



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Master « Conduite de Projets & Développement des Territoires »

Spécialité « Conduite de Projets en Sport, Santé et
Société »

Parcours « Activités corporelles, Santé et Société »

Mémoire de fin d'études présenté pour l'obtention du grade de master

**Amélioration et développement d'un programme d'éducation
thérapeutique du patient :
« Nutrition et Activité Physique Adaptée »**

Présenté par

Johanne LANGLOIS

Maître de stage : Vanessa ROUGIER, coordinatrice régionale des activités de promotion de la Santé et responsable du programme « Priorité Santé Mutualiste », Mutualité Française Champagne-Ardenne, Reims.

Guidant universitaire : Anne VUILLEMIN, Maître de conférence à l'UFR STAPS, Université Henry Poincaré, Nancy.

Juin 2011

Remerciements

« Mes remerciements les plus sincères à ceux qui ont contribué de près et de loin à l'élaboration de ce mémoire ».

Tout d'abord, je tiens à remercier le directeur général de la Mutualité Française Aube et Marne, M. Bonichon F. et son équipe du Centre de Santé Mutualiste à Troyes qui m'ont accueillie si chaleureusement dans leurs locaux.

Je remercie particulièrement l'équipe de prévention de la Mutualité Française Champagne-Ardenne (MFCA) : Mlle Rougier Vanessa, ma tutrice de stage et coordinatrice régionale des activités de prévention de la santé, Mlle Maillard Cécile et Mlle Copinne Élodie, les deux responsables des activités de prévention de la santé ainsi que M. Blaud O., vice-président de la Mutualité Française Champagne-Ardenne qui m'ont accompagné et soutenu tout au long de mon stage.

Le Dr Grillon Jean-Luc, médecin conseiller à la Direction Régionale de la Jeunesse et des Sports et de la Cohésion Sociale (DRJSCS), a occupé une place importante dans mes recherches et je souhaite sincèrement le remercier pour son dévouement à mon égard et son investigation dans les actions « sport santé » menées en collaboration avec la MFCA et le Réseau Sport Santé Bien-être dans lequel il est très investi.

Je tiens à remercier tous les partenaires de la Mutualité Française Champagne-Ardenne ainsi que M. Benghenaia Karim, éducateur médico-sportif de l'Unité Transversale d'Education du Patient de Troyes, M. Bigot Jacques, professeur de sport à la Direction Départementale de la Cohésion Sociale et de la Protection des Populations de l'Aube et M. Laurent J. le président de l'Office des Sports de Reims qui ont accepté de me recevoir et qui rendu possible mes recherches.

Je souhaite remercier également mon jury pour leurs investigations dans ce mémoire et plus particulièrement Mme Vuillemin Anne, ma tutrice de mémoire.

SOMMAIRE

Introduction	5
<hr/>	
Partie 1 Contexte	8
<hr/>	
I PROMOTION ET PREVENTION DE LA SANTE.....	9
II EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT	16
III PROGRAMME « NUTRITION ET ACTIVITE PHYSIQUE ADAPTEE » DE LA MUTUALITE FRANÇAISE CHAMPAGNE-ARDENNE.....	26
<hr/>	
Partie 2 Méthodologie.....	35
<hr/>	
I METHODE D’ELABORATION DES ACTIONS ET DES OBJECTIFS	36
II PROTOCOLE DE PREPARATION ET DE REALISATION	38
<hr/>	
Partie 3 Résultats	51
<hr/>	
I LA RENCONTRE REGIONALE	52
II RENCONTRES DES PARTENAIRES ET SPECIALISTES	65
III PREPARATION DE L’EVALUATION QUADRIENNALE	77
<hr/>	
Partie 4 Analyse/Discussion.....	83
<hr/>	
I ANALYSE DES RESULTATS.....	85
II PROPOSITIONS METHODOLOGIQUES D’AMELIORATION.....	91
III DISCUSSION SUR LA PLACE DE L’AP DANS L’ETP	97
<hr/>	
Conclusion	100
<hr/>	
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	102
ANNEXES.....	106

une opportunité pour développer et améliorer son programme « NAPA » et tendre à une labellisation ETP régionale d'ici 2013. Pour autant, vu l'organisation structurée et coordonnée que nécessite cette démarche depuis 2010 et même si la MFCA peut s'appuyer sur le modèle du programme « NAPA » au bois, elle se doit de réviser la structuration et la mise en œuvre des activités du programme régionalement : des partenaires multiples, des pratiques diverses et une souplesse de mise en œuvre.

Aujourd'hui, si ce contexte actuel du programme « NAPA », fait émerger des besoins et des opportunités, par quels moyens et dans quelles mesures améliorer et développer le programme pour tendre à une labellisation régionale d'ici 2013 ?

Ainsi, dans une première partie sera explicité le contexte de mise en œuvre du programme « NAPA » pour permettre de dégager les principaux enjeux de cette démarche d'amélioration et de développement. Dans une seconde partie, sera expliquée la méthode entreprise pour favoriser cette démarche. Puis les résultats des investigations menées seront présentés dans une troisième partie, pour être finalement analysés dans une dernière partie et permettre l'expression de nouvelles perspectives et de propositions méthodologiques d'amélioration pour le programme « NAPA » dans ce projet complexe.

Partie 1 Contexte

I	PROMOTION ET PREVENTION DE LA SANTE.....	9
I.1	Sédentarité et alimentation	9
	<u>Sédentarité en Champagne-Ardenne</u>	<u>9</u>
	<u>Alimentation en Champagne-Ardenne</u>	<u>10</u>
I.2	Pathologies chroniques associées.....	11
	<u>Obésité et surpoids</u>	<u>11</u>
	<u>Pathologies associées au surpoids et à l'obésité</u>	<u>12</u>
I.3	Sport santé	13
	<u>Les bienfaits de l'activité physique</u>	<u>13</u>
	<u>Le sport pour tous</u>	<u>14</u>
II	EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT.....	16
II.1	Education pour la santé et thérapeutique.....	16
	<u>Définition de l'éducation pour la santé</u>	<u>16</u>
	<u>Définition de l'éducation thérapeutique du patient</u>	<u>17</u>
II.2	Fondement du développement de l'ETP	18
	<u>Les caractéristiques de la maladie chronique et son évolution</u>	<u>18</u>
	<u>Les dépenses en santé</u>	<u>19</u>
	<u>Un axe stratégique politique fort, une reconnaissance législative</u>	<u>19</u>
II.3	Programmes d'ETP	21
	<u>Une démarche structurée et coordonnée</u>	<u>21</u>
	<u>Les acteurs de l'ETP</u>	<u>24</u>
III	PROGRAMME « NUTRITION ET ACTIVITE PHYSIQUE ADAPTEE »....	26
III.1	Mutualité Française Champagne-Ardenne.....	26
	<u>Présentation générale</u>	<u>26</u>
	<u>Service promotion et prévention de la santé</u>	<u>26</u>
III.2	Programme « NAPA » depuis 2004.....	27
	<u>Historique</u>	<u>27</u>
	<u>Définition du programme</u>	<u>28</u>
	<u>Les acteurs du programme</u>	<u>30</u>
	<u>Spécificité auboise</u>	<u>32</u>
III.3	Amélioration et développement régional	32
	<u>Constat</u>	<u>32</u>
	<u>Opportunités et objectifs</u>	<u>34</u>

I PROMOTION ET PREVENTION DE LA SANTE

Avec un taux de décès prématuré de 28,8 % - soit +1,5 points supérieur à la moyenne nationale - la Champagne-Ardenne a une situation préoccupante et nécessite que l'on y porte attention [6].

Effectivement, les modes de vie ont particulièrement évolué ces dernières années, influençant certains facteurs protecteurs de santé² : l'activité physique et l'alimentation [7].

I.1 Sédentarité et alimentation

Sédentarité en Champagne-Ardenne

Depuis la seconde partie du XXème siècle, la sédentarité s'est accrue en France et notamment celle de la population Champardennaise [7]. En 2009, elle est supérieure à la moyenne nationale sur les tranches 35-54 ans et 55-75 ans.

Tableau 1. Sédentarité par âge et par sexe, 2009 [8]

Champagne-Ardenne			France métropolitaine	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
18-34 ans	36,6 %	51,8 %	55,6 %	54,7 %
35- 54 ans	40,3 %	34,3 %	46,2 %	33,8 %
55- 75 ans	39,9 %	25,9 %	29,3 %	20,8 %

² La santé est « l'état complet de bien-être physique, mental et social et non pas seulement une absence de maladie ou d'infirmité ». Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 1946.

Effectivement, même si le taux de sédentarité pour les hommes Champardennais reste inférieur à la moyenne nationale pour la tranche 18-54 ans, il demeure significativement élevé en Champagne-Ardenne comme en France.

Alimentation en Champagne-Ardenne

Par ailleurs, dépendant principalement des budgets, de l'offre alimentaire, des perceptions et des connaissances en matière d'alimentation [8], les consommations et les habitudes alimentaires ont également évolué.

Au regard des repères du PNNS³, la consommation alimentaire des Champardennais est quasiment respectée, notamment pour la consommation de féculents et de viandes, poissons, œufs.

Tableau 2. Connaissances et respect des repères du PNNS en Champagne-Ardenne, 2009 [8]

Groupes d'aliments	Connaissances des repères du PNNS	Consommation conforme aux repères du PNNS pour les personnes qui les connaissent
Fruits et légumes	59,2 %	11,6 %
Féculents	10,4 %	72,1 %
Produits laitiers	22,8 %	36,4 %
Viande poisson œufs	69,5 %	86,3 %

Cependant, les données de ce tableau 2 sont à traiter avec attention. Même si la consommation alimentaire semble conforme pour certains groupes d'aliments, elle ne l'est pas pour tous. Il reste à améliorer celle des fruits et légumes et des produits laitiers. De plus, la conformité des consommations aux repères du PNNS, concerne les

³ Le PNNS a traduit les objectifs nutritionnels de Santé Publique en 9 repères pour le grand public.
<http://www.mangerbouger.fr/pnns/recommandations-de-sante-publique/les-reperes-nutritionnels.html>

Champardennais qui les connaissent. Ainsi, il est possible de s'apercevoir que les connaissances demeurent relativement faibles pour les féculents et les produits laitiers.

Par ailleurs, globalement en France, il est important de relever que la consommation des produits non recommandés, type produits sucrés et boissons alcoolisées, ont augmenté depuis ces dernières années [8].

I.2 Pathologies chroniques associées

Les enquêtes de Santé Publique confirment les liens existants entre ces nouveaux modes de vie et le développement de pathologies. En effet, la sédentarité et l'alimentation des Champardennais sont susceptibles d'engendrer des pathologies chroniques⁴.

Obésité et surpoids

La Champagne-Ardenne se situe parmi les régions les plus touchées par le surpoids et l'obésité en France :

Tableau 3. Prévalence de la surcharge pondérale (surpoids et obésité) selon l'âge et le sexe, 2009 [8]

Champagne-Ardenne			France métropolitaine	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
18-34 ans	38,2 %	33,4 %	26,8 %	21,0 %
35- 54 ans	54,2 %	30,4 %	53,1 %	32,4 %
55- 75 ans	62,3 %	50,2 %	65,2 %	43,0 %

⁴ Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, la maladie chronique est : « un problème de santé qui nécessite une prise en charge sur une période de plusieurs années ». [4]

Les chiffres sont éloquentes [9]. Avec un taux de 17 % en 2009, la population Champardennaise a doublé sa prévalence de l'obésité depuis 1997.

La prévalence de personnes en surcharge pondérale en Champagne-Ardenne est supérieure aux données nationales et plus particulièrement pour la tranche des 18-34 ans : soit + 11,4 points pour les hommes et + 12,4 points pour les femmes.

Globalement en France, le taux de personnes en surcharge pondérale augmente avec l'âge et est directement en corrélation avec l'augmentation du taux de certaines pathologies.

Pathologies associées à l'obésité et au surpoids

Les risques associés au surpoids et à l'obésité, liés à la sédentarité et à l'alimentation déséquilibrée, sont représentés majoritairement par les pathologies cardiovasculaires, le diabète, les tumeurs ou infections malignes qui constituent les principales causes de décès en Champagne-Ardenne [10] :

- Pathologies cardio-vasculaires (maladie coronaire, hypertension artérielle et artériopathie coronaire) : 4699 nouveaux cas par an.
- Diabète : 4237 nouveaux cas par an.
- Tumeurs ou infections malignes : 5250 nouveaux cas par an.

Ces constats n'épargnent aucune catégorie socioprofessionnelle, mais les inégalités sociales de santé persistent. Le surpoids et l'obésité touchent plus particulièrement les chômeurs ainsi que certaines professions (ouvriers, employés) et se trouvent être inversement proportionnels au niveau d'étude ainsi qu'au revenu du foyer [9].

Conscients de ces différents constats, les acteurs de la région spécialisés en santé et en sport tentent de se rapprocher pour développer la promotion et la prévention de la santé par l'activité physique (AP) régulière en lien avec une alimentation adaptée et équilibrée pour tous.

I.3 « Sport santé »

Les bienfaits de l'activité physique

Les bienfaits d'une pratique régulière d'AP sur la santé ne sont plus à démontrer. Ses bénéfices sont nombreux et vont au-delà du maintien de la condition physique et du bien-être. En effet, l'AP est la meilleure prévention des pathologies chroniques et constitue également un traitement important [11].

Ainsi, l'AP est un moyen pour :

- La prévention primaire qui a pour objectif d'empêcher l'apparition d'un problème de santé en réduisant les facteurs de risque ou en augmentant les facteurs de protection ;
- La prévention secondaire qui vise à réduire la durée et la gravité d'un problème de santé en particulier grâce au dépistage ;
- La prévention tertiaire qui cherche à limiter les complications, les incapacités ou à empêcher les rechutes. [12]

En ce sens, les effets d'une AP régulière sur la santé ont été mesurés par de nombreuses cohortes. Elles ont permis de mieux les comprendre et de les mesurer notamment pour les principaux facteurs de risques des maladies cardiovasculaires [13] :

- Hypertension artérielle (HTA)
- Hypercholestérolémie et hypertriglycémie
- Diabète de type 2
- Obésité et surpoids

Les études de ses bénéfices sur la santé engagent alors les acteurs de santé à réfléchir sur la place de l'AP et de l'alimentation dans les actions de promotion et de prévention

de la santé. Ainsi, le « sport pour tous » et pour la santé - associé à une alimentation équilibrée et adaptée - est devenu un enjeu de Santé Publique [11].

