des sports adaptés aux personnes en situation de handicap :

- Handisport : handicaps visuels, auditifs ou moteurs (cecifoot, basket-fauteuil, volley assis, etc.)
- Sport adapté : handicaps psychiques ou mentaux (natation adaptée, tennis de table adaptée, etc.)



>> **Sport-santé** : A la croisée du sport et du parasport, le sport-santé englobe des activités sportives réalisées à des fins de santé en **prévention primaire, secondaire ou tertiaire**, avec des conditions de pratiques assouplies et personnalisées, notamment pour les personnes avec une pathologies chroniques. (Basket Santé, Rugby Santé, Tennis Santé, etc.)



L'Activité physique adaptée ou APA est "la **pratique dans un contexte d'activité du quotidien, de loisir, de sport ou d'exercices programmés**, [...] basée sur les aptitudes et les motivations des personnes ayant des besoins spécifiques qui les empêchent de pratiquer dans des conditions ordinaires. [...] afin de réduire les facteurs de risque et les limitations fonctionnelles liées à l'**affection de longue durée**, à la **maladie chronique** ou à des situations de **perte d'autonomie** " (article D.1172-1, Code de la Santé Publique).

Au-delà des initiatives autonomes, les APA sont encadrées (labellisation fédérale, formation éducateur, etc.) :

- l'APA : dénomination normalement réservée aux activités encadrées par des enseignants APA (licence et/ou master STAPS APA) ;
- le **sport-santé** et le **forme/bien-être santé** avec des programmes ouverts à tous, pluri-pathologies ou ciblés (ex : diabète) encadrés par des éducateurs sportifs formés au sport-santé;
- le handisport ou le sport adapté pour certaines situations de handicaps et/ou de déficiences.

© Emma FOUQUET

Annexe II – Tableau des politiques publiques sport-santé et APA

Les politiques publiques encadrant le sport-santé et l'activité physique (APA) dans lesquelles s'inscrivent le pilotage et la mise en œuvre des programmes d'APA et de sport-santé dans le cadre de la prévention tertiaire.

Orientations internationales	
Plan d'action mondial pour promouvoir l'activité physique 2018-2030, OMS	Objectif 1 – Créer une société active Objectif 2 – Créer des environnements actifs Objectif 3 – Créer une population active
Global Alliance for the Promotion of Physical Activity: the Hamburg Declaration (2023) https://olympics.com/cio/news/le-cio-reaffirme-son-soutien-a-la-declaration-de-hambourg-afin-de-lutter-contre-l-inactivite-physique	Orientation 1 – Promouvoir l'activité physique en tant que remède ; Orientation 2 – Faire pression sur les décideurs ; Orientation 3 – Adapter l'activité physique à la personne, à la communauté et à son environnement ; Orientation 4 – Tirer parti des technologies les plus récentes
Cadre national sur la promotion de la santé et l'activité physique	
Code de la santé publique https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI00038886152/2023-05-25 https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI00036515270/2023-05-25	Article L 1411-1 : « La politique de santé relève de la responsabilité de l'Etat. Elle tend à assurer la promotion de conditions de vie favorables à la santé, l'amélioration de l'état de santé de la population, la réduction des inégalités sociales et territoriales et l'égalité entre les femmes et les hommes et à garantir la meilleure sécurité sanitaire possible et l'accès effectif de la population à la prévention et aux soins. » (Loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé)
Stratégie Nationale de Santé 2023-2033 (soumis à consultation) https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/projet_sns.pdf	Axe 4.1 - Permettre à nos concitoyens de vivre plus longtemps en bonne santé, par la prévention, la promotion de la santé et l'accompagnement à tous les âges de la vie 4.1.2 Promouvoir des comportements favorables à la santé tout au long de la vie 4.1.2.4 Favoriser l'activité physique et sportive de chacun, au quotidien, avec ou sans pathologie, à tous les moments de la vie
	Axe 5 - Les leviers transversaux 5.1.3 Développer et professionnaliser les métiers de la prévention en santé 5.2 Donner de nouvelles capacités d'action aux acteurs de santé dans les territoires 5.3.3 Capitaliser sur les expérimentations pour proposer des modes de financement adaptés à la mise en place de parcours coordonnés et aux évolutions du panier de soins (question du remboursement de l'APA)

Stratégie Nationale Sport Santé 2019-2024 (SNSs) https://www.sports.gouv.fr/media/2182/download	Axe 1 - Promouvoir la santé et le bien-être par l'activité physique et sportive
Programme National Nutrition Santé 2019-2024 (PNNS) https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/pnns4_2019-2023.pdf	Axe 2 – Encourager les comportements favorables à la santé • Objectif 8 – Lutter contre les comportements sédentaires Axe 4 – Impulser une dynamique territoriale • Développer, selon les orientations du projet régional de santé, des actions locales en nutrition [alimentation + activité physique] cohérente avec les orientations et le cadre national de référence défini par le PNNS
Grande Cause Nationale 2024 – Bouge 30 minutes chaque jour ! https://www.sports.gouv.fr/grande-cause-nationale-2116	Le gouvernement souhaite exploiter le rayonnement des Jeux Olympiques et Paralympiques de Paris 2024 (fenêtre d'opportunité) pour promouvoir l'activité physique et sportive. Les objectifs : • Mettre le sport au cœur des politiques publiques • Mobiliser les acteurs du sport et les différents partenaires intersectoriels pour valoriser la place du sport • Inciter les Français à bouger davantage et inscrire l'activité physique dans leur quotidien. Avec comme axes secondaires d'amélioration : l'éducation, la santé, la solidarité et l'inclusion.
Cadre national spécifique à l'activité physique adaptée	
2011	La Haute Autorité de Santé (HAS) reconnaît l'activité physique comme thérapeutique non médicamenteuse.
2016	La loi de modernisation de notre système de santé autorise les médecins traitants à prescrire de l'activité physique adaptée sur ordonnance pour les patients en affections de longue durée (ALD).
2020	Article 51 : dans le cadre d'un parcours de soins global, mise en place d'un projet d'expérimentation de la prise en charge de l'APA pour les patients ayant suivi un traitement contre le cancer porté par les ARS Grand Est et Occitanie avec un remboursement dans la limite d'un forfait de 180 €. Réflexion d'élargir le dispositif aux patients atteints de diabète de type 2. Cependant l'ARS Grand Est n'a finalement pas expérimenté le dispositif.
2022	La loi visant à démocratiser le sport en France, élargit et renforce l'encadrement de l'AP défini dans la loi de 2016 : • Ouverture du droit à la prescription d'APA pour les personnes avec une maladie chronique, des facteurs risques et/ou en perte d'autonomie en plus de ceux en ALD • Elargissement de la primo prescription d'APA à tous les médecins intervenant dans le parcours de soins du patient • Autorisation pour les kinésithérapeutes de renouveler et d'adapter la prescription initiale une fois