Le sport pour tous

Il y a quelques années, le sport était synonyme principalement de compétition et la santé dans le sport intervenait essentiellement auprès du sportif de haut niveau et dans la lutte anti-dopage. Aujourd'hui, le concept « sport santé » se développe en France et notamment en Champagne-Ardenne pour permettre à chacun, de pratiquer une activité physique avec ses capacités, son état de santé et dans le but d'améliorer sa qualité de vie : l'activité physique adaptée (APA), un sport pour tous.

En ce sens, le Réseau Sport Santé Bien-être (RSSBE) de Champagne-Ardenne rassemble aujourd'hui les principaux acteurs en « sport santé » de la région. Il a pour but de rendre possible la réalisation d'une activité physique régulière, adaptée, sécurisante et progressive pour toute personne sédentaire, porteuse ou non d'une pathologie chronique ou d'un handicap physique, mental ou social. C'est pourquoi, il a pour objectif de fédérer, de coordonner les acteurs du projet, d'élaborer et d'expérimenter des outils collaboratifs, de mettre en place des formations complémentaires pour les professionnels de la santé et du sport ainsi que de favoriser l'accessibilité aux offres d'APA (Annexe 1).

Ainsi, l'APA et le « sport santé » ont leur place dans les principaux plans et programmes nationaux de Santé Publique : Programme National Nutrition Santé 2011-2014 (PNNS 3), Plan National de l'Activité Physique et /ou Sportive (PNAPS), Plan de lutte et d'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques (2007-2011). Ces derniers prévoient la lutte contre la sédentarité en association avec l'alimentation équilibrée et en favorisant le développement des actions de promotion de la santé.

La charte d'Ottawa [1] définit la promotion de la santé comme un processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci. Elle précise également l'existence d'un certain nombre de champs

d'actions complémentaires qui visent à la fois les déterminants environnementaux et individuels de la santé [14]:

- **La loi** qui peut intervenir sur l'organisation du système de soin et la définition des orientations de la politique de santé,
- L'amélioration du **cadre de vie**,
- Les campagnes de **communication**,
- Les actions de **prévention sanitaire**⁵,
- Et les actions **d'éducation pour la santé**.

En France, l'éducation est une activité clef dans la promotion de la santé. Elle concerne davantage des actions en prévention primaire, destinées à des personnes estimées « en bonne santé » [15]. Hors, avec l'augmentation des pathologies chroniques en lien avec les comportements en AP et en alimentation, l'éducation concerne depuis plus récemment, celle du patient.

⁵ La prévention sanitaire est « l'ensemble des mesures visant à éviter l'apparition, le développement et l'aggravation d'un trouble, d'une pathologie ou d'un symptôme en favorisant les comportements individuels et collectifs pouvant contribuer à réduire les risques. » [12]

II EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT

Depuis les années 1970, le concept de l'éducation thérapeutique du patient (ETP) se développe conjointement à l'éducation pour la santé.

Ces deux types d'éducation ont un même but : l'acquisition de compétences pour entretenir et développer son capital santé. Cependant, ne s'adressant pas à un même type de public, elles nécessitent la mise en œuvre de stratégies spécifiques, sollicitant ainsi des acteurs et des ressources particulières.

II.1 Education pour la santé et thérapeutique

Définition de l'éducation pour la santé

Elle est définie et développée par les acteurs en promotion et prévention de la santé dont l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) et les Instances Régionales d'Education et de Promotion de la Santé (IREPS) :

« Elle aide chaque personne, en fonction de ses besoins, de ses attentes et de ses compétences, à comprendre l'information et à se l'approprier pour être en mesure de l'utiliser dans sa vie. En ce sens, la vulgarisation et la diffusion des connaissances scientifiques ne suffisent pas. En matière d'actions de proximité, l'éducation pour la santé utilise des méthodes et des outils validés favorisant l'expression des personnes et leur permettant d'être associées à toutes les étapes des programmes, du choix des priorités à l'évaluation. Elle est accessible à tous les citoyens et a le souci permanent de contribuer à réduire les inégalités sociales de santé » [14].

Ainsi, l'éducation pour la santé intervient comme une possibilité de soutenir une réflexion et de favoriser au moment opportun des apprentissages significatifs [15].

Définition de l'éducation thérapeutique du patient

L'ETP est reconnue comme faisant partie de l'éducation pour la santé dont elle utilise les principes. Cependant, elle nécessite des adaptations puisqu'elle s'adresse à des patients et leur entourage, pour des types et des stades différents de la pathologie, impliquant ainsi des priorités d'apprentissages, des attentes et des motivations individuelles [16].

Ce schéma permet de représenter la place de l'ETP par rapport à l'éducation pour la santé [14]:

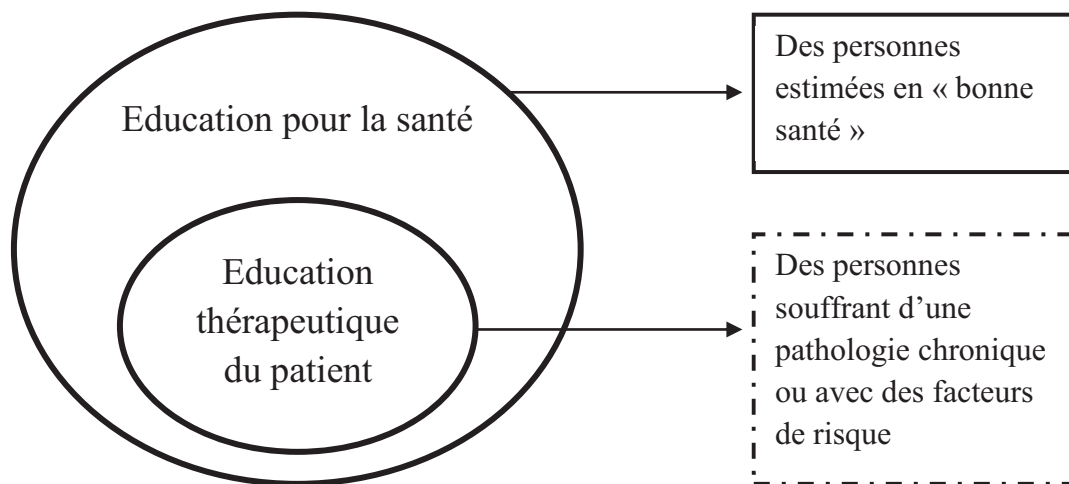


Figure 1. Représentation de l'éducation pour la santé et thérapeutique

Selon l'OMS [17], « l'ETP vise à aider les patients à acquérir ou à maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique [...] » :

- Des compétences **d'auto-soins** [16] : soulager un symptôme, s'auto-surveiller, s'auto-mesurer, réaliser des gestes techniques et des soins, mettre en œuvre des modifications du mode de vie (diététique, activité physique...), prévenir des complications, faire face aux problèmes de la maladie/traitements, impliquer son entourage.

- Des compétences d'**adaptation [16]** : se connaître, avoir confiance en soi, gérer stress/émotions, développer un raisonnement créatif et une réflexion critique, communiquer, interagir en groupe, s'observer, s'évaluer, se fixer des buts, faire des choix, se renforcer, prendre des décisions et résoudre un problème.

« Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés : de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières ainsi que des comportements liés à la santé et à la maladie. Ceci a pour but de les aider (ainsi que leurs familles) à comprendre leur maladie et leur traitement, assumer leurs responsabilités et à maintenir et améliorer leur qualité de vie » [17].

En d'autres termes, l'ETP permet de fournir les moyens nécessaires aux patients pour qu'ils puissent agir sur leur état de santé. Cette éducation concerne alors davantage la prévention secondaire et tertiaire. Ainsi, ce type d'éducation est défini comme un outil thérapeutique qui permettrait alors de répondre en partie, à l'augmentation de la prévalence des pathologies chroniques en France. Par ailleurs, d'autres raisons peuvent justifier et favoriser le développement de l'ETP.

II.2 Fondement du développement de l'ETP

Les caractéristiques de la maladie chronique et son évolution

En premier lieu, l'ETP peut se justifier par la définition même de la maladie chronique [4] : « de longue durée, évolutive, souvent associée à une invalidité et à la menace de complications graves, avec la présence de cause organique, psychologique ou cognitive et qui a un retentissement sur la vie quotidienne (limitation fonctionnelle des activités, de la vie sociale, dépendance vis-à-vis d'un médicament, d'une technologie, besoins de soins...) ».

Les maladies chroniques touchent 15 millions de personnes, soit 20% de la population française. Parmi elles, 7,5 millions disposent d'une prise en charge en affection de longue durée (ALD⁶). Cet accroissement rend difficile une prise en charge individuelle et une délégation de compétences est devenue nécessaire. D'autant plus qu'avec le développement de la technologie médicale, des soins à réaliser par les patients eux-mêmes sont dorénavant possibles [4].

Les dépenses en santé

En France, les personnes atteintes de maladies chroniques représentent plus de la moitié des consultations chez les médecins généralistes et engendrent donc des dépenses de santé croissantes. Sur le plan économique, la prise en charge des maladies chroniques est un défi majeur pour le système d'Assurance Maladie. Chaque année, 84 milliards d'euros sont consacrés à la prise en charge des 7,5 millions de personnes qui bénéficient du régime d'affection de longue durée (ALD) [4].

Un axe stratégique politique fort, une reconnaissance législative

En France, l'éducation thérapeutique du patient s'est développée ces dernières années alors qu'il n'existait pas de véritable encadrement juridique :

→ Le Plan National d'Education Pour la Santé en 2001 [18] puis la loi du 4 mars 2002 [19] du code de la Santé Publique, affirment le droit à toute personne d'accéder aux informations relatives à sa situation de santé et d'être reconnue comme un acteur partenaire de sa santé notamment par l'éducation thérapeutique. Ainsi, a été créé l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) chargé des missions d'expertise et de conseil.

⁶ Le dispositif des ALD a été mis en place dès la création de la Sécurité sociale afin de permettre une prise en charge à 100 % des dépenses des patients ayant une pathologie chronique comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse. Une liste de 30 ALD a été rédigée [12].

→ En 2005, le ministère de la Santé s'est impliqué davantage dans l'ETP, dans le cadre de la définition du plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011, qui fait référence à la démarche d'ETP [4].

→ En juin 2007, la Haute Autorité de santé (HAS) a publié un guide méthodologique et des recommandations pour la structuration de programme d'ETP [20].

En 2009, la France se situe à un moment particulier du développement de l'éducation du patient : pour la première fois, la démarche d'ETP est reconnue dans une loi de Santé Publique, la loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » (HPST) du 21 juillet 2009. Cette loi prévoit la mise en œuvre de programmes d'ETP et porte sur la création des Agences Régionales de Santé (ARS, avril 2010) qui ont la charge de favoriser le développement de l'offre d'éducation thérapeutique dans le secteur ambulatoire et hospitalier, en veillant au respect des critères d'organisation et de qualité prévus dans le cahier des charges national de structuration et de mise en œuvre de programme d'ETP [21]. Ainsi, tous les programmes d'ETP doivent être soumis aux ARS pour pouvoir obtenir la « labellisation ETP ». L'autorisation donnée par l'ARS l'est pour une période de quatre ans, renouvelable. En effet, parus au Journal Officiel du 4 août 2010, quatre textes de loi [21], [22], [23], [24] précisent les conditions d'autorisations des programmes et les compétences requises pour les dispenser. Un programme doit être mis en œuvre par au moins deux professionnels de santé de professions différentes, dont un médecin et un intervenant au moins doit justifier de compétences en éducation thérapeutique du patient.

Les compétences requises sont celles de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) :

- Compétences relationnelles,
- Compétences pédagogiques et d'animation,
- Compétences méthodologiques et organisationnelles,
- Compétences biomédicales et de soins.

De plus, l'arrêté [21] fixant le cahier des charges national pour la mise en œuvre des programmes d'ETP, précise que le programme concerne une ou plusieurs affections longues durées (ALD) considérés comme prioritaire au niveau régional.

Ainsi, pour suivre et veiller au respect de ses qualités des programmes d'ETP, l'ARS étudie l'auto-évaluation annuelle des programmes ainsi que l'évaluation quadriennale. Le guide méthodologique de la HAS sert de référentiel aux ARS, quant aux modalités de mise en œuvre de tels programmes, à l'hôpital comme en ville.

II.3 Programmes d'ETP

Une démarche structurée et coordonnée

La Haute Autorité de santé (HAS) a publié des recommandations [16] pour la structuration de programmes d'ETP. Elle précise notamment quelques critères de qualité :

- Etre centré sur le patient et ses priorités d'apprentissage
- Adapté à son environnement, ses compétences, son évolution et ses motivations
- Etre scientifiquement fondé
- Faire partie intégrante de la prise en charge du patient en termes de soins
- Etre réalisé par des professionnels de santé formés à l'ETP et aux techniques pédagogiques
- Avoir une démarche multi-professionnelle, pluri et interdisciplinaire
- Etre défini en termes de contenu et planifié
- Etre diversifié en moyens éducatifs (pédagogie différenciée)
- Impliquer le patient et son entourage
- Inclure une évaluation individuelle de l'ETP et du déroulement du programme

Un programme d’ETP doit être coordonné et structuré pour favoriser sa mise en œuvre. Ainsi, les recommandations précisent quatre principales étapes de la démarche éducative :

1. Elaboration d’un diagnostic éducatif

Le diagnostic éducatif permet d’identifier et d’évaluer :

- Les besoins et attentes du patient,
- Ses priorités,
- Ses ressources personnelles, sociales et environnementales,
- Sa gestion de la maladie et ses conséquences,
- Sa réceptivité à la proposition d’une ETP.

Le tableau 4 constitue un exemple de grille d’entretien de cinq questions, pouvant aider à cerner le patient :

Tableau 4. Modèle d’un diagnostic éducatif, inspiré de Gagnayre R et Traynard P-Y [25]

Questionnement du soignant	Domaines explorés
Qu’est-ce qu’il (elle) a ?	Pathologie, douleurs
Qu’est-ce qu’il (elle) fait ?	Contexte socioprofessionnel, compétences du patient
Qu’est-ce qu’il (elle) sait ?	Connaissances et représentations du patient sur la maladie
Qui est-il (elle) ?	Contexte émotionnel, psychologique...
Quel est son projet ?	Motivations et projets

2. Définition d'un contrat éducatif

Le contrat éducatif permet de formuler avec le patient :

- Ses compétences à acquérir
- Ses compétences à maintenir et à mobiliser
- Un programme personnalisé et adapté.

3. Planification et mise en œuvre

La planification va permettre de :

- Sélectionner les contenus, les ressources éducatives et le format des séances
- Mettre en place un calendrier prévisionnel des séquences éducatives
- **Mettre en œuvre** des séances éducatives prédéfinies, collectives ou individuelles

4. Evaluation individuelle

L'évaluation individuelle va permettre :

- L'expression du patient sur les séquences éducatives.
- Le partage d'informations entre les intervenants sur les résultats des activités patients.