2023	Le rapport Charges et Produits de l'Assurance Maladie préconise que l'APA soit remboursée pour les patients atteints de cancer et de diabète.
2024	La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) : • Proposition d'un amendement par le gouvernement pour promulguer la prise en charge de l'APA pour le cancer et le diabète, puis retour en arrière avec le retrait de l'amendement par le gouvernement lui-même. • Promulgation d'un nouvel article 51 pour expérimenter dans certains régions la prise en charge de l'APA uniquement par l'APA financée via le fond d'intervention régional (FIR) des ARS)
Cadre régional	
Les politiques nationales déclinées à l'échelle régionale pour la mise en œuvre de différents dispositifs. Cela peut entraîner des disparités territoriales en matière d'offre entre régions suivant les orientations prioritaires de chacune.	
Projet Régional de Santé	Au travers du Schéma Régional de Santé (SRS) et/ou du Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des plus démunis (PRAPS), l'activité physique et la lutte contre la sédentarité peuvent être identifiées comme enjeu de santé publique prioritaire
Plan Régional Sport Santé Bien-Etre	Co-porté par l'ARS et la DRAJES, ce plan définit la politique régionale en terme d'activité physique à des fins de santé et de bien-être
Projet Sportif Territorial	Etabli par l'ARS, la DRAJES et le mouvement sportif, ce document en tant que cadre stratégique peut comporter un volet pour promouvoir les activités physiques et sportives comme un outil de santé publique
Programme Régional de sport sur ordonnance (SsO) / APA	Programme régional piloté par l'ARS pour favoriser et encourager la prescription grâce à un cadre sécurisé et partagé piloté par l'ARS. <i>Par exemple : Prescri'Forme en Ile-de-France, Prescrimouv dans le Grand Est, PEPS (prescription d'exercice physique pour la santé) en Nouvelle aquitaine.</i>
Maisons sport-santé	Afin de faciliter et de promouvoir l'accès à l'activité physique et sportive à des fins de santé et à l'activité physique adaptée au sens de l'article L. 1172-1, la maison sport-santé assure des activités : « 1° D'accueil, d'information et d'orientation du public concernant la pratique de ces activités ; « 2° De mise en réseau et de formation des professionnels de santé, du social, du sport et de l'activité physique adaptée. » (Art. L. 1173-1.-I., loi visant à démocratiser le sport en France, 2022) Depuis l'arrêté du 25 avril 2023, transfert de compétences de l'Etat (ministères de la Santé / Sports) vers les entités déconcentrées (ARS / DRAJES) en matière d'habilitation et de financement des maisons sport-santé.

Annexe III – Recensement des articles de la revue de littérature (hors contexte et ouvrages)

Articles exploratoires							
Base de données : PubMed-NIH							
N°	Titre Article	Auteur	Date	Revue	Mots Clés	Pays / région	Full text
1	Physical activity and type 2 diabetes. Recommendations of the SFD, diabetes and physical activity working group.	Duclos et al.	2013	Diabetes & Metabolism	physical activity / recommandations / type 2 diabetes	francophonie	X
2	The economic burden of physical inactivity: a global analysis of major non-communicable diseases	Ding et al.	2016	The Lancet	economic cost / physical inactivity / non-communicable diseases	international	X
3	Brindging the gap between clinicians and fitness professionnals: a challenge to implementing exerise as medicine.	Pojednic et al.	2018	BMJ Open Sport & exercise medicine	partnerships / clinicians / health clubs / fitness professionals	Etats-Unis	X
4	Key Factors Associated with Adherence to Physical Exercise in Patients with Chronic Diseases and Older Adults: An Umbrella Review	Collado-Mateo D. et al.	2021	Int J Environ Res Public Health	barriers / facilitators / physical activity / lifestyle /cardiovascular disease / obesity	Espagne	X
5	Short-and Long-term effectiveness of a physical activity intervention with coordinated action between the health care sector and local sports clubs. A pragmatic trial in Austrian adults	Titze A. et al.	2019	International Journal of environmental research and pulic health	inter-sectoral collaboration / standardised sports club programme / health care sector / physical activity / consuelling	Autriche	X
Revue de littérature							
Base de données : PubMed-NIH							
Requête Pub Med		("Mouvement"[Title/Abstract] OR "physical activity"[Title/Abstract])					
		AND ("chronic disease"[Title/Abstract] OR "tertiary prevention"[Title/Abstract])					
		AND ("Adherence"[Title/Abstract] OR "sustainability"[Title/Abstract] OR "motivation"[Title/Abstract])					
		Filtres : Abstract, Humans, English OR French, from 2018-2024					
		124 résultats					
		52 sélectionnés sur le titres					
		18 sélectionnés sur l'abstract					
N°	Titre Article	Auteur	Date	Revue	Mots Clés	Pays / région	Full Text
6	A systematic review of nudge théories and strategies used to influence adult health behaviour and outcome in diabetes management	Kwan YH. et al.	2020	Diabetes Metab.	Diabetes / Framing / Gamification / Nudging / reminders / social influence / social modelling	Singapoure	X
7	Physical activity barriers and assets in rural Appalachian Kentucky : A mixed methods study	Jones N. et al.	2020	Int J Environ Res Public Health	Physical activity / rural / socioecological model ./ community-base participatory approach	Etats-Unis / rural area	X
8	Increasing exercise adherence among elderly patients with chronic disease in primary care : a prospective cohort study	VanDerVeer S. et al.	2021	BMC Geriatr.	adherence to exercise / elderly /chronic disease	Etats-Unis	X
9	Long term sustainability of a physical activity and nutrition intervention for rural adults with or at risk of metabolic syndrome	Jancey J. et al.	2020	Aust NZ J Public Health	Chronic disease / physical activity / home-based	Australie	X
10	Capitalization of experience of physical activity resumption programs : Lessons learned for adherence and post-program referral	Riquier O. et al.	2023	Eval Program Plann	Physical activity / PA resumption program / capitalization of experience / chronic disease / sustainability	France / Ile-de-France	X
11	A lifestyle intervention program to improve knowledge and health behaviors in women	Cavenah Y. et Simerson D.	2022	Nurs Womens Health	Behavior change / chronic disease / community health / disparities / health promotion / women	Etats-Unis	
12	Predictors of adherence to physical activity guidelines in patients with diabetes mellitus in the US in 2017: an exploratory analysis.	Martinez-Harvell G. et al.	2020	PrimCare Diabtes	Chronic disease / health behavior / demography / exercise / patient compliance / socioeconomic factors	Etats-Unis	
13	Using storytelling methodology to identify barriers and facilitators of sustained physical activity in patients with a chronic disease: a qualitative study.	de Boer JJ. et al.	2022	BMJ Open	storytelling / barriers / facilitators / physical activity / chronic disease	Pays-Bas / 11 facteurs	X
14	Canada's physical literacy consensus statement : process and outcome	Tremblay MS. et al.	2018	BMC Public Health	physical literacy / consensus / health / sedentary behaviour / motivation / confidence	Canada	X
15	Barriers and facilitators in dietary and physical activity management of type 2 diabetes : perspective of healthcare providers and patients	Tripathi D. et al.	2023	Diabetes Metab Syndr	barriers / facilitators / type 2 diabetes / healthcare providers	Inde	X

16	Does legislative framework favors prescription of physical activity in primary care ? The French experience.	Charles M. et al.	2021	Phys Sportsmed	physical activity / prescription / primary care / chronic disease management / exercise / public health policy	France - Auvergne Rhône-Alpes	X
17	Moderate physical activity and healthy eating habits among older African American women with diabetes and hypertension: a qualitative study of barriers and facilitators	Redmond ML. et al.	2023	Ethn Health	chronic disease / health behavior / physical activity / women's health	Etats-Unis	
18	A systematic review and meta-analysis of adherence to physical activity interventions among three chronic conditions: cancer, cardiovascular disease, and diabetes.	Bullard T. et al.	2019	BMC Public Health	Exercise adherence, dropout, chronic disease, diabetes	Etats-Unis / Canada	X
19	How to recruit inactive residents for lifestyle interventions: participant's characteristics based on various recruitment strategies.	Smit E. et al.	2021	Health Promot Int	health promotion, primary care, physical activity, recruitment strategy, care sport connector	Pays-Bas	X
20	The HANS KAI project: a community-based approach to improving health and well-being through peer support	Henteloff A. et Wall H.	2018	Health Promot Chronic Dis Prev Can	health promotion, chronic disease, prevention, social support, peer group, self-help groups	Canada / urban settings	X
21	How much do preventive health behaviors explain education and income-related inequalities in health? Results of Oaxaca-Blinder decomposition analysis.	Kino S. et Kawachi I.	2020	Ann Epidemiol	socioeconomic factors / inequalities / health behavior	Etats-Unis	X
22	Movement through active personalised engagement (MAP) - a self-management programme designed to promote physical activity in people with multimorbidity: study protocol for a randomised controlled trial.	Daloso H. et al.	2018	Trials	primary care, multimorbidity, physical activity, self-management, patient education	Royaume-Uni	X
23	The effect of a patient activation tailored intervention on type 2 diabetes self-management and clinical outcomes: a study from Saudi Arabian primary care settings.	Almutairi N. et al.	2023	J Diabetes Res	patient activation / tailored intervention / T2DM / self-management	Arabie Saoudite	X