- La synthèse des résultats des séquences éducatives par patient, faite par le médecin ou l'un des membres de l'équipe.
- La mise en valeur et la communication des résultats du patient (compétences, connaissances, comportements) : aux professionnels concernés (médecin traitant, promoteurs...) et aux patients.
- La proposition d'une nouvelle offre d'ETP.

Cette théorie de mise en œuvre témoigne d'une démarche structurée, coordonnée par les acteurs de l'ETP impliqués dans la prise en charge du patient.

Les acteurs de l'ETP

Comme précisé précédemment, la démarche d'ETP a son origine dans le milieu hospitalier. C'est un milieu privilégié pour la mise en œuvre des programmes d'ETP. En effet, ce sont des lieux « naturels » pour la pluri-professionnalité, la transversalité des équipes et la mobilisation des patients. Ils disposent d'un contexte propice pour le développement des activités d'ETP avec des patients hospitalisés.

Par exemple, les Unités Transversales d'Education du Patient (UTEP) mettent en œuvre des programmes d'ETP pour leurs patients en milieu hospitalier. Généralement, ce sont les médecins spécialistes - cardiologues, diabétologues - ou des infirmiers qui sont promoteurs et référents d'un programme d'ETP. Leurs équipes d'intervenants sont composées majoritairement d'infirmiers, de diététiciens et d'éducateurs médico-sportifs [26].

Plus récemment, l'ETP tend à voir le jour en ambulatoire, mettant en avant de nouveaux atouts et soulevant également de nouvelles difficultés (Tableau 5).

Tableau 5. Principales opportunités et difficultés de l'ETP en ambulatoire

Opportunités	Difficultés
Multi-professionnalité	Défis du travail en équipe
Multidisciplinarité	Nouvelles fonctions/formations des professionnels en ville pas toujours reconnues
Lien avec la médecine familiale, le médecin traitant	Mobilisation des patients en dehors de l'hospitalisation et implication des médecins traitant
Le patient dans son environnement, absence de stigmatisation de la maladie	S'affranchir de modèles centrés sur les soins
Lien entre structures et acteurs : sanitaire, social et psycho-social	Diversités des pratiques et des offres d'ETP
Multiplicités des partenariats, liens entre champs sanitaires et sociaux	Hétérogénéité des compétences et connaissances des acteurs et distance entre ces derniers
Développement des orientations de Santé Publique	Ligne politique récente
Réglementation et directive en ETP	Financements non pérennes

Aujourd'hui en Champagne-Ardenne, l'ETP se développe encore majoritairement dans le milieu hospitalier. En effet, sur 70 programmes autorisés ETP en 2011, seulement trois sont « en ville » dont celui de la Mutualité Française Champagne-Ardenne pour le programme « Nutrition et Activité Physique Adaptée ».

III PROGRAMME « NUTRITION ET ACTIVITE PHYSIQUE ADAPTEE »

III.1 Mutualité Française Champagne-Ardenne

Présentation générale

La Mutualité Française, structure de l'économie sociale, est un organisme privé à but non lucratif et reconnu d'utilité publique. Elle fédère des mutuelles, gère et propose des Services de Soins et d'Accompagnement Mutualistes (SSAM) :

- Centres de Santé : médecine générale et spécialisée, dentaires, optiques, audioprothèses, orthopédie, tabacologie, diététique, ostéopathie, podologie, pédicurie...
- Pharmacie,
- Résidence pour personnes âgées, hébergement et réinsertion sociale
- Service à domicile : de soins infirmiers et d'hospitalisation à domicile
- ...

La Mutualité Française a plusieurs niveaux de coordination :

- Au niveau national avec la Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF),
- Au niveau régional, comme par exemple la Mutualité Française Champagne-Ardenne (MFCA)
- Ainsi qu'au niveau départemental avec la Mutualité Française des Ardennes, de l'Aube, de la Haute-Marne et de la Marne pour l'exemple de la Champagne-Ardenne.

Service promotion et prévention de la santé

Au niveau régional, la Mutualité Française, acteur de santé publique, gère depuis 2006 la prévention de la santé et pilote depuis 2009 un projet national : « Priorité Santé

Mutualiste ». C'est un bouquet de services pour les adhérents mutualistes (soit 95% des mutuelles) qui permet l'accès à une plateforme téléphonique, à un site internet ainsi que la mise en œuvre de « Rencontre Santé » : des programmes et des activités autour de diverses thématiques de santé, dont celle des maladies cardiovasculaires.

En Champagne-Ardenne, le programme régional de prévention de la santé « Nutrition et Activité Physique Adaptée » (« NAPA »), fruit d'une initiative locale en 2004 - Troyes (Aube) - fait partie aujourd'hui de ces « Rencontres Santé » qui visent à répondre aux besoins et attentes territoriales.

III.2 Programme « NAPA » depuis 2004

Historique

En 2004, la conception du programme dans le département de l'Aube est à l'initiative du Centre de Santé Mutualiste de Troyes en partenariat avec le Foyer Auboïs et le Centre de Rééducation et de Réadaptation Fonctionnelle Pasteur.

En 2005, ce programme de prévention de la santé est mis en œuvre au Centre de Santé Mutualiste de l'Aube (10). Il comporte des bilans médicaux initiaux et finaux, ainsi que des ateliers en activité physique adaptée et en nutrition.

En 2008, alors que le programme auboïs se met en place pour la 4^{ème} année consécutive, un programme de prévention basé sur le même modèle, voit le jour dans la Marne (51).

Le programme « NAPA » de la MFCA s'est développé progressivement dans la région et principalement grâce au développement de son réseau partenarial.

Définition du programme

Depuis 2009, « NAPA » est un programme régional. Il est mis en œuvre dans les 4 départements champardennais : Charleville-Mézières (08), Chaumont (52), Reims (51) et Troyes (10).

Son objectif général est d'améliorer l'état de santé et la qualité de vie des personnes en agissant sur les facteurs de risques cardiovasculaires.

Il cible : adultes de 18 à 60 ans

- Les usagers des structures partenaires
- Les adhérents mutualistes
- Les usagers des Centres de Santé Mutualistes
- Et le grand public

Personnes ayant 2 à 3 facteurs de risques cardiovasculaires :

- Surcharge pondérale (obésité et surpoids)
- Hypertension artérielle
- Hypercholestérolémie
- Diabète de type 2
- Tabagisme
- Antécédents familiaux cardiovasculaires

Les possibilités d'accueil sont de 50 participants pour l'Aube, 20 pour la Marne et les Ardennes et 12 participants pour la Haute-Marne.

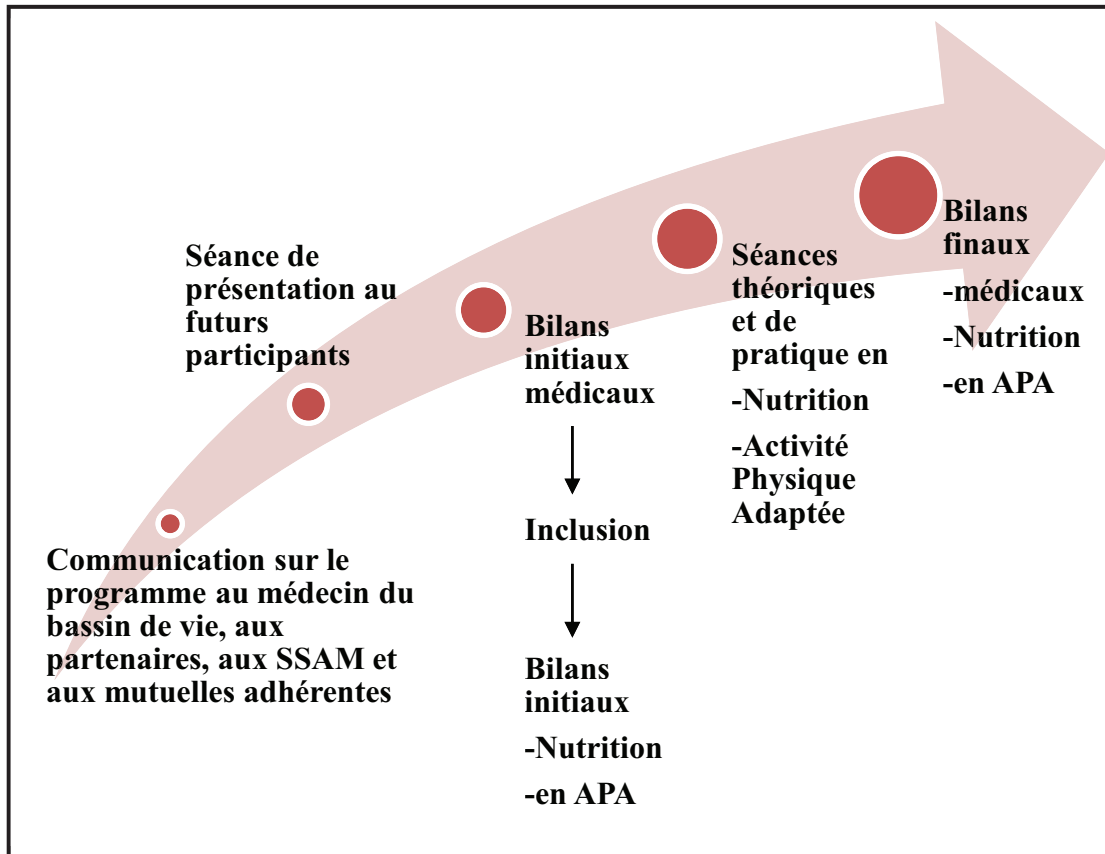


Figure 2. Déroulement du programme « NAPA »

Pour Charleville-Mézières, Chaumont et Reims, sur 4 à 5 mois :

- 5 séances Nutrition : « Mieux gérer le risque cardiovasculaire »
- 10 à 12 séances APA : « Quand bien bouger rime avec santé »

Pour Troyes, sur 9 mois :

- 6 séances Nutrition collectives mensuelles et suivis individuels si besoin:
« Mieux gérer le risque cardiovasculaire »
- 30 séances APA (hebdomadaires, par sous-groupe) :
« Quand bien bouger rime avec santé »

L'architecture globale du programme dans chaque ville reste la même, cependant les contenus des séances, les moyens et les techniques éducatives diffèrent selon les partenaires et les ressources locales.

Le programme est gratuit pour les participants, cofinancé par l'ARS, la MFCA et les possibilités financières des partenaires.

Les acteurs du programme

Aujourd'hui, le promoteur du programme est une équipe de la MFCA, composée d'une coordinatrice régionale des actions de promotion de la santé et des activités « Priorité Santé Mutualiste » ainsi que de deux chargées de prévention de la santé : une pour les activités de prévention dans l'Aube et la Haute-Marne et une pour les activités de prévention dans les Ardennes et la Marne.

Le programme « NAPA » rassemble différents profils d'intervenants provenant de différentes structures : professionnels de santé, spécialistes en nutrition et activité physique adaptée :

- Association Activ'Santé (technicien du sport)
- CES : Centre d'Examens de Santé (médecin)
- CMES : Centre de Médecine et d'Evaluation Sportives à Chaumont (technicien du sport)
- CR EPMM : Comité Régional d'Entrainement Physique dans le Monde Moderne Sports pour tous (technicien du sport)
- CR EPGV : Comité Régional d'Education Physique et de Gymnastique Volontaire (technicien du sport)
- CSM : Centres de Santé Mutualistes (médecin et diététicien)
- MDN : Maison de la Nutrition Cœur, Obésité, Diabète (diététicien)

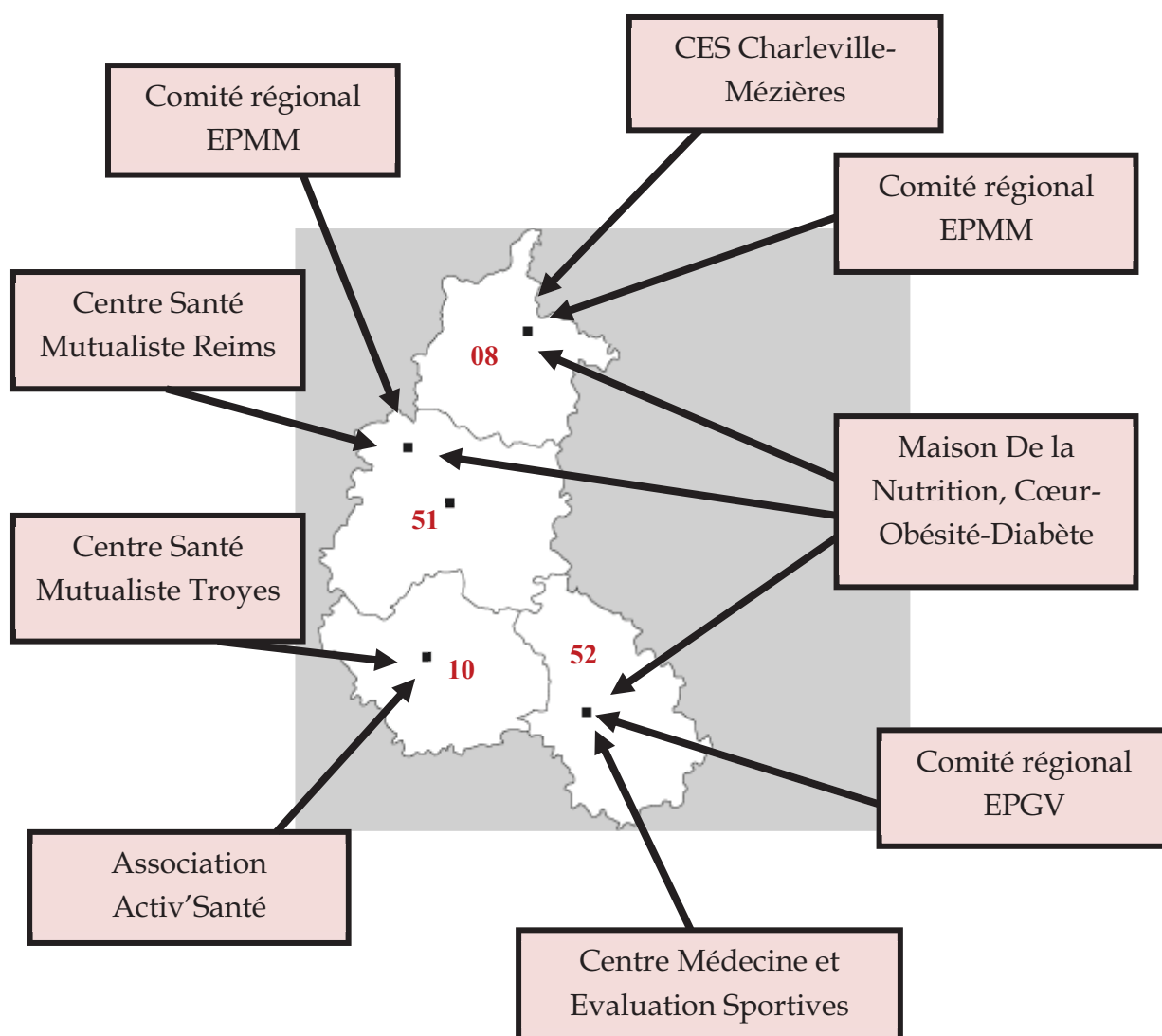


Figure 3. Carte de la Champagne-Ardenne avec les différents acteurs du programme « NAPA »

La MFCA s'est rapprochée de ces acteurs pour lui permettre une réalisation adaptée et sécurisée des séances en AP et en nutrition. Les partenaires ont des rôles bien définis et mettent ainsi à disposition quelques-uns de leurs professionnels.

Spécificité auboise

Depuis le 17 décembre 2010, le programme « NAPA » à Troyes est labellisé ETP, suite à une demande d'autorisation de mise en œuvre d'ETP à l'ARS. La coordinatrice régionale des actions de promotion de la santé et des activités « Priorité Santé Mutualiste » de la MFCA coordonne le programme, accompagnée de la chargée de prévention intervenant dans l'Aube. La diététicienne du Centre de Santé Mutualiste de Troyes, impliquée dans le programme depuis 2007, ainsi que dans les activités d'ETP, est la coordinatrice des intervenants.

Ainsi, le programme « NAPA » à Troyes requiert une organisation spécifique à l'ETP et est donc plus structurée aujourd'hui que dans les autres départements où il est mis en œuvre.

III.3 Amélioration et développement régional

Constat

Initialement, la MFCA souhaitait valoriser ces partenaires, encore peu nombreux dans la région en « sport santé » et en nutrition. Ils ont été sollicités pour le programme « NAPA » et ont apporté leurs savoirs et leurs savoir-faire. La mise en œuvre du programme est restée souple du fait de cette collaboration avec des partenaires essentiellement du milieu associatif et des financements non pérennes.

C'est pourquoi en 2011, le programme « NAPA » révèle des disparités régionales, tant dans son organisation que dans son contenu. Même si tous les intervenants partenaires œuvrent pour un même objectif - améliorer l'état de santé et la qualité de vie des participants, en agissant sur les facteurs de risques cardiovasculaires - les moyens disponibles et mis en œuvre sont différents pour :

- La **communication** entre les intervenants > le partage d'informations et la mise en commun des résultats du participant.
- Le **format des séances** > le nombre, la durée, la fréquence
- Le **contenu des séances** > le type d'activité
- Le **suivi et l'accompagnement des participants** > les types d'outils de suivi, les types de tests et les modalités d'évaluation en APA et nutrition.

Certes, ces disparités régionales ne sont pas des difficultés en soi, pour autant elles engendrent quelques inconvénients :

Tout d'abord, il est difficile à ce jour de communiquer des résultats régionaux. Au regard des bilans des années précédentes, les modalités d'évaluation des participants diffèrent selon les partenaires. En effet, les indicateurs et les outils d'évaluation témoignent d'une large disparité. De surcroît, les partenaires connaissent peu les pratiques de leurs collègues dans les autres départements et parfois même dans un même département.

Par ailleurs, l'équipe de prévention de la MFCA ressent un manque de communication et d'informations concernant tant le détail des activités de ses partenaires dans le programme « NAPA », que leurs activités dans leur structure. Elle souhaite davantage comprendre le cadre d'intervention, connaître leur perception sur l'évolution du programme et envisager une labellisation ETP régionale.

En outre, la MFCA est une des premières investigatrices de cette démarche d'ETP hors milieu hospitalier en Champagne-Ardenne. Au vu des exigences du cahier des charges national pour la mise en œuvre des programmes d'ETP, elle se doit de revoir la structuration du programme qui révèle quelques imperfections et anticiper ainsi l'évaluation quadriennale de son programme labellisé dans l'Aube.

De ce fait, la MFCA souhaite se rapprocher de ses partenaires et des professionnels spécialistes en ETP, en nutrition et en APA afin de favoriser progressivement l'amélioration et le développement du programme.

Opportunités et objectifs

Le programme « NAPA » repose aujourd'hui sur son partenariat historique et surtout sur une émulation régionale en « sport santé » et en ETP. Effectivement, la MFCA et le Réseau Sport Santé Bien-être (RSSBE) se sont rapprochés pour mutualiser leurs pratiques et envisager des projets communs dans la région.

Même si aujourd'hui, le programme « NAPA » soulève quelques difficultés pour tendre vers cette labellisation régionale, c'est dans ce contexte que les promoteurs du programme « NAPA » de la MFCA voient des opportunités d'amélioration et de développement pour tendre à une labellisation régionale ETP d'ici 2013.

Et c'est avant tout pour répondre aux besoins et aux attentes de santé des Champardennais, que la MFCA recherche des investigations pour favoriser cette démarche. Au vu du temps imparti et des priorités de la MFCA, un consensus a mené les promoteurs vers trois objectifs :

- Objectif 1 : Harmoniser les pratiques en permettant une rencontre des partenaires
- Objectif 2 : Mutualiser les pratiques en échangeant avec les partenaires et des professionnels spécialistes en APA, nutrition et ETP de la région
- Objectif 3 : Améliorer la structuration du programme en anticipant l'évaluation quadriennale pour le programme aubois

Le contexte du programme « NAPA » et ses enjeux d'amélioration et de développement étant ainsi explicités dans cette première partie, la méthode employée pour permettre la mise en œuvre de ces objectifs est détaillée dans la deuxième partie.

Partie 2 Méthodologie

I	METHODE D'ELABORATION DES ACTIONS ET DES OBJECTIFS	36
I.1	Préalables	36
I.2	Choix des actions	36
	<u>Questionnements</u>	<u>37</u>
	<u>Définition des actions</u>	<u>37</u>
II	PROTOCOLE DE PREPARATION ET DE REALISATION DES ACTIONS.	38
II.1	Planification et programmation.....	38
II.2	L'action 1 : Rencontre régionale.....	38
	<u>Prise de contact</u>	<u>38</u>
	<u>Définition du déroulement de la journée</u>	<u>39</u>
	<u>Conception du dossier des participants</u>	<u>41</u>
	<u>Invitation</u>	<u>41</u>
II.3	L'action 2 : Rencontres et entretiens.....	43
	<u>Rencontres et entretiens avec les partenaires du programme « NAPA »</u>	<u>43</u>
	<u>Rencontres avec des professionnels spécialistes en « sport santé » et en ETP</u>	<u>47</u>
II.4	L'action 3 : Evaluation quadriennale	48
	<u>Recherches sur l'évaluation quadriennale d'un programme d'ETP</u>	<u>48</u>
	<u>Conception d'une grille d'évaluation du programme « NAPA » aubois</u>	<u>49</u>

I METHODE D'ELABORATION DES ACTIONS ET DES OBJECTIFS

I.1 Préalables

Le projet d'amélioration et de développement du programme « NAPA », en vue d'une labellisation ETP régionale, est conduit par l'équipe de prévention de la MFCA - promoteur du programme « NAPA » - composée de deux chargées de prévention, d'une coordinatrice régionale et d'une stagiaire en Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives, spécialisée en conduite de projet.

Le temps imparti pour la réalisation des actions définies ci-dessous est d'une durée restreinte de 5 mois. L'implication dans cette problématique d'amélioration et de développement du programme « NAPA » diffère selon les disponibilités du personnel de l'équipe de prévention. Elle résulte de la gestion en parallèle, d'autres programmes de promotion et prévention de la santé. Par ailleurs, il est évident que l'équipe de prévention ne s'arrêtera pas à ces actions pour favoriser l'amélioration et le développement du programme. Elles sont, en quelque sorte, une première phase de réponse à ce projet complexe de labellisation régionale d'ici 2013.

I.2 Choix des actions

Ainsi, l'équipe de prévention de la MFCA s'est attachée à définir et proposer des actions réalisables notamment en fonction du temps et des freins explicités dans la première partie.

Questionnement

Par quels moyens et dans quelles mesures favoriser l'amélioration et le développement du programme « NAPA » en vue d'une labellisation régionale d'ici 2013 ?

→ Quelles sont les premières actions envisageables pour répondre à l'amélioration et au développement du programme régional ?

→ Quelles sont les priorités et la faisabilité au regard du temps disponible ?

Cette phase de questionnement a conduit l'équipe de prévention vers un consensus pour pallier aux premiers freins révélés et précisés dans le contexte.

Définition des actions

Trois actions ont été planifiées :

- **Action 1** : de janvier à mars 2011, préparation et réalisation d'une rencontre régionale des partenaires du programme « NAPA ».

→ Objectifs : permettre d'échanger et de s'accorder sur une base de pratique commune concernant l'évaluation des participants en activité physique, diététique et lors des bilans médicaux > harmoniser les pratiques du programme.

- **Action 2** : de février à juin 2011, préparation et réalisation de rencontres avec les différents partenaires du programme et spécialistes en sport-santé, éducation pour la santé et/ou éducation thérapeutique du patient.

→ Objectifs : connaître davantage les activités de chacun pour permettre de partager les savoirs, les savoir-faire et envisager les possibilités de la labellisation régionale > mutualiser les pratiques et envisager des partenariats

- **Action 3 :** de février à juin 2011, préparation d'une grille d'évaluation pour l'évaluation quadriennale du programme « NAPA » aubois labellisé ETP.

→ Objectifs : préparer l'évaluation quadriennale > améliorer l'évaluation et la structuration du programme.

II PROTOCOLE DE PREPARATION ET DE REALISATION DES ACTIONS

II.1 Planification et programmation

La coordination des activités s'est opérée grâce à la décomposition des actions en tâches lors de réunions d'équipe (physiques ou téléphoniques). La lisibilité de nos agendas interactifs respectifs a permis de synchroniser des moments pour travailler ensemble et préciser la planification des différentes tâches.

II.2 L'action 1 : Rencontre régionale

Prise de contact

Tout d'abord, pour s'assurer de la participation d'un maximum de partenaires, ces derniers ont été contactés par courriel et par téléphone. Ils ont alors été informés de l'objet de la rencontre et plusieurs dates leur ont été proposées. Celle du 24 mars 2011 a été arrêtée. D'autres professionnels concernés par le programme « NAPA », la démarche d'ETP et le « sport santé », ont été conviés pour parfaire à l'animation de cette journée.

Définition du déroulement de la journée

Une fois la date de la rencontre régionale fixée, des réunions d'équipe et des concertations régulières ont permis de finaliser la préparation de cette rencontre. Il s'agissait d'en définir la forme et le contenu, tout en gardant à l'esprit l'intérêt premier de cette journée : favoriser les échanges et harmoniser les pratiques.

→ Des objectifs plus précis ont été déterminés :

- 1-Partager les objectifs du programme régional « Nutrition et Activité Physique Adaptée »
- 2-Partager la démarche d'éducation thérapeutique du patient mise en place dans l'Aube
- 3-Réfléchir sur une mise en réseaux des acteurs
- 4-Réfléchir sur des indicateurs communs par corps de métiers (médecins, diététiciens, technicien du sport)
- 5-Elaborer une grille d'indicateurs régionaux par atelier

Ainsi, **la matinée** a été destinée à répondre aux objectifs 1, 2 et 3 : des diaporamas synthétiques, ont été réalisés pour permettre la présentation du programme régional « NAPA », puis celle de la démarche d'ETP qui ont nécessité une recherche documentaire approfondie :

- **Pour les données concernant le programme « NAPA »** : les archives du service prévention de la Mutualité Française Champagne-Ardenne, des programmes précédents de toute la région, ont été étudiés (*Bilans, rapports d'activités et dossiers d'appel à projets, grilles d'évaluation...*)

- **Pour les données concernant l'ETP :**

Dans la littérature grise : des banques et bases de données ont été utilisées (*Banque de Données de Santé Publique, Bibliothèques et glossaires interactifs de l'IREPS, de l'OMS...*) ; les sites d'institutions spécifiques sur divers thèmes ont été exploités (*nutrition, activité physique, prévention et promotion de la santé, éducation pour la santé, éducation thérapeutique du patient : ministère de la Santé et des Solidarités, des Sports, ARS, DRJSCS, PNNS, Inserm, Inpes, HAS...*) ;

Dans la littérature scientifique publiée : des ouvrages, rapports, articles, textes de loi, revues d'expérimentation, glossaires, guides et recommandations ont été étudiés et répertoriés.

Pour achever les présentations de cette matinée, il a été demandé à un professionnel du Réseau Sport Santé Bien-être de Champagne-Ardenne de présenter ses activités.

L'après-midi a permis de répondre aux objectifs 4 et 5 : les participants se sont répartis dans les trois ateliers, par corps de métiers :

- l'atelier diététiciens
- l'atelier médecins
- l'atelier techniciens du sport

Pour faciliter le déroulement de ces trois ateliers, un protocole a été rédigé pour définir les rôles des participants dans l'animation ainsi que les différents points à traiter par atelier. Un modèle de grille d'évaluation (Tableau 6) a également été réalisé pour servir de base commune dans la rédaction des indicateurs régionaux par atelier. Par ailleurs, les partenaires ont été sollicités pour faire parvenir leurs protocoles d'évaluation et de mise en pratique avant la réunion.

Conception du dossier des participants

Le jour de la rencontre un dossier a été remis aux participants dans lequel apparaissaient :

- le descriptif de la journée
- les trois présentations diaporamas
- les protocoles d'évaluation des partenaires

Invitation

Les partenaires et les professionnels conviés à cette réunion ont reçu, par courriel, une invitation précisant le cadre et le déroulement de la journée.

Tableau 6. Atelier « X », grille d'indicateurs régionaux communs retenus

N°	Nom de l'indicateur	Description, outils et modalités de mise en place (procédures/process) et date de mesure	Unités de mesures opérationnelles (m, s, mn, kg, ...) et valeurs ou seuils de significativité (entre l'état initial et l'état final ou intermédiaire)	Support sur lesquels les indicateurs sont reportés
1	Ex : IMC	Ex : Peser la personne et mesurer sa taille avec une balance et une toise, en début et fin de programme, au cours des bilans médicaux.	Ex : Unité de mesure : kg/m ² Seuil : IMC < 18 : maigre 18 < IMC < 25 : normalité 25 < IMC < 30 : surpoids 30 < IMC < 40 : obésité IMC > 40 : obésité morbide Significativité : nombre de points qui montrent une amélioration significative entre l'état initial et l'état final (ou intermédiaire)	Ex : Grille hebdomadaire, rapport initial, rapport intermédiaire, rapport final, rapport individuel anonymisé, rapport collectif
2				
3				

II.3 L'action 2 : Rencontres et entretiens

Rencontres et entretiens avec les partenaires du programme « NAPA »

Cette deuxième action a été réfléchiée en plusieurs étapes et a été inspirée d'une méthodologie de conception d'entretien [27].