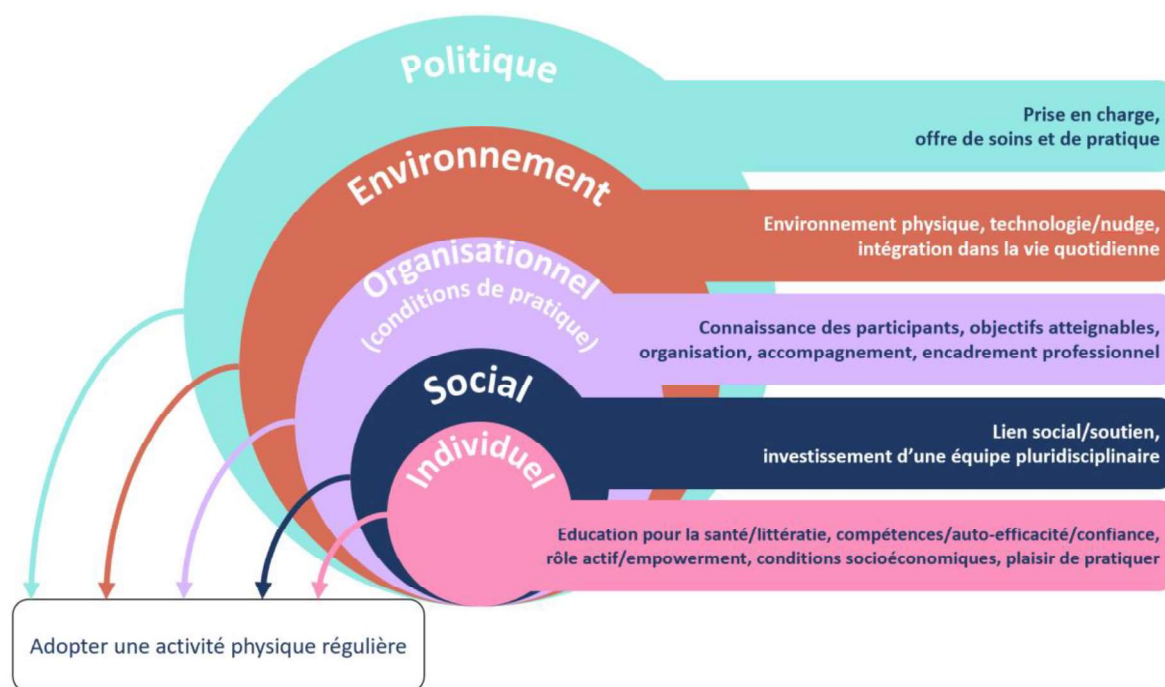
Annexe IV – Grille de lecture

Grille de lecture			
Echelon du modèle socioécologique	Facteur identifié	Facilitateurs	Freins
Déterminants individuels	Education à la santé et littératie	"in rural areas. Individual-level barriers to activity include [...] lack of knowledge on how to practice, and lack of understanding of health impacts." (7) // "lack of knowledge" (8) "participants education, adequate expectations and knowledge about risks and benefits" (4) "Strong support for having common key messages and a common understanding of physical literacy" // "The definition of physical literacy includes four essential and interconnected elements whose relative importance may change throughout life." : motivation and confidence, physical competence, knowledge and understanding to value and take responsibility for engagement in physical activities for life (behavioural) (14) Learning / knowledge; Hans Kai improve diabetes knowledge score from 80.7 % to 93 % (20)	"in rural areas. Individual-level barriers to activity include [...] lack of knowledge on how to practice, and lack of understanding of health impacts." (7) // "lack of knowledge" (8) "low level of knowledge of the disease and its management" / "lack of diabetes education, social stigma" (15) "low level of health literacy, low level of education" (13) // "Health literacy : "Healthcare professionals expressed their inability to help patients with insufficient health literacy" / "Patients rarely addressed this topic themselves and may not be aware that healthcare professionals expect some degree of self-management." (13) "education predicts health because it is connected to health literacy and the adoption of preventive health behaviors," / "55%-90% of education-based inequalities in [...] diabetes (75 %) could be explained by health practices" (21)
	Compétences, auto-efficacité et confiance	"acquisition of necessary skills for improving health and diabetes management (importance of therapeutic education) seem to be the best guarantee for adopting and maintaining regular physical activity" (1) self-efficacy and competence, (4) // "enhanced skills" (21) // "skill and confidence" (23) "Learn skills that help to be active" / "learn skills to get back on track" (23) Trust : "approaching the patient in a positive way and proceeding step-by-step" / "trust in treatment programme" / "trust in professional" / "depends on the feeling of being understood, the social relationship and the experienced expertise of the healthcare professional"(13) "exercise significantly improved self-esteem, physical performance and functioning, fatigue, and social functioning." (18)	"stress management skills" (23) "lack of time" (5 et 7) // "lack of motivation"(7) "Temporary interruption : "temporary interruption of PA, for instance, for medical or social reasons, can be disastrous for sustained PA [...] They find it difficult to take it up again after an interruption."(13) Trust : "lack of confidence" / "limitations in bodily functioning" (13)
	Rôle actif du patient / empowerment	"participant's active role" (4) "Recognized that their county possesses valuable assets and community resources for encouraging physical activity" (7) Patient active role: "The empowerment approach "redefines the professional's role ... to one of collaborator ... [where] participants have an active role in the change process." (20) "the empowering effect of monitoring one's own health indicators" (20) / "empowering" (22)	
	Conditions socioéconomiques et financières	"provided free for charge" (5) "financial security might also promote better health by reducing stress and providing people with a sense of security about their future, which in turn, increases their motivation to invest in the future, including the adoption of preventive health behavior" (21)	"lack of money" (13) // "vulnerable and disadvantaged populations" (7) // "age-based stigma"(9) // "overweight, obesity and metabolic syndrome [diabetes] [...] being particularly prevalent in rural, remote and farming communities" (9) // "gender issues" (15) // social stigma (15) "socioeconomically challenged communities" (20) / "These problems are exacerbated in those who are elderly, from areas of high social deprivation or from black and minority ethnic backgrounds." --> inequalities (22) // "cultural barriers" (7) "financial factor" // socioeconomic inequalities, educational disparities / "Higher socioeconomic groups tended to report better quality diet and regular exercise" (21)
	Plaisir de pratiquer / Appétence pour l'activité	"enjoyment and absence of unpleasant experiences" (4) "attention for positive exercise experiences and beliefs," // "success experiences" (13) // willful enagement in self-care activities (15) // emphasize progress and feelings generated by exercise(10)	"feel anxious and inferior" // "negative effect of failure experiences" (13) Aversion to sports --> "patients not liking sports [...] but still want to be more physically active in daily life. / "unpleasant experience of body signals during intensive exercise and being related to negative exercise experiences in the past (13)