▪ Avant l'entretien

→ Recherche et collecte des informations sur l'interlocuteur

Dans la continuité de la recherche documentaire engagée pour l'action 1, a été menée une recherche de données plus précises sur les activités des partenaires et leur structure. Elle a permis, essentiellement grâce aux sites internet et/ou plaquettes des partenaires, un recueil d'informations synthétisées.

La trame initiale était la suivante pour chaque partenaire :

- **Présentation de la structure** : historique, valeurs, équipe, adresse et contact
- **Présentation et description générale de leurs activités** : programmes et ateliers

→ Choix des interlocuteurs

Des personnes ressources parmi les partenaires ont été choisies pour faciliter un recueil d'informations diverses et fiables : directeur, président, conseiller, responsable mais aussi des intervenants directement en contact du « terrain ».

→ Négocier les rendez-vous

Les personnes choisies ont été contactées par courriel et/ou par téléphone afin d'explicitier l'objet de l'entretien et de convenir ensemble des modalités de la rencontre : date, horaires, durée et locaux.

→Préparer le guide d'entretien

Un guide a été réalisé pour chaque entretien. Ils ont été préparés en deux temps :

1. Quelles sont les questions que je me pose ?
2. Comment puis-je les traduire en questions à poser à mon interlocuteur ?

Une première étape a permis de réfléchir aux questions, à partir de l'objet de la recherche et ainsi les décliner en questions de plus en plus spécifiques.

La deuxième étape a consisté à passer de ces questions conceptuelles, aux questions posées directement à l'interlocuteur à l'aide d'une grille d'entretien. Pour faciliter, la réflexion, une trame commune a été confectionnée (Tableau 7).

Tableau 7. Trame des grilles d'entretien avec les partenaires

Thème 1 : Rôles et pratiques des partenaires dans « NAPA »		
Sous-thèmes	Questions principales	Questions de relance
<i>Equipe</i>		
<i>Elaboration des objectifs du participant</i>		
<i>Mise en œuvre des séances</i>		
<i>Coordination</i>		
<i>Difficultés</i>		
<i>Atouts</i>		
<i>Attentes</i>		
Thème 2 : Pratiques en APA, en nutrition et éventuelle « démarche ETP » dans la structure		
Sous-thèmes	Questions principales	Questions de relance
<i>Equipe</i>		
<i>Activités</i>		
<i>Démarche ETP</i>		
<i>Partenaires</i>		
<i>Perspectives</i>		

▪ **L'entretien**

Les différentes étapes de l'entretien ont été anticipées, éclairées par la recherche d'informations initiales, afin de structurer le contenu et de prévoir le matériel nécessaire.

→ **Présentation de soi, présentation de l'entretien**

Quel que soit l'entretien, l'enquêteur a présenté :

- le contexte : présentation de ses activités, de la problématique et d'une synthèse régionale du programme « NAPA » par le biais de cartes conceptuelles (Annexe 2) et de diaporamas imprimés.
- l'objet de la rencontre : obtenir davantage d'informations sur le fonctionnement et le rôle du partenaire dans le programme « NAPA » ainsi que sur leurs activités dans leur structure.

→ **Le matériel de l'enquêteur**

- La montre : pour gérer la contrainte temps.
- La prise de notes : un carnet de notes, un stylo, un ordinateur.
- Le guide d'entretien : pour conduire l'entretien et s'y référer si besoin

→ **La conduite de l'entretien**

Les entretiens ont été semi-directifs :

- « directif », parce que l'interlocuteur a été invité à s'exprimer sur les thèmes définis au préalable ou éventuellement surgissant au cours de l'entretien, mais toujours dans l'intérêt de l'enquêteur de la MFCA.
- « semi- », parce que le discours de l'interlocuteur n'a pas été enfermé dans un cadre rigide. Au contraire, il a eu une large possibilité de développer ses propos.

Ces choix ont été influencés par le type d'informations recherchées, les disponibilités, le temps imparti et les fonctions des partenaires choisis.

Les entretiens ont été réalisés entre un partenaire et un membre de l'équipe de prévention de la MFCA chargé des entretiens.

- **L'après entretien**

Tous les entretiens ont fait l'objet d'un compte-rendu. Les informations obtenues ont été triées et organisées selon deux thèmes définis au préalable :

Thème 1 : les informations concernant le rôle et les pratiques des partenaires dans le programme « NAPA ».

Thème 2 : les informations concernant les pratiques en APA, en nutrition et éventuelle « démarche ETP » de la structure.

Rencontres avec des professionnels spécialistes en « sport santé » et en éducation thérapeutique du patient

L'objectif de l'action 2 consistait également à établir des contacts et des échanges avec des professionnels impliqués dans la prise en charge du patient en ETP.

- **L'Unité Transversale de l'Education du Patient (UTEP) de Troyes**

Tout d'abord, il paraissait important de prendre davantage connaissance des pratiques de l'ETP en milieu hospitalier. Pour cela, la MFCA a souhaité rencontrer des professionnels de l'Unité Transversale de l'Education du Patient de Troyes afin de partager les expériences respectives en ETP.

- **Le RSSBE, l'Office des Sports de Reims**

Par ailleurs, l'équipe de la MFCA s'est rapprochée et plus particulièrement depuis 2011, d'un acteur incontournable en « sport santé » en Champagne-Ardenne : le Réseau Sport Santé Bien-être (RSSBE). Pour finaliser et concrétiser un projet commun entre la MFCA et le RSSBE, une rencontre avec l'Office des Sports de Reims a été planifiée le 25 mai 2011. Il s'agissait d'expliquer le fonctionnement des structures respectives et d'envisager des passerelles partenariales.

II.4 L'action 3 : Evaluation quadriennale

Recherches sur l'évaluation quadriennale d'un programme d'ETP

Cette action est avant tout une première étape de réflexion dans la mesure où l'évaluation quadriennale est une démarche toute récente exigée par l'ARS pour les programmes labellisés, en plus de l'auto-évaluation annuelle. L'ARS Champagne-Ardenne n'a pas encore formalisé d'attente pour l'évaluation quadriennale des programmes d'ETP autorisés. Il s'agit alors d'anticiper la demande et réfléchir en amont à une grille d'évaluation du programme « NAPA » sur 4 années et permettre le prolongement de cette autorisation ETP.

La réflexion a été définie et réalisée en plusieurs phases par l'équipe de prévention de la MFCA et par l'intermédiaire de réunions physiques et majoritairement téléphoniques :

→La première consistait à **répertorier** différents documents de la littérature en vigueur pour l'évaluation de l'ETP. Comme toutes les actions ont été menées en parallèle, la recherche documentaire initiale a permis de cibler des documents référents :

- La grille HAS d'aide à l'instruction des dossiers ARS [28]
- Le guide méthodologique de la HAS [20]
- Les grilles d'auto-évaluation « NAPA » 2007 à 2009
- Le petit guide de l'évaluation de la Mutualité Française [29]
- Le document de travail sur le cahier des charges national en ETP (10.10.09) [30]
- Le dossier d'autorisation ARS du programme « NAPA » aubois
- L'ouvrage INPES « Education thérapeutique du patient : Modèles, pratiques et évaluation », 2010 [31]
- L'ouvrage INPES « Modèles et pratiques en éducation du patient : apports internationaux », 2009 [32]

Conception d'une grille d'évaluation du programme « NAPA » aubois

→La deuxième concernait l'**exploitation** de ces documents. Il s'agissait de faire ressortir les principaux **critères et indicateurs** pour permettre la rédaction d'une grille prévisionnelle d'évaluation :

- du processus
- des résultats du programme
- des résultats des participants

Des choix stratégiques ont conduit vers l'exploitation plus particulière de certains documents référents :

- **Le cahier des charges national** fixé par arrêtés et décrets qui précise les conditions d'autorisation d'un programme d'ETP ainsi que les compétences requises.
- **La grille HAS d'aide à l'évaluation de la demande d'autorisation par l'ARS**, qui permet d'analyser la manière dont un programme d'ETP est construit et de vérifier que l'évaluation quadriennale en termes d'activité, de processus et de résultats est organisée. La grille a été construite selon le plan du cahier des charges concernant les programmes d'ETP et reprend les éléments de la composition d'un dossier de demande d'autorisation (relatif aux quatre textes de la loi « HPST » : deux décrets et deux arrêtés).

Les premières informations ont été complétées par :

- **Le petit guide de l'évaluation de la Mutualité Française** qui précise les principales étapes de l'évaluation d'un programme de prévention de la santé.
- **Les deux ouvrages de l'Inpes** qui témoignent de revues d'expérimentation en France et en Europe.

→Ainsi, la troisième phase s'attelait à **organiser** les critères et les indicateurs par thèmes dans la grille prévisionnelle.

→La quatrième et dernière étape consistait à **analyser** leurs pertinences par rapport au programme « NAPA » ainsi que leur faisabilité en fonction des données disponibles pour 2008-2009.

La méthode utilisée, pour mettre en œuvre ces trois actions, étant ainsi décrite et justifiée, la partie suivante présentera les résultats obtenus en termes d'informations et de productions.

Partie 3 Résultats

I	RENCONTRE REGIONALE	52
I.1	Cadre de la rencontre régionale.....	52
	<u>Rappels des objectifs</u>	<u>52</u>
	<u>Participants</u>	<u>52</u>
I.2	Déroulement de la rencontre régionale	54
	<u>La matinée</u>	<u>54</u>
	<u>L'après-midi</u>	<u>55</u>
II	RENCONTRE DES PARTENAIRES ET DE SPECIALISTES	65
II.1	Entretiens et rencontres des partenaires	65
	<u>Les modalités de rencontre</u>	<u>65</u>
	<u>Synthèse des informations obtenues pour le thème 1 : le rôle et les pratiques des partenaires dans le programme « NAPA »</u>	<u>66</u>
	<u>Synthèse des informations obtenues pour le thème 2 : les pratiques en APA, en nutrition et les éventuelles « démarches ETP » dans les structures partenaires</u>	<u>71</u>
II.2	Rencontres de spécialistes.....	72
	<u>Les modalités de rencontre</u>	<u>72</u>
	<u>Résultats de la rencontre avec l'UTEP de Troyes</u>	<u>73</u>
	<u>Résultats de la rencontre avec l'Office des Sports de Reims</u>	<u>75</u>
III	PREPARATION DE L'EVALUATION QUADRIENNALE	77
III.1	Thèmes	77
III.2	Critères et indicateurs d'évaluation.....	78
	<u>Les critères d'évaluation du processus</u>	<u>78</u>
	<u>Les critères d'évaluation des résultats du programme et des participants</u>	<u>79</u>
III.3	Faisabilité et outils de recueil.....	80

I RENCONTRE REGIONALE

I.1 Cadre de la rencontre régionale

Rappels des objectifs

→ Objectifs généraux : permettre d'échanger et de s'accorder sur une base de pratique commune concernant l'évaluation des participants en activité physique, diététique et lors des bilans médicaux > harmoniser les pratiques du programme.

→ Objectifs spécifiques :

- 1-Partager les objectifs du programme régional « Nutrition et Activité Physique Adaptée »
- 2-Partager la démarche d'éducation thérapeutique du patient mise en place dans l'Aube
- 3-Réfléchir sur une mise en réseaux des acteurs
- 4-Réfléchir sur des indicateurs communs par corps de métiers (médecins, diététiciens, techniciens du sport) pour l'évaluation des participants
- 5-Elaborer une grille d'indicateurs régionaux par atelier.

Participants

Pour animer cette journée et répondre aux objectifs fixés, 21 professionnels ont participé à cette rencontre régionale, dont l'équipe de prévention de la MFCA. Les invités étaient majoritairement des partenaires du programme « NAPA » issus de chaque département. Des professionnels, hors partenaires, ont également participé à cette journée (Tableau 8).

D'autres partenaires et professionnels, dont des spécialistes en ETP ont été conviés, mais n'ont pu se libérer ce jour. Cependant, chaque structure partenaire était représentée ainsi que tous les corps de métiers intervenant dans le programme : médecins, diététiciens et techniciens du sport.

Tableau 8. Listes des participants et leurs fonctions à la rencontre régionale

Participants	Fonctions
<i>Activ'Santé (10)</i>	1 Professeur Activité Physique Adaptée, président de l'association
<i>Initiateur du programme NAPA en 2005</i>	1 Médecin généraliste
<i>Centre d'Examens de Santé (CES) (08)</i>	1 Médecin du sport 1 Responsable administrative
<i>Centre de Médecine et d'Evaluation Sportives (CMES) (52)</i>	1 Technicien sport-santé (intervenant EPGV et MDN)
<i>Centre de Santé Mutualiste (CSM) (10)</i>	1 Diététicienne 1 Médecin généraliste
<i>FFEPGV (52)</i>	1 Administratrice nationale 1 Conseiller pédagogique comité régional 1 Présidente comité régional
<i>FFEPMM (08) et (51)</i>	1 Administratrice nationale 1 Animatrice sportive 1 Conseiller technique régional en activité physique 1 Educatrice sport santé
<i>Maison De la Nutrition (MDN) (08), (51) et (52)</i>	1 Directrice régionale 1 Diététicien
<i>Réseau Sport Santé Bien-être (RSSBE) Champagne-Ardenne</i>	1 Médecin Conseiller de la Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale Champagne-Ardenne (DRJSCS)

I.2 Déroulement de la rencontre régionale

La matinée

Au cours de la matinée différentes interventions ont eu lieu :

- Présentation du programme « NAPA »
- Présentation de la démarche d'ETP
- Présentation du Réseau Sport Santé Bien-être de Champagne-Ardenne

Ces dernières ont permis aux participants d'échanger sur leurs pratiques et leur perception.

Les principaux points abordés lors de ces échanges :

- Les objectifs du programme « NAPA » : comment viser davantage le changement de comportements et de représentation ? L'importance d'intégrer la notion socialisante et la notion de plaisir.
- Le mode d'entrée du participant dans le programme : comment impliquer les médecins traitants dans le programme ?
- Le partage des données entre les intervenants : comment faciliter la communication et la transparence des informations entre les intervenants : un dossier patient partagé, un Pass'Sport ?
- Les différences du programme « NAPA » entre chaque département
- L'importance de la labellisation ETP régionale : elle permettrait une meilleure visibilité du programme et notamment pour les médecins traitants.
- La confidentialité des informations concernant notamment les données du bilan médical : comment permettre le partage de données soumises au secret professionnel ?
- La nécessité de la formation complémentaire des intervenants en « sport santé »
- La pérennisation des activités du participant après le programme : comment accompagner davantage les participants vers une pratique d'AP régulière ?

Une nécessité d'aides financières et d'intervention d'associations pendant les séances ?

- Les liens avec le Réseau Sport Santé Bien-être de Champagne-Ardenne (RSSBE) : les partenaires présents se sont rendu compte qu'ils étaient pratiquement tous partenaires du réseau et qu'il serait intéressant de partager davantage leurs savoirs et savoir-faire pour le programme « NAPA ».

L'après-midi

Cette seconde séance était consacrée au travail par atelier. Pour faciliter la réflexion et les échanges, les professionnels étaient répartis par corps de métiers : techniciens du sport, médecins et diététiciens.

Même s'il manquait des professionnels impliqués dans le programme, les participants se sont également basés sur les tests pratiqués dans les autres villes, afin d'être au plus proche des pratiques de chacun.

→ Atelier techniciens du sport :

- Animation : le médecin conseiller de la DRJSCS et RSSBE
- Observation et prise de notes : stagiaire de la MFCA
- Animation transversale : coordinatrice de la MFCA
- Les participants :
 - Activ'Santé : 1 professeur APA
 - CMES : 1 technicien en « sport santé »
 - FFEPGV : 1 conseiller pédagogique régional, 1 administrative nationale, 1 présidente régionale
 - FFEPMM : 1 conseiller technique régional, 1 éducatrice et 1 animatrice sportive, 1 administratrice nationale

➤ Les axes de travail

Dans un premier temps, chaque intervenant APA a présenté ses critères, ses indicateurs et ses outils d'évaluation utilisés jusqu'alors dans le programme « NAPA », pour évaluer les capacités physiques des participants lors des bilans en AP initiaux et finaux. Ainsi, les intervenants ont pu comparer leurs protocoles d'évaluation, en lien avec leurs activités menées pendant les séances avec les participants. Dans un second temps, une réflexion s'est engagée :

1-Comment évaluer **le niveau (qualité et quantité) de pratique d'activité physique** des éventuels participants ?

2-Comment évaluer **la condition physique** des participants, de manière à rendre visible leur progrès durant le programme ?

3-Comment évaluer les bénéfices de l'AP sur **les compétences psychosociales** des participants ?

➤ L'outil de restitution

Le tableau 9 permet de rendre compte du cheminement de la réflexion qui a abouti à un consensus. Un protocole (Annexe 3) précisant le déroulement des tests a été constitué à la suite de cette rencontre et a été validé par le médecin conseiller du sport de la DRJSCS.

Un dossier final en APA fait suite à cette rencontre régionale :

- Une grille d'indicateurs régionaux communs retenus en APA (Tableau 9)
- Un protocole du déroulement des tests, validé et reconnu par les professionnels en AP : le test d'équilibre, le test assis-debout et le test 6 minutes marche (Annexe 2)
- Des fiches annexes : le test de Marshall, le questionnaire Ricci et Gagnon, la toile d'auto-évaluation du développement du lien social et des bénéfices physiques ressentis ainsi que la fiche de suivi de l'évolution des comportements.

Tableau 9. Grille d'indicateurs communs régionaux retenus en APA

	Nom de l'indicateur	Description, outils et modalités de mise en place (procédures/process) et date de mesure	Unités de mesures opérationnelles (m, s, mm, kg, ...) et valeurs ou seuils de significativité (entre l'état initial et l'état final ou intermédiaire)	Support sur lesquels les indicateurs sont reportés (grille hebdomadaire, rapport initial, rapport intermédiaire, rapport final, rapport individuel anonyme, rapport collectif)
1	<u>Test de Marshall :</u> la quantité et l'intensité de pratique d'activité physique habituelle <u>Critère d'inclusion dans le programme</u>	Evaluer la qualité et la quantité de la pratique d'activité physique habituelle. Les « futurs » participants entourent les réponses qui leurs conviennent pour les deux questions et calculent leurs scores. Avant le début des ateliers APA, le jour de la présentation du programme. <i>Cf tableau test de Marshall</i>	Unités de mesures : Note 0, 1, 2 et 4 Note de 4 ou + : suffisamment actif Note de 0 à 3 : pas suffisamment actif	Fiche test de Marshall individuel
2	<u>Questionnaire Ricci et Gagnon :</u> la quantité et la qualité de pratique d'activité physique (Le niveau d'AP)	Evaluer la quantité et la qualité de la pratique d'activité physique. L'intervenant distribue le questionnaire en explicitant les modalités de réponses aux participants. Les participants renseignent le questionnaire et le remettent à l'intervenant. Questionnaire réalisé en début et fin de programme. <i>Cf questionnaire Ricci et Gagnon</i>	Unités de mesures : Score de 8 à 40 Moins de 16 : inactif Entre 16 et 32 : actif Plus de 32 : très actif	Questionnaire individuel Ricci et Gagnon Rapport initial et final individuel

Tableau 9. Suite de la grille d'indicateurs communs régionaux retenus en APA

3	<p><u>Test d'équilibre (unipodal) :</u></p> <p>l'équilibre</p>	<p>Evaluer l'équilibre des participants.</p> <p>Debout le participant doit rester le plus longtemps possible en équilibre sur une jambe de son choix et sans support extérieur.</p> <p>Après avoir posé ses deux mains au niveau des hanches, le participant doit lever son pied à mi-mollet et tenir en position le plus longtemps possible sans poser le pied sur la jambe d'appui. L'intervenant mesure le temps avec un chronomètre dès que le participant lève la jambe. La mesure s'arrête si le sujet pose le pied au sol, s'il modifie la position de ses bras.</p> <p>Le test est réalisé une première fois les yeux ouverts puis les yeux fermés.</p> <p>Test en début et fin du programme lors des bilans APA</p> <p><i>Cf document du protocole détaillé.</i></p>	<p>Unités de mesures : temps en secondes</p> <p>Durée maximum du test : 60 secondes</p>	<p>Rapport initial et final de capacité physique individuel</p>
4	<p><u>Test Assis-Debout :</u></p> <p>la force musculaire des membres inférieurs</p>	<p>Comptabiliser le nombre de levées d'une chaise réalisés par le participant en 30 secondes avec les bras croisés sur la poitrine. La chaise doit être sans accoudoir, d'une hauteur de 43 cm et maintenue immobile.</p> <p>Le test débute lorsque le participant est assis sur la chaise. Il est invité à réaliser le maximum de levés pendant 30 secondes.</p> <p>Début et fin de programme lors des bilans APA</p> <p><i>Cf document du protocole détaillé.</i></p>	<p>Unités de mesures : nombre de levées par participant.</p> <p>Durée : 30 secondes</p>	<p>Rapport initial et final de capacité physique individuel</p>

Tableau 9. Suite de la grille d'indicateurs communs régionaux retenus en APA

5	<u>T est de 6 minutes marche :</u> l'endurance aérobie	Evaluer le nombre de mètre parcourus durant 6 minutes sur un circuit. Les participants sont invités à marcher le plus rapidement possible a fin de parcourir un maximum de distance durant les 6 minutes. Le participant peut s'arrêter et s'asseoir si besoin. Test en début et fin du programme lors des bilans de capacité physique. <i>Cf. document du protocole détaillé.</i>	Unités de mesures : la longueur parcourue pendant 6 minutes en mètres.	Rapport initial et final de capacité physique individuel
6	<u>T est du développement du lien social et des bénéfices physiques ressentis</u>	Auto-évaluation du participant. Compléter la toile en entourant la note qui semble le mieux correspondre à leurs ressentis. En fin du programme, préférentiellement lors de l'avant dernière séance. <i>Cf. toile d'auto-évaluation</i>	Unités de mesures : note de 0, 2, 4, 6, 8 et 10	Fiche individuelle de l'auto-évaluation des participants. Rapport final.
7	<u>Suivi de l'évolution des comportements</u>	Evaluer par l'intervenant des capacités psychosociales acquises par les participants au cours du programme. En fin de programme, lors des bilans finaux en AP. <i>Cf. fiche de suivi de l'évolution des comportements</i>	Unités de mesures : échelle de 0 à 3	Fiche individuelle de l'évolution des comportements. Rapport final.

→ **Atelier diététiciens :**

- Animation : chargée de prévention de la MFCA
- Animation transversale : coordinatrice de la MFCA
- Les participants :
 - Centre de Santé Mutualiste : 1 diététicienne
 - Maison de la Nutrition : 1 diététicien

➤ Les axes de travail

Dans un premier temps, chaque diététicien a présenté ses critères, ses indicateurs et ses outils d'évaluation utilisés jusqu'alors dans le programme « NAPA », pour évaluer les connaissances et les comportements alimentaires des participants lors des bilans diététiques initiaux et finaux. Ainsi, les intervenants ont pu comparer leurs protocoles d'évaluation, en lien avec leurs activités menées pendant les séances avec les participants. Finalement, une réflexion s'est engagée sur l'évaluation des connaissances en nutrition des participants. A ce jour, le questionnaire n'a pu être finalisé.

- L'outil de restitution : le questionnaire de connaissance en nutrition (Tableau 10).

Tableau 10 : Questionnaire de connaissances en nutrition pour les bilans en nutrition initiaux et finaux

Citez deux facteurs de risque cardiovasculaire

Quels comportements pouvez-vous mettre en place au quotidien pour réduire le risque cardiovasculaire ? Citez-en 2.

Pouvez-vous citer 3 matières grasses ?

Pouvez-vous citer 1 aliment riche en sucre naturel ?

Pouvez-vous citer 1 aliment riche en sucre ajouté ?

Citez 2 aliments contenant du sel ajouté

Quels sont les bienfaits de l'activité physique ?

Pour être bénéfique, votre activité physique doit être :

- ☐ Régulière
- ☐ Intense
- ☐ Progressive
- ☐ Pratiquée à jeun
- ☐ Sécurisée
- ☐ Occasionnelle
- ☐ Adaptée

Donnez un exemple d'activité physique que vous pourriez mettre en place dans votre vie de tous les jours.

→ **Atelier médecins :**

- Animation : chargée de prévention de la MFCA
- Animation transversale : coordinatrice de la MFCA
- Les participants :
 - Centre d'Examens de Santé : 1 médecin généraliste et du sport et 1 responsable administrative
 - Centre de santé Mutualiste : 1 médecin généraliste
- Les axes de travail

Dans un premier temps, chaque médecin a présenté ses critères, ses indicateurs et ses outils d'évaluation utilisés jusqu'alors pour le programme « NAPA », pour évaluer l'état de santé et la qualité de vie des participants lors des bilans médicaux initiaux et finaux. Ainsi, les intervenants ont pu comparer leurs protocoles d'évaluation. Finalement, une réflexion s'est engagée entre les professionnels sur les principaux indicateurs à évaluer en rapport avec l'objectif général du programme « NAPA » et a conduit à un consensus.

- L'outil de restitution : une grille d'indicateurs communs régionaux

Le tableau 11, permet de rendre compte du cheminement de la réflexion pour aboutir à cette grille d'indicateurs communs régionaux pour les bilans médicaux initiaux et finaux des participants.

Tableau 11. Grille d'indicateurs communs régionaux retenus pour les bilans médicaux

Nom de l'indicateur	Description, outils et modalités de mise en place (procédures/process) et date de mesure	Unités de mesures opérationnelles (m, s, mn, kg, ...) et valeurs ou seuils de significativité (entre l'état initial et l'état final ou intermédiaire)	Support sur lesquels les indicateurs sont reportés (grille hebdomadaire, rapport initial, rapport intermédiaire, rapport final, rapport individuel anonyme, rapport collectif)
1 IMC	Peser la personne et mesurer sa taille avec une balance et une toise, en début et en fin de programme, au cours des bilans médicaux	IMC < 18 : maigre 18 < IMC < 25 : normalité 25 < IMC < 30 : surpoids 30 < IMC < 40 : obésité IMC > 40 : obésité morbide En cas de baisse (même d'un point) > significativité	Rapport initial, rapport final, rapport individuel et rapport collectif
2 Périmètre abdominal	Utiliser un mètre ruban et mesurer le tour de taille > 2 doigts au dessus du nombril	Femme : 88 cm > au dessus de 88 cm > risque cardiovasculaire augmenté Homme : 102 cm > au dessus de 102 cm > risque cardiovasculaire augmenté	Rapport initial, rapport final, rapport individuel et rapport collectif
3 Echelle de moral	Utiliser une échelle délimitée par un smiley malheureux et un smiley heureux > les participants doivent se positionner sur leur état de moral (éviter que les chiffres soient visibles pour les patients > mais le médecin doit pouvoir l'interpréter en chiffre)	Entre 0 à 3 > mauvais moral Entre 4 et 7 > moral moyen Au dessus de 7 > très bon moral	Rapport initial, rapport final, rapport individuel et rapport collectif > pour argumenter le bien-être de l'action (alimentation équilibrée, pratique d'un sport et lien social)

Tableau 11. Suite de la grille d'indicateurs communs régionaux retenus pour les bilans médicaux

4	<u>Cholestérol</u>	Prescription d'une analyse sanguine lors de la séance de présentation, si aucune possibilité de faire les analyses sur place (si analyse antérieure supérieure à un an. Sinon, utilisation d'une ancienne analyse sanguine) pour mesurer le cholestérol en <u>gramme par litre</u> HDL, LDL ou cholestérol total	Comparer l'analyse initiale et l'analyse finale pour voir l'amélioration ou pas.	Rapport initial, rapport final, rapport individuel et rapport collectif
5	<u>Glycémie</u>	Prescription d'une analyse sanguine ou glycémie récente lors de la séance de présentation, si aucune possibilité de faire les analyses sur place (moins d'un an) (<u>pour les non-diabétiques</u>). Pour les <u>patients diabétiques</u> > Hémoglobine <u>glyquée</u> qui doit être mesurée tous les 3 mois.	Comparaison de la glycémie pour les non-diabétiques. Evolution de l'Hémoglobine <u>glyquée</u> pour les diabétiques.	Rapport initial, rapport final, rapport individuel et rapport collectif
6	<u>Consommation de tabac</u>	Fumeur ou non fumeur	Diminution ou augmentation ou stagnation ?	Rapport initial, rapport final, rapport individuel et rapport collectif
7	<u>Echelle du sommeil</u>	Utiliser une échelle délimitée par un <u>smiley</u> malheureux et un <u>smiley</u> heureux > les participants doivent se positionner sur leur état de sommeil (éviter que les chiffres soient visibles pour les patients > mais le médecin doit pouvoir l'interpréter en chiffre)	Entre 0 à 3 > mauvais sommeil Entre 4 et 7 > sommeil moyen Au dessus de 7 > très bon sommeil	Rapport initial, rapport final, rapport individuel et rapport collectif
8	<u>Echelle de la douleur</u>	Utiliser une échelle délimitée par un <u>smiley</u> malheureux et un <u>smiley</u> heureux > les participants doivent se positionner sur l'intensité de leurs douleurs (éviter que les chiffres soient visibles pour les patients > mais le médecin doit pouvoir l'interpréter en chiffre)	Entre 0 à 3 > aucune douleur Entre 4 et 7 > douleur moyenne Au dessus de 7 > douleur très forte	Rapport initial, rapport final, rapport individuel et rapport collectif

A l'issue de cette rencontre, une base commune d'évaluation pour les bilans médicaux, en nutrition et en APA initiaux et finaux a été retenue pour la région :

- Des indicateurs détaillés
- Des modalités de mise en œuvre de l'évaluation
- Des unités de mesure et des seuils de significativité
- Des supports de report de données

Cette base commune d'évaluation est à ce jour en cours de perfectionnement.