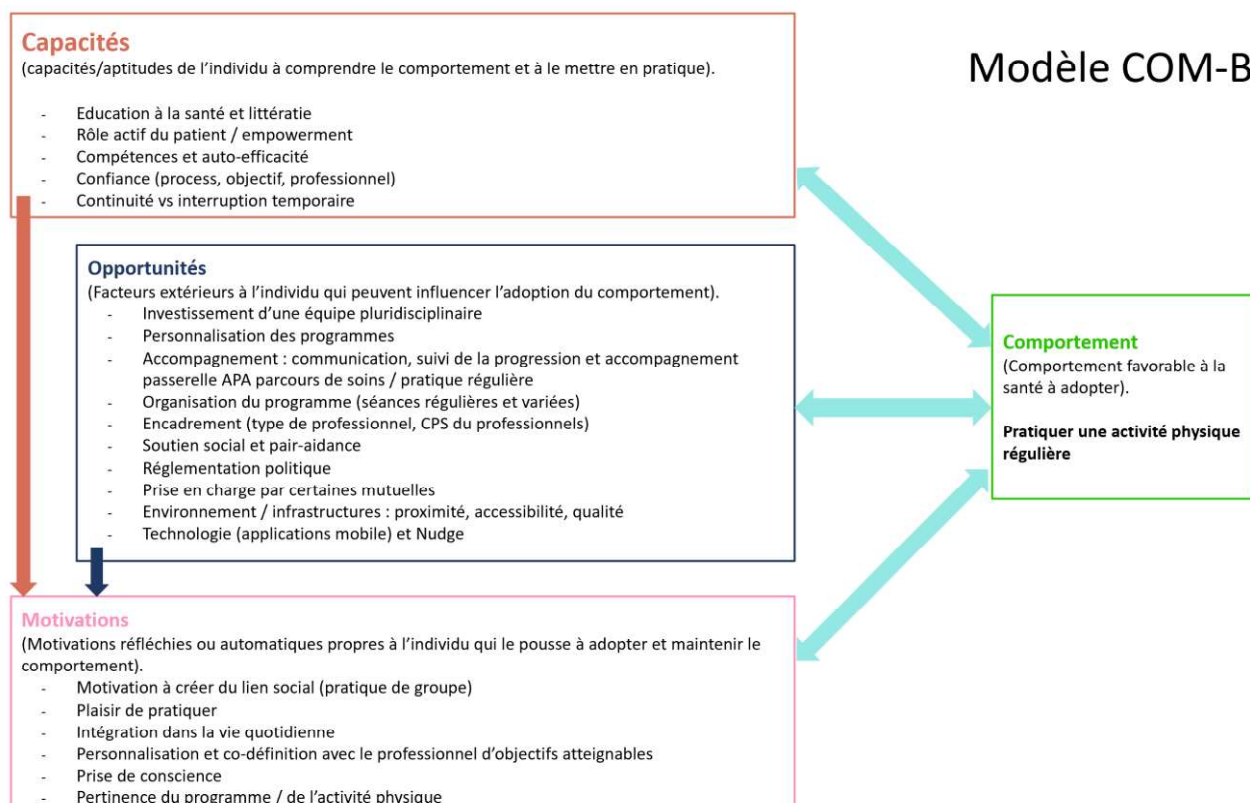
Déterminants sociaux	Soutien social et les relations	"strategies combining supervised management of physical activity in groups and with help (social, familial, patient associations, diabetes networks, etc.) [...] seem to be the best guarantee for adopting and maintaining regular physical activity (grade B level of evidence)." (1) // "social support and relatedness" (4) // "social support" (7 + 13) // Support of family members and peers (15) Group --> "patients exercise to be among people and not primarily to achieve sustained PA" (13) influence of family (17) Nudge social modeling with group meeting (6) "must look for ways to embed interventions into communities so they are sustainable" // "whereby people are paired" // "network support system" (9) // Empowerment / "Hans groups participant led" (20) peer support --> "Peer support was defined as "a system of giving and receiving help founded on key principles of respect, shared responsibility, and mutual agreement of what is helpful." / "As trust in their relationship builds, people are able to respectfully challenge each other, try out new behaviours with one another and move beyond previously held self-concepts. This is referred to as mutual empowerment." (20) in a 2008 report, 86% of residents felt that social support was key to changing behaviours related to eating and physical activity, and that it was the most important factor for joining healthy lifestyle programs." (20)	
	Investissement d'une équipe pluridisciplinaire	"Initiatives and partnerships should be cultivated to bridge the gap between physicians and fitness professionals" (3) // "integrated multi-sectoral and partnership-based approach." (5) // "the importance of good collaboration between healthcare disciplines for optimal support of the patient" (13)	"There is a meaningful trust gap between physicians and fitness professionals who may be a partner able to implement exercise and physical activity prescriptions." (3) // "There has been an increase of patients receiving advice to exercise by physicians; however, results from this study indicate that less than half of physicians familiar with HC would refer their patient to one, and only one-fifth would refer to a PT." (3)
		"involvement of professionals from different disciplines" (4) // "increased need to join forces, both within the health care sector and between the health care and other societal sectors, to successfully increase healthy lifestyles" (5)	"neither the target group nor the health staff being familiar with the available PA activities in the neighbourhood" // "they [physicians] rarely know whether the PA activity is suitable for the target group." (5) // "lack of time and expertise expressed a need for cooperation with a health professional perceived to be an expert of PA" (16)
		"Care Sport Connectors who "provides coordinated actions, such as counselling and establishing PA offers, in order to connect inactive people in primary care with PA activities in the community" (5)	"Collaboration between the health care sector and the sports sector to increase physical activity (PA) behaviour among inactive adults is still rare // The study confirms that a collaboration between the health care sector and local sports clubs is a feasible method of recruiting people into a standardised PA programme and to increase their PA over the long term." (5)
		"Care Sport Connectors (CSCs) have been appointed to create a connection between primary care and physical activity (PA) sectors to stimulate inactive residents into becoming physically active." (19) // "CSCs have an important role in strengthening intersectoral collaboration and that CSCs collaborate with professionals from the primary care, PA and welfare sectors." (19)	"Suboptimal prerequisites and collaboration between healthcare professionals negatively influence their PA. They underlined the importance of communication (making appointments) and personal contact (group size, personal attention in group). The healthcare professional mainly mentioned financial, material and logistical prerequisites." (13)
Déterminants organisationnel liés aux conditions de pratique de l'APA dans le parcours de soins	Connaissance des participants et personnalisation selon les conditions physiques du patient et ses désirs/préférences	"initial exploration of participants' characteristics, barriers, and facilitators" (4) // "patient-centered approach to exercise" (8) // "tailored" (22) // "patient activation-tailored intervention" (23) // "tailored training programmes" (13) // "customised PA as a motivator" / "customised PA should match the capabilities of people (physically and cognitively) and their wishes and preferences." (13) // "tailored care" (15) "proposing a truly supervised and individualized pathway to encourage continuing the practice" (10)	"health condition" (7) // compromised health (20) // "fatigue, pain" [caused by the disease] (18) // "Individuals living with chronic disease must cope with a plethora of unique barrier to exercise (e.g., disease-specific symptoms, comorbidities, fatigue) that are irrelevant for healthy populations. (18)
	Définition d'objectifs atteignables	"goal setting" (4) // "There was a relationship between participant level activity and making small changes to be more active" (7) Meaningful purpose --> "motivates them to keep moving" / "link goals to a patient's meaningful activities" / "motivates a patient to persevere" (13)	"lack of clarity in programs objectives" (10)

	Organisation du programme en détail et prescription	"characteristics of the exercise program"(4) // "importance of therapeutic education" (1) // Physical activity for Type 2 diabetes patients : "three basic principles should be encouraged and implemented together [...] combating sedentary lifestyle [...] increasing physical activity in life [...] practicing structured physical and/or sports activities." (1) Increasing awareness --> "education or confrontation"(13) "What are the objectives of the program?"(10) // Which field mechanisms are used to ensure adherence to practice during programs ? (10) Article 23 : scalable and evolve programme with regular follow-up : Activation intervention for PA n°1 : "Provide basic information about physical activity and its benefits / Address current physical activity level and take small step to change" Activation intervention for PA n°2 : "Learn skills that help to be active / Discuss personal barriers and facilitators of being active / Take small step to increase physical activity level" Activation intervention for PA n°3 : "Discuss the elements of a well-rounded fitness plan / Try to follow guidelines for physical activity / Address the challenges and barriers" Activation intervention for PA n°4 : "Maintain Physical activity / Anticipate the different situation and learn skills to get back on track / Set some physical activity goals"	"Patients with poor health, daily smoking, obesity, or kidney disease may benefit from targeted interventions to accomplish their physical activity recommendations. // 46.5% of participants with diabetes adhered to the physical activity guidelines." (12)
	Accompagnement : communication, suivi progression et accompagnement passerelle	"supervision" // "communication and feedback" // "available progress information and monitoring" (4) // continuous counseling of patients and regular follow-up(15) Which referral mechanisms are used to ensure patient's continuation of PA after the programs ?(10) "the variation and adaptation of content to the particular needs of the audience; ensuring the safety participants; engagement, highlighting progress and feelings of well-being generated by the PA; and the quality of social relationships, both with the APAT and with others patients."(10) "Ideally, there would be regular follow-up appointments throughout the program to examine future goals"(8)	"Because behavior change takes time, follow-up at the 6-month and 1-year intervals is recommended to determine longer-term outcomes."(11) "adherence to physical activity prescriptions among patients with chronic disease are more likely to occur when they are individualized to the patient, initially supervised, and include both aerobic and strength components."(18) "adherence to the practice during programs is paramount initially, it is not sufficient to ensure sustained practice after these time-limited programs, hence the importance of patient referral work"(10)
	Encadrement (type de professionnel, formation)	"Multiple studies have shown that physicians are the preferred source of encouragement for exercise"(8) "educators with "specific training" / "master's degree (or at least bachelor's degree) in APA" / "human qualities (empathy, listening, adaptation)"(10)	"What skills are required to provide patient supervision ?" (10) // Health literacy : "Healthcare professionals expressed their inability to help patients with insufficient health literacy" / "Patients rarely addressed this topic themselves and may not be aware that healthcare professionals expect some degree of self-management."(13) "many physicians not counsel or monitor the physical activity behaviors of their patients" / "[Physicians] perceived barriers to exercise counseling and monitoring include lack of time, knowledge, training, and instruments or materials."(8) "The first barrier evoked by GPs was not being aware of where and whom to address patients for an adapted PA program. The second was the lack of medical training in the use of PA as therapy. Poor patient motivation for PA was frequently pointed out by Gps(16) // [general practitioner's] "GPs to refer to lifestyle intervention in regard to their own attitudes, social norms, and perceived behavioral control. Reasons such as lack of time, lack of training, distrust, and organizational issues also significantly prevent GPs from prescribing PA."(16)
	Déterminants environnementaux	Environnement "physical environment"(7) // "accessible facilities"(13) recreational PA and promotion of indoor-activities (15) Technologie et nudge "technology"(4) // "network support system"(9) // "gadget and media"(15) // "including digital tools (e.g. e-mail, websites) should be used in promoting PA."(19)	"by lack of infrastructure and services"(9) // "Community-level barriers are attributed to the physical environment, including lack of community-level barriers are attributed to the physical environment, including lack of access to safe spaces for activity and sidewalks [16]. Policy implications lend opportunities to explore neighborhood, cultural, and social norms and the encompassing impact these can have on physical activity engagement within rural communities."(7) // "Lack of space" / "Access to facilities or space to be active" / "transportation" / "characteristic of rural areas" (7) "The area lacks recreational facilities" (20) // "lack of infrastructures"(15) "excess use of gadgets"(15)
		Nudge : "Gamification, which uses game design elements in non-game contexts, taps on an individuals desire to progress and earn points in a game setting to change health behaviour" --> mobile application, pedometer/device // Nudge reminders with pedometer (6)	"Patient characteristics such as country of residence and baseline self-efficacy may contribute to the conflicting results [of nudge] reported"(6)
	Intégration dans la vie quotidienne	"Integrating in daily living"(4) // "combating sedentary lifestyle [...] increasing physical activity in life [...] // "the practice of regular physical activity significantly improved glycaemic control, with a mean decrease in the HbA1c of 0.6% (95% confidence interval [CI]: -0.9 to -0.3; P < 0.05)." (1) "Increase exercise adherence that was both effective and time-efficient for physicians and their patients"(8) "Facilitators were a routine of regular physical activity, awareness of healthy food choices"(17)	"Access to proper clothing or shoes for activity"(7) // "Reliable childcare"(7) // "weather"(7) // "weather and pollution" (15) "lack of time / work-life balance and unsupportive relationships"(20)
Déterminants politiques	Politiques (prise en charge, MSS, uniformisation)	"help tailor public health interventions that focus on rural communities [...] to guide the development of multifaceted interventions to reduce the challenges to being physically active and increase community supports and resources for promoting PA"(7) "expected benefit for patient health, efficiency of a written prescription, and the role assumed by GPs was high"(16) // "a written prescription would be helpful to improve PA practice" (16) these schemes have been proven effective in leading patients to regular PA 6 to 24 months after the prescription // Although the legislative framework given to PAP in France was associated with 12 % increase in the number of prescribers, PA remain poorly prescribed in primary care, even among the most motivated physicians (16)	"lack of standard guidelines and operating procedures as barriers to referral."(5) // "the problem of relative confidence in the certification system. It doesn't seem to be the double labeling (Regional Health Agency and Ministry of Sports) that's causing the confusion, but rather the great differences between structures bearing the same label(s)."(10) "The regional website containing the PAP registration procedure designed by sports instructors with specific professional training was unknown for 91 % of the online participants and 95 % of the GPs interviewed at the office."(16) "it is important to promote PA using an integrated approach wherein policy can play a necessary and stimulating role."(19)
--> Développer une intervention multi-facettes et intersectorielle			
"tailor future interventions focused on expanding social support, designing infrastructure, and creating policies that promote physical activity."(7)			
"Strategies and activities to promote adherence should be patient-centric, collaborative, and multi-disciplinary to bring positive behavioral changes"(15)			