II RENCONTRES DES PARTENAIRES ET DE SPECIALISTES

→ Objectifs : connaître davantage les activités de chacun pour permettre de partager les savoirs et les savoir-faire > mutualiser les pratiques et envisager des partenariats

II.1 Entretiens et rencontres des partenaires

Les modalités de rencontre

Les modalités de rencontre ont varié entre les interlocuteurs. Globalement, les entretiens ont été d'une durée de deux heures et ont permis la rencontre d'au moins un professionnel par structure partenaire et ceci dans leurs locaux.

Au total ont été réalisés :

→ 5 entretiens individuels semi-directifs :

- Activ'Santé Troyes (10) : un professeur APA, président de l'association
- CES Charleville-Mézières (08) : la responsable administrative

- CMES Chaumont (52) : le technicien « sport santé »
- Comité régional EPMM : le conseiller technique régional
- Maison de la Nutrition et du Diabète : la directrice

→ 1 entretien individuel semi-directif téléphonique :

- Comité régional EPGV : le conseiller pédagogique régional

→ Des rencontres informelles :

- CSM Troyes (10) : la diététicienne, professionnelle référent du programme aubois et le directeur général de l'Aube et de la Marne, à l'initiative du programme

Au total, 8 professionnels ont été individuellement interrogés.

Synthèse des informations obtenues pour le thème 1 : le rôle et les pratiques des partenaires dans le programme « NAPA »

Les entretiens ont permis d'obtenir des informations concernant les sous-thèmes suivants :

- **L'équipe** : formations des intervenants en APA, en « sport santé », en éducation pour la santé et en ETP
- **L'élaboration d'un programme personnalisé** : réalisation ou non d'un diagnostic éducatif et d'un contrat éducatif individuel formalisés
- **La mise en œuvre** : techniques éducatives, outils, matériels et locaux
- **La coordination** : modalités de partage et mise en commun des informations concernant le programme et les activités des participants

Ces informations ont été répertoriées par partenaires, dans des tableaux de synthèse (Tableau 12 et annexe 4).

Globalement, il est possible de faire ressortir les principales informations des sous-thèmes suivant :

➤ **Equipe intervenant dans le programme « NAPA » :**

Les techniciens du sport intervenant dans le programme ont une formation soit en APA soit en « sport santé » et ceci avec différents diplômes : brevets d'état, brevets professionnels, licences et masters. Les formations « sport santé » concernent les intervenants des fédérations sportives qui ont bénéficié de stages avec des modules pour encadrer des personnes avec des pathologies. En effet, les fédérations sportives EPMM et EPGV, prônent avant tout le « sport santé ». Ainsi, elles forment leurs professionnels pour accueillir des publics particuliers : sédentaires, obèses, surpoids, diabétiques... en toute sécurité.

Tous les médecins n'ont pas la même formation et la même spécialité. Seulement un médecin, parmi les partenaires, a suivi une formation en ETP.

Tous les diététiciens n'ont pas la même formation. Seulement une diététicienne a une formation en ETP. Par contre, les infirmières intervenant également dans le programme pour certaines séances ont toutes une formation initiale en ETP.

➤ **L'élaboration d'un programme personnalisé :**

Les intervenants en nutrition et en APA ne font pas de diagnostics éducatifs, ni de contrats éducatifs individuels de manière formelle pour les participants du programme « NAPA ». Les objectifs sont formulés le plus souvent à l'oral en début de séances.

➤ **La mise en œuvre :**

Les activités sont variées, mais les thèmes abordés pendant les séances restent similaires autant dans l'atelier APA que dans l'atelier nutrition.

Par contre, les partenaires ne bénéficient pas tous des mêmes ressources pour mettre en œuvre les séances. Certains sont contraints par la superficie de leurs locaux et d'autres par le matériel à leur disposition.

Globalement, le format des séances éducatives reste identique : des séances collectives pratiques et théoriques.

➤ **La coordination :**

Seule la MDN utilise un journal de bord très renseigné pour le programme « NAPA » : assiduité, compte-rendu de la séance (points abordés, points positifs, négatifs, orientation vers un médecin, une association sportive...). Les autres intervenants n'utilisent pas pour le programme « NAPA » d'outils de communication et de synthèse individuelle par patient.

Tableau 12. Tableau de synthèse, partenaires « NAPA », exemple pour le CMES.

Structures/partenaires	Equipe	Activités dans « NAPA »
<p>Centre de Médecine et d'Evaluation Sportives Haute-Marne Chaumont (52) (convention FFEPGV pour les séances APA et MDN pour la conférence AP)</p> <p><i>Association régie par la loi 1901, reconnue d'utilité publique</i></p> <p>Locaux : Centre hospitalier de Chaumont (salle de consultation médicale, salle d'activités physiques, salles de tests de condition physique)</p>	<p><u>Professionnel de santé :</u> Médecin généraliste du sport</p> <p><u>Professionnel spécialiste :</u> Technicien en sport-santé Formation APA et nutrition</p> <p><u>Techniques éducatives :</u> - Séances collectives : 2 groupes de 5 participants, 1 sur vélo et 1 sur les tapis au sol - Alternance des activités - Auto-surveillance : cardio-fréquencemètre - Implication participants dans mise en œuvre échauffement et étirement</p> <p><u>Matériels :</u> - Salle d'activités : tapis, vélo, rameur, ballons, altères, élastiques ; - Salle de tests de condition physique/ à l'effort (logiciel V-MAX, test d'équilibre) - Couloir étalonné pour le test de 6 minutes marche - Salle de consultation médicale</p>	<p><u>Séance de présentation</u></p> <p><u>Bilans médicaux initiaux et finaux</u></p> <p><u>Ateliers :</u> - Bilan initiaux et finaux en activité physique - Séances d'APA</p> <p><u>→ Evaluation individuelle :</u> - Résultats des participants - Assiduité et satisfaction</p>

Par ailleurs, d'autres informations ont été apportées par les interlocuteurs :

➤ **Les atouts du programme :**

- Un programme régional
- Un programme complet : bilans initiaux médicaux, nutrition et APA – ateliers APA, nutrition – bilans finaux médicaux
- Un programme multi-partenarial
- Un programme gratuit
- La labellisation ETP dans l'Aube

➤ **Les principaux freins au bon déroulement du programme « NAPA » exprimés par les interlocuteurs :**

- Le manque d'assiduité et d'implication des participants
- Le manque de communication et d'échanges entre les intervenants (APA et nutrition)
- Le manque de lien avec les associations sportives durant le programme
- Le nombre insuffisant de séances en APA (sauf pour l'Aube)
- La gratuité complète du programme pour les participants
- La non connaissance du coût du programme par les participants
- La rigidité d'intégration dans le programme : pas possible de l'intégrer en cours

➤ **Propositions faites pour améliorer le programme « NAPA » :**

Ardennes :

- **Accompagner** le patient vers une association, un club, une pratique adaptée, régulière et sécurisée : faire venir des intervenants des associations pendant les séances.

- Augmenter le **nombre de séances** en APA et permettre ainsi une plus grande sensibilisation à la pratique régulière d'AP
- Développer la **mutualisation** des programmes d'ETP, notamment entre le programme ETP du CES plus théorique et celui de la MFCA plus pratique
- **Cibler un public** plus prioritaire

Aube :

- **Débuter** plus tôt le programme, dès septembre au lieu d'octobre, pour pouvoir mettre en œuvre plus rapidement les ateliers
- **Suivre** davantage les participants (carnet de suivi, entretien motivationnel)
- Améliorer **la communication** entre le médecin du programme et les intervenants pour connaître les pathologies et les contre-indications des participants et mieux adapter les séances

Haute-Marne :

- Améliorer la **coordination et la communication**, notamment entre les intervenants
- Faire des **réunions** entre intervenants d'un même département
- Suivre de façon plus outillée les participants

Marne :

- Augmenter le **nombre de séances** en APA
- **Accompagner** les participants à une AP régulière après le programme en proposant l'intervention d'animateurs d'associations durant les séances
- Créer une fiche de partage d'information entre le participant et l'animateur APA
- Utilisation d'un Pass'Sport pour **suivre** l'évolution du participant

➤ **Perspective formulée :**

- **Formation continue** en ETP pour la diététicienne du CSM Aube :
Diplôme Universitaire ETP à la rentrée 2011

Synthèse des informations obtenues pour le thème 2 : les pratiques en APA, en nutrition et des éventuelles « démarche ETP » des structures partenaires

Les interlocuteurs ont répondu aux sous-thèmes suivants :

- **Equipe** : les professionnels et leurs formations
- **Activités principales** : promotion, prévention de la santé
- **Programmes principaux** concernant la prévention de la santé par l'APA, l'éducation pour la santé et l'ETP.

Les informations obtenues ont été synthétisées par partenaire (Annexe 5):

L'association Activ'Santé : Troyes (10)

Le Centre d'Examens de Santé (CES) : Charleville-Mézières (08)

Le Centre de Médecine et d'Evaluation Sportives : Chaumont (52)

Le Comité Régional EPGV

Le Comité Régional EPM Sports pour tous

La Maison De la Nutrition, Cœur-Obésité-Diabète : Région CA

Les partenaires ont tous des activités de promotion et de prévention de la santé et comme précisé précédemment, leur équipe ont des formations diverses pour encadrer des patients atteints de pathologies. Pour tenter de répondre à la problématique, ce sont leurs principaux programmes qui sont détaillés dans l'annexe 4.

Le Centre d'Examens de Santé a été retenu comme exemple puisqu'il est le seul à mener une démarche d'ETP complète à ce jour parmi les partenaires.

Exemple du Centre d'Examens de Santé (CES) : Charleville-Mézières (08)

Equipe, formation des intervenants :

- Médecins du sport, généralistes, infirmières formés à l'ETP (CETAF).
- Responsable administrative formée à l'éducation pour la santé.

Activités principales :

→ **Evaluation** : Bilans de santé gratuits pour tous les assurés sociaux.

→ **Promotion et prévention de la santé** : conseils et programmes

Programme d'ETP : Education thérapeutique des patients diabétiques de type 2

-Population ciblée : personnes diabétiques de type 2, âgées de 30 à 75 ans dépistées lors d'un bilan de santé

-Contenu :

Suivi et
information du
médecin
traitant

- diagnostic éducatif,
- 5 ateliers collectifs (connaissances maladie, AP, les glucides, les lipides et équilibre alimentaire, les traitements médicamenteux),
- bilans des ateliers,
- séance individuelle de suivi à 6 mois puis à 1 an.

-Promoteur : la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Sociaux (CNAMTS)

II.2 Rencontre des spécialistes

Les modalités de rencontre

Des choix stratégiques ont conduit vers la rencontre de professionnels spécialistes de l'ETP et en « sport santé » :

- L'Unité Transversale d'Education du Patient de Troyes (UTEP) :
l'Educateur Médico-Sportif (EMS)
- L'Office des Sports de Reims : le président et un chargé de missions

Résultats de la rencontre avec l'UTEP de Troyes

L'EMS a présenté plus particulièrement un de ses programmes en ETP par l'APA pour les diabétiques de type 2 puisqu'il semblait correspondre davantage au programme « NAPA » :

Programme d'ETP par l'APA : Education thérapeutique des patients diabétiques de type 2

-Population ciblée : personnes diabétiques de type 2

-Objectif : améliorer la qualité de vie et l'état de santé par la pratique d'AP

-Contenu :

- Réunions d'information sur les bienfaits de l'AP pour les diabétiques
- Diagnostic éducatif (entretien motivationnel sous forme d'entretien semi-directif réalisé par l'EMS et questionnaire SF36)
- Contrat éducatif
- Le test de condition physique et impédancemétrie :
 - Test 6 minutes marche
 - Test d'équilibre
 - Test de souplesse
 - Puissance des membres inférieurs (test de la chaise)
- Atelier collectif de 8 à 10 semaines, 2 séances APA par semaine d'1h15 (Vélo et gym)
- Bilans des ateliers : test APA et impédancemétrie et entretien individuel sur les perspectives
- Point téléphonique 1 mois et 3 mois après l'atelier
- Séance individuelle de suivi à 6 mois : test APA, impédancemétrie et bilan des pratiques

Des différences et des similitudes ont pu être remarquées entre le programme « NAPA » Aube de la MFCA et « APA » de l'UTEP (Tableau 11).

Tableau 11. Différences et similitudes entre le programme "APA" et le programme "NAPA"

	UTEP « APA »	MFCA « NAPA » Aube
Coordination	Médecin spécialiste	Chargé de prévention
Critère d'inclusion	Prescription au patient de l'hôpital Diabétiques de type 2	Grand public Facteurs de risques cardiovasculaires
Mode d'entrée	Médecin spécialiste	Participant
Equipe	EMS à plein temps, Formation APA et ETP	Technicien APA et diététicienne à temps partiel, Formation APA et expérience ETP
Démarche éducative	Diagnostic éducatif Contrat éducatif : définition du programme avec le patient	- -
Outils de suivi des patients	Dossier patient partagé et tableau de bord (évaluation de la séance)	Tableau de bord non formalisé
Confidentialité	Secret professionnel	Charte de confidentialité, données non partagées entre les intervenants et le médecin
Durée	8 à 10 semaines	9 mois
Nombre de séances en APA par participants	2 par semaine	10-12 séances 30 séances
Nombre de participants en moyenne	4 à 5	12 à 40
Après programme	Bilan APA et médical 6 mois après le programme	Contact téléphonique 4 mois après le programme
Lien avec le médecin traitant	Informé des différentes étapes Reçoit une synthèse finale	Informé de l'entrée du participant Reçoit une synthèse finale

Finalement, les échanges ont permis de rendre compte de la nécessité de travailler ensemble et de mutualiser les pratiques. L'EMS a relevé la difficulté commune d'accompagner les patients vers la pérennité des pratiques. Il envisage également la possibilité d'orienter les patients qui en auraient le besoin et l'envie, vers le programme « NAPA ».