Annexe V – Modèle socioécologique pour l'adoption d'une activité physique régulière en prévention tertiaire. (Crédit : Emma Fouquet, adaptation du schéma de Jones et al., 2021 selon la présente revue de littérature)



Annexe VI – Modèle COM-B (Crédit : Emma Fouquet, selon la présente revue de littérature)



Annexe VII – Guide d’entretien associations de patients (bénévoles et patients)

Le guide d’entretien a été décliné en 3 versions pour s’adapter aux 3 publics interrogés, à savoir les associations de patients, les associations spécialisés en APA /sport-santé, les associations sportives locales.

Objectifs du mémoire

- Identifier les facteurs de la pérennisation de l’activité physique (freins et leviers)
- Documenter les programmes et politiques publiques relatives à l’APA et le diabète
- Formuler des recommandations pour améliorer les pratiques et politiques.

Objectifs de l’entretien

- Connaître l’offre d’AP proposé par le réseau d’associations de la FFD
- Recueillir l’expérience patient / avoir des témoignages d’expériences vécues
- Avoir un aperçu de la place de l’AP dans le parcours de soins (freins et non recours)

A/ Le profil de la personne

1/ Pouvez-vous vous présenter ?

2/ Quelle est votre histoire avec le diabète ?

B/ L’association comme actrice de la promotion de l’AP

Focus 1 : Engagement au sein de la Fédération/association

3/ Est-ce que vous pouvez me parler de votre engagement au sein de la Fédération ?

Focus 2 : L’offre d’AP

4/ Que proposez-vous aux adhérents en lien avec l’AP ?

- Activité ponctuelle ou régulière, café diabète, rencontre Elan Solidaire
- Place de l’AP dans la gestion du diabète
- Animation par bénévoles et/ou EAPA, assos, pro de santé...
- Types d’AP
- Lieu
- Publics participants (profil) → place des jeunes et des actifs

5/ Quels sont les demandes / retours des adhérents sur l’AP ?

6/ Comment encouragez-vous les adhérents à faire de l’AP ?

7/ Quels sont les difficultés rencontrées par l’association dans l’organisation d’AP ? (Lieu, intervenant, coût financier...)

8/ Quels sont les effets de vos actions sur le maintien de l’AP ?

C/ Expérience patient

Focus 1 : L’activité physique dans le parcours de soins (prescription d’APA, financement APA, orientation et accompagnement).

9/ Avez-vous déjà participé à un programme d’ETP dans le cadre de votre diabète ?

- Si oui, avez-vous parlé / pratiqué une AP dans le programme d’ETP ?

10/ Avez-vous déjà parlé d’AP avec votre médecin traitant et/ou diabétologue ?

11/ Avez-vous déjà eu une prescription d’APA par un médecin ? → Si oui,

- Prescripteur ? (médecin traitant, diabéto, cardio...)

- Bilan médico-sportif : professionnels ? structures ?

12/ Avez-vous déjà participé à un programme d'APA ? → Si oui,

- Lieu réalisation de séances? (Cabinet libéral, MSS, associations locales)
- Professionnel encadrant les séances ? (Kiné, ergo, psychomot, EAPA, éducateur sportif)
- Comment avez-vous vécu le programme, votre perception ?
- Aide de votre mutuelle pour financer le bilan et/ou les séances d'APA ?

13/ Connaissez-vous les maisons sport-santé ? En avez-vous déjà fréquenté une ?

Focus 2 : L'activité physique dans le quotidien (transition des programmes APA à la pratique régulière, lisibilité de l'offre existante, difficultés, financement)

14/ [Si la personne a suivi un programme APA dans le parcours de soins] ☐ Comment avez-vous été accompagné pour la transition entre le programme d'APA et la continuité de l'AP ?

15/ Comment bougez vous au quotidien ? (sport/AP, fréquence, autonomie/association...)

16/ Qu'est-ce qui vous motive à avoir une AP quotidienne/régulière ?

17/ Est-ce que votre diabète a déjà été un frein à votre pratique ? Comment gérez-vous votre diabète pendant l'AP ? Est-ce que vous observez les effets de l'AP sur votre diabète ?

18/ Avez-vous rencontré des difficultés pour pratiquer régulièrement ? Si oui lesquelles ?

- Motivation en autonomie, accès à l'équipement, manque de soutien ?
- Est-ce que l'aspect financier est un frein pour vous à la pratique ?

19/ Selon-vous, quels sont les facteurs facilitant et ceux freinant la pratique régulière d'AP ?

20/Quels conseils donneriez-vous à une personne atteinte de diabète pour bouger plus au quotidien?

Est-ce qu'il y a des choses qui vous semblent importantes que nous n'avons pas abordées ?

Remercier la personne pour le temps accordé pour l'entretien, rappeler que son contenu est strictement anonyme et ne sera pas publié. L'entretien est utilisé dans le cadre du mémoire pour l'EHESP et pourra être transmis à la fin si la personne interrogée en fait la demande.

Annexe VIII – Guide d’entretien associations nationales d’activité physique (APA et/ou sports/activités de loisirs)

Objectifs de l’entretien

- Connaître l’offre d’AP-santé proposé par des associations spécialisées
- Avoir un aperçu de la place de l’AP dans le parcours de soins (freins et non recours) et de l’articulation milieu médical / association (passerelle)

A/ Le profil de la personne

1/ Pouvez-vous vous présenter ? → formation / missions

B/ La structure

- Ville/Département :
- Type de structure :
- Professionnels intervenant (éducateur sportif, EAPA, bénévole...)

C/ L’offre sport-santé

Focus 1 - Conception

Quelle est l’offre de l’association concernant les maladies chroniques ?

Séances individuelles et/ou collectives ? → critères

Est-ce que vous proposez des séances de SSO et SSBE ?

Comment la mettez-vous en place ?

Quel est le parcours/les étapes pour mettre en place des activités APA ?

- agrément ?
- recrutement ?
- partenaires ? (opérationnels, financiers, relais communication)
- lieux ?

Focus 2 - Mise en oeuvre

- Comment vous adapter et personnaliser les activités (liberté du chargé de prévention, coordination programmes au niveau régional/national ?
- Programme mono ou pluri activités proposées
- Programme mono ou pluri pathologies
- Public accompagné ? (âge, pathologies, ordonnance ou non, comment ils vous connaissent)
- Quelles sont vos méthodes pour accompagner ces publics et leur (re)donner envie de pratiquer une activité physique au quotidien, pour les motiver tout au long du programme ?
- Coût de l’adhésion / des séances (que comprend le prix, paiement en plusieurs fois, éligible pass sport, aide mutuelle, remboursement CE)
 - Ligne directrice de la structure sur le coût ?
- Est-ce que vous collaborez avec les MSS pour le sport sur ordonnance, comment cela s’articulent, qui fait quoi ?

Focus 3 - Pérennisation / Evolution de l’offre

- Quels sont les retours des pratiquants ? Est-ce qu’ils ont satisfaits, est-ce qu’ils se réorientent vers d’autres associations ?
 - Est-ce qu’ils évoquent des freins à une pratique régulière
- Vos programmes sont des programmes temporaires ou ils peuvent s’inscrire dans la durée ?
 - Si oui,
 - Si non, est-ce que vous les accompagner vers une activité pérenne dans une association locale ?

- Aujourd'hui, quels sont les freins auxquels vous êtes confrontés, que ce soit pour pérenniser vos activités ou les faire évoluer ?
- (Pour l'association spécialisée en APA) → l'association étant développée à l'échelle européenne, est-ce que vous collaborez sur l'AP en prévention tertiaire que ce soit au niveau de la recherche, du plaidoyer, de la création de programmes communs ?

Est-ce qu'il y a des choses qui vous semblent importantes que nous n'avons pas abordées ?

Annexe IX – Guide d’entretien club omnisports

Objectifs de l’entretien

- Connaître l’offre d’AP-santé proposé par des associations sportives locales hors parcours de soins

A/ Le profil de la personne

1/ Pouvez-vous vous présenter ?

B/ La structure

- Ville/Département :
- Type de structure :
- Professionnels intervenant (éducateur sportif, EAPA, bénévole...)

C/ L’offre sport-santé

Focus 1 - Conception

Qu’est-ce qui a amené l’association à créer une section sport santé ?

- 2 axes : SSO et SSBE penser en même temps ?

Quel a été le parcours/les étapes pour mettre en place cette section ?

- agrément ?
- recrutement ?
- partenaires ? (opérationnels, financiers, relais communication)
- qu’est ce qui a motivé le choix de petits groupes ?

Focus 2 - Mise en oeuvre

- Pour le sport sur ordonnance, comment s’articulent les étapes avec la MSS, qui fait quoi ?
- Quels professionnels animent/encadrent les séances ? (formation STAPS-APA)
- Comment vous adapter et personnaliser les activités
- Créneaux dédiés au SSO ou créneaux sport-santé global
- Public accompagné ? (âge, pathologies, ordonnance ou non, comment ils vous connaissent)
- Quelles sont vos méthodes pour accompagner ces publics et leur (re)donner envie de pratiquer une activité physique au quotidien, pour les motiver tout au long du programme ?
- Coût de l’adhésion (que comprend le prix, paiement en plusieurs fois, éligible pass sport, aide mutuelle, remboursement CE)

Focus 3 - Pérennisation / Evolution de l’offre

- Quels sont les retours des pratiquants ? Est-ce qu’ils ont satisfaits, est-ce qu’ils se réorientent vers d’autres sections de l’ASE
 - Est-ce qu’ils évoquent des freins à une pratique régulière
- Pour les bénéficiaires du sport sur ordonnance, comment pérenniser l’activité physique une fois la prescription finie ?
- Variété des activités proposées
- Vous proposez de la formation APA/sport-santé aux éducateurs des autres sections de l’ASE
- Aujourd’hui, quels sont les freins auxquels vous êtes confrontés, que ce soit pour pérenniser la section ou la faire évoluer ?
- Quels conseils donneriez-vous à une association sportive qui veut développer une section sport-santé ?

Est-ce qu’il y a des choses qui vous semblent importantes que nous n’avons pas abordées ?

Les annexes suivantes sont à destination uniquement du jury, elles seront à supprimer après la soutenance.

FOUQUET	Emma	12 septembre 2024
Master 2 – Promotion de la santé et prévention		
Promotion 2023-2024		
Promouvoir et maintenir l'activité physique régulière en prévention tertiaire : une étude exploratoire sur le cas du diabète		
PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : EHESP		
Résumé : Ces dernières années, le terme d'activité physique adaptée (APA) a fait son entrée dans le monde de la santé pour désigner l'offre d'activité physique à des fins thérapeutiques pour les patients avec une pathologies chroniques et/ou en situation de risques, de fragilités. Bouger régulièrement est un allier essentiel dans la gestion des pathologies chroniques, cela permet de limiter l'aggravation de la maladie et de réduire le risque de complications. Toutefois, des difficultés dans le maintien pérenne de la pratique sont observées. Si cette étude s'appuie principalement sur l'exemple du diabète, un des leviers est au contraire de sortir de la maladie variant les profils. La personne doit pratiquer pour soi et non pour sa maladie. Individuels, sociaux, organisationnels, environnementaux, politiques, les leviers pour pérenniser l'activité physique en prévention tertiaire sont multiples et se manifestent à différents échelons. La logique d'intervention identifiée est d'encourager une dynamique multifacette avec des collaborations intersectorielles entre les professionnels de la santé et de l'activité physique avec un accompagnement évolutif des pratiquants vers leur autonomisation. Au-delà des bienfaits de l'activité physique, les pratiquants atteints d'une pathologie chronique comme le diabète, le lien social, le plaisir de pratiquer et le partage sont les forces motivationnelles pour adopter des habitudes de vie active durables.		
Mots clés : Activité physique, diabète, pérennisation, APA, freins, leviers, collaboration, empowerment, lien social, plaisir, intervention multifacette		
<i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i>		