Résultats de la rencontre avec l'Office des Sports de Reims

La rencontre avec les professionnels de l'Office des Sports de Reims a permis de présenter les activités respectives et plus particulièrement le programme « NAPA » pour la MFCA. Des points communs ont été relevés entre les activités de ces deux structures. Ils concernent notamment le lien avec le Réseau Sport Santé Bien-être et le Centre Médico-Sportif de Reims. Effectivement, l'Office des Sports est avant tout une structure de concertation des activités physiques et sportives. C'est également un lieu d'accueil et de service pour les associations dans l'agglomération rémoise. Il propose notamment des visites d'aptitudes à la pratique physique, des suivis médico-sportifs, consultations diététiques et de psychologie du sport dans le Centre Médico-Sportif.

Une proposition de la MFCA, émergeant de plusieurs rencontres avec les professionnels du RSSBE et pour envisager un partenariat avec le Centre Médico-Sportif et le RSSBE, a été retenue. L'expérimentation reste encore à concrétiser à ce jour mais est prévue pour octobre 2011.

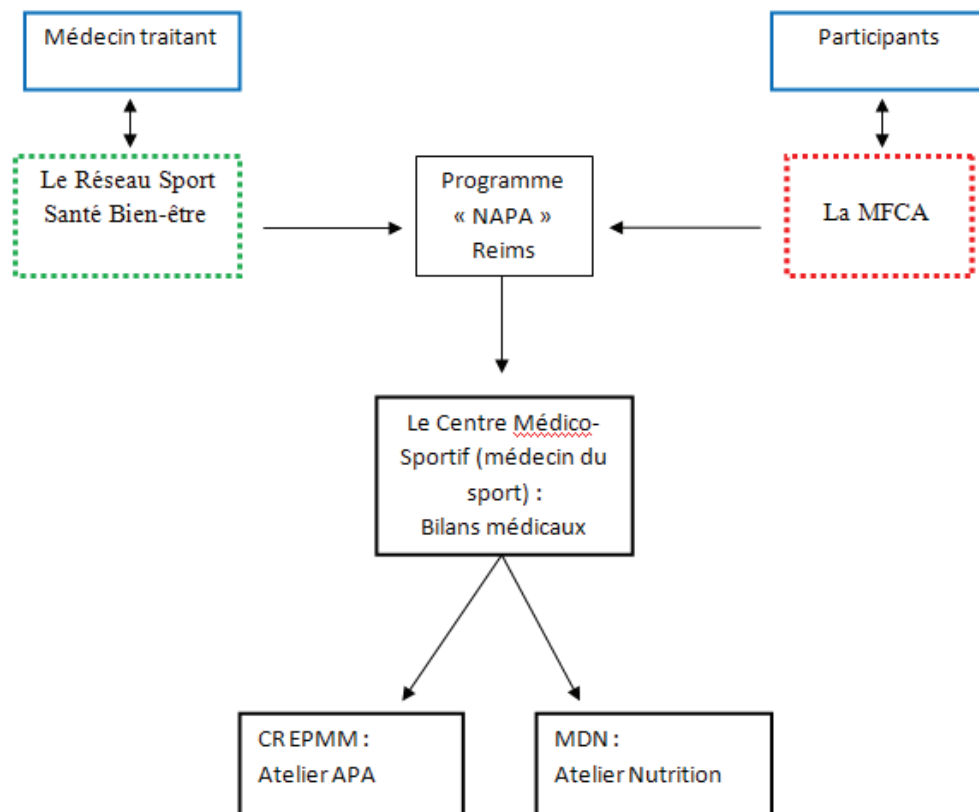


Figure 4. Représentation de l'expérimentation avec le RSSBE et le programme « NAPA » de la MFCA

III PREPARATION DE L'EVALUATION QUADRIENNALE

Une grille de critères et d'indicateurs d'évaluation de 15 pages a abouti de cette préparation. A ce jour, elle est encore un document de travail qui devrait être finalisé pour septembre 2011. Il est possible d'en dégager les principaux points.

III.1 Thèmes

Les critères d'évaluation **du processus** ont été classés par thèmes choisis par l'équipe de la MFCA :

- Diagnostic territorial initial
- Equipe
- Elaboration
- Mise en œuvre : communication et élaboration des objectifs
- Mise en œuvre : format des séances et démarche éducative
- Mise en œuvre : outils de suivi
- Coordination
- Confidentialité et déontologie
- Evaluation
- Financements

Les critères d'évaluation **des résultats du programme** et ceux **des participants** n'ont pas été classés par thème puisqu'ils ont été moins relevés dans les documents référents.

III.2 Critères et indicateurs d'évaluation

Les critères d'évaluation du processus

Des critères ont été répertoriés et triés dans les thèmes précédemment cités. Ils reprennent les principaux éléments indispensables à un programme d'ETP comme par exemple :

- **Diagnostic territorial initial**
 - Adéquation avec les problématiques de santé (Maladies chroniques)
- **Equipe**
 - Multi-professionnalité, pluridisciplinarité
 - Compétences, expériences et formation en ETP
- **Elaboration**
 - Implication des professionnels
 - Implication des participants
 - Association de l'entourage
 - Critères d'inclusion des participants
- **Mise en œuvre**
 - Diagnostic éducatif
 - Contrat éducatif
 - Planification
 - Séquences éducatives
 - Implication des participants
 - Association de l'entourage
 - Outils de suivi

- **Coordination**
 - Modalités de partage et de mise en commun
 - Référent
 - Lien avec le médecin traitant

- **Confidentialité et déontologie**
 - Transparence
 - Consentement des participants
 - Autorisation Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL)
 - Lien avec les laboratoires pharmaceutiques

- **Evaluation**
 - Evaluation individuelle
 - Transmission et communication des résultats

- **Financements**
 - Prévision financière
 - Cofinancements

Les critères d'évaluation des résultats du programme et des participants

De la même manière, des critères d'évaluation **des résultats du programme** et des **participants** ont été répertoriés et triés. Ils reprennent les principaux éléments indispensables à un programme d'ETP comme par exemple :

Pour le programme :

- Assiduité des participants
- Satisfaction des participants et des partenaires
- Atteinte des objectifs
- Pérennisation des activités des participants après le programme
- Pérennisation des partenariats

Pour les participants :

- Connaissances en nutrition et en AP
- Comportements en nutrition et en AP
- Impact sur l'état de santé
- Impact sur la qualité de vie

Ces critères d'évaluation n'ont pu être davantage traités mais ont fait l'objet de la rencontre régionale du 24 mars 2011. Néanmoins, il est possible de préciser que la MFCA les utilisent déjà principalement tous dans les évaluations des années précédentes.

Par ailleurs, elle souhaite davantage réfléchir dans un premier temps aux critères suivants et leur mise en œuvre :

- la pérennisation des activités des participants après le programme
- l'impact sur la qualité de vie des participants

III.3 Faisabilité et outils de recueil

Pour évaluer la faisabilité d'évaluation de ces critères et ces indicateurs, au regard des évaluations et des informations disponibles des années précédentes, l'équipe de la MFCA a répertorié des outils de recueil pour ses informations. Ainsi trois cas de figure ont été dégagés :

- Des critères déjà évalués ou possible d'évaluer. Des outils de recueil sont déjà formalisés.
- Des critères possible d'évaluer, mais les outils de recueil restent à formaliser.
- Des critères pas encore possible d'évaluer, parce qu'ils ne font pas partie du programme actuel : les critères sont à mettre en œuvre et les outils sont à construire.

Au vu de la problématique, il est intéressant de faire ressortir les deux derniers cas de figure dans le tableau 12.

Tableau 12. Critères d'évaluation à améliorer et à développer

Thèmes	Critères possible d'évaluer →outils de recueil de données à formaliser	Critères qu'il n'est pas encore possible d'évaluer
Equipe	Compétences, expériences et formation en ETP →Une justification de l'expérience en ETP et programme du Diplôme Universitaire que la diététicienne va entreprendre à la rentrée 2011	
Elaboration		Implication des participants Association de l'entourage
Mise en œuvre		Diagnostic éducatif Contrat éducatif Implication des participants Association de l'entourage Outils de suivi
Coordination	Modalité de partage et de mise en commun →Carte conceptuelle présentant l'organisation de la coordination dans le programme	

La réflexion sur cette évaluation quadriennale a permis à l'équipe de la MFCA de se rendre compte des différents points encore à mettre en œuvre ou à améliorer au regard des critères et des indicateurs de documents référents. Elle a pu réfléchir à quelques perspectives pour le programme « NAPA », concernant notamment des points clés d'un programme d'ETP qui ne sont pas encore mis en place (Tableau 13).

Tableau 13 : Exemple de critères et d'indicateurs pas encore possible d'évaluer

Sources bibliographiques	Thèmes choisis par la MFCA	Critères qui ressortent des documents référents	Indicateurs qui ressortent des documents référents	Outils de recueil de donnée envisagés par la MFCA	Faisabilité par rapport aux données recueillies (au moins pour 2008 et 2009)
Grille HAS d'aide à l'instruction ARS	Mise en œuvre : →élaboration des objectifs	Diagnostic éducatif	Taux de patients ayant eu un diagnostic éducatif individuel	Dossier patient partagé	Pas de diagnostic éducatif individuel formalisé en APA, ni de dossier patient partagé
		Contrat éducatif	Taux de patients ayant un programme personnalisé écrit	Dossier patient partagé	Pas de contrat éducatif individuel formalisé ni de dossier patient partagé
		Outils de suivi	Présence d'outils de suivi	Journal de bord	Pas de journal de bord formalisé

Les résultats des actions menées étant présentés, la partie suivante propose une analyse de ces derniers et permet de suggérer des propositions méthodologiques afin de répondre davantage à la problématique.

Partie 4 Analyse et discussion

I	ANALYSE DES RESULTATS.....	85
I.1	La rencontre régionale.....	85
	<u>Apports à la problématique et perspectives</u>	<u>85</u>
	<u>Difficultés et remédiations</u>	<u>86</u>
I.2	Les entretiens et les rencontres.....	87
	<u>Apports à la problématique et perspectives</u>	<u>87</u>
	<u>Difficultés et remédiations</u>	<u>89</u>
I.3	La préparation de l'évaluation quadriennale	89
	<u>Apports à la problématique et perspectives</u>	<u>89</u>
	<u>Difficultés et remédiations</u>	<u>90</u>
II	PROPOSITIONS METHODOLOGIQUES D'AMELIORATION.....	91
II.1	Constat.....	91
II.2	Quelques propositions méthodologiques	92
	<u>Information</u>	<u>92</u>
	<u>Formation</u>	<u>93</u>
	<u>Coordination</u>	<u>94</u>
	<u>Implication des médecins, des médecins traitants</u>	<u>94</u>
	<u>Implication des participants</u>	<u>95</u>
	<u>Dossier patient partagé, un outil de partage et de mise en commun</u>	<u>96</u>
	<u>La démarche éducative</u>	<u>96</u>
III	DISCUSSION SUR LA PLACE DE L'AP DANS L'ETP	97
III.1	Une place prépondérante.....	97
	<u>L'APA, un moyen pour l'ETP</u>	<u>97</u>
	<u>Une mise en place récente en ambulatoire, en construction</u>	<u>97</u>
III.2	Les difficultés	98
	<u>Information et formation</u>	<u>98</u>
	<u>L'APA et la pérennisation des activités</u>	<u>99</u>

En dernier lieu, il est intéressant de proposer une analyse des résultats des actions engagées. En effet, même si les réponses à la problématique sont en partie dans les actions menées, il réside une part de réflexion sur les projets à envisager et surtout sur ce que les actions ont apporté pour tendre à la labellisation ETP régionale.

Rappel de la problématique :

→ Par quels moyens et dans quelles mesures favoriser l'amélioration et le développement du programme « NAPA », en vue d'une labellisation régionale ?

Le projet explicité dans les parties précédentes proposait dans une première action d'harmoniser les pratiques d'évaluation, dans une deuxième action de mutualiser les savoirs et les savoir-faire et dans une troisième action, d'anticiper l'évaluation quadriennale du programme « NAPA » au bois.

→ Qu'ont apporté les investigations menées ?

→ Quelles ont été les principales difficultés ?

Ainsi, dans un premier temps seront analysés les résultats de ces trois actions, le deuxième temps fera l'objet de quelques propositions méthodologiques d'amélioration pour la mise en œuvre de l'ETP au niveau régional puis dans un troisième temps sera discuté de la place de l'AP dans un programme d'ETP.

I ANALYSE DES RESULTATS

I.1 La rencontre régionale

Apports à la problématique et perspectives

La rencontre régionale a notamment permis aux partenaires d'échanger sur leurs pratiques. Ils ont apprécié cette possibilité de collaborer et de partager leurs savoirs et savoir-faire. Aujourd'hui, les partenaires vont utiliser une base commune pour évaluer les participants. Dans cette mesure, il sera alors possible d'évaluer non seulement avec les mêmes critères mais également avec des indicateurs précis : un protocole explicite, des unités de mesure et des seuils de significativité. L'harmonisation des pratiques d'évaluation permettra de rendre visibles des données régionales, de les communiquer et surtout d'améliorer le programme régionalement. Il est important de préciser que les critères concernent l'évaluation de données objectives et subjectives, des données anthropométriques, physiologiques et biologiques, des connaissances et des comportements en alimentation et en activité physique ainsi que des compétences psychosociales et des données sur la qualité de vie des participants. De la sorte, ils correspondent aux compétences et aux connaissances attendues d'un programme d'ETP.

Au-delà de la conception des grilles d'évaluation, l'important résidait dans la manière d'y parvenir. En effet, les partenaires, professionnels en APA, en nutrition et dans le domaine médical, ont su remettre en question leurs pratiques dans le programme. A savoir s'ils utilisaient les « bons outils », les « bonnes techniques » pour les « bonnes activités ». Ils ont convenu de comparer et d'adapter leurs pratiques pour répondre au mieux aux besoins et aux attentes des participants.

Par ailleurs, cette rencontre a permis d'engager des débats au-delà de l'évaluation des participants. Les partenaires ont soulevé des points importants dans l'organisation et le déroulement du programme et ont pris conscience de la nécessité et de la possibilité d'améliorer le programme. Ils ne pensent peut-être pas de suite à une labellisation ETP

régionale, mais envisagent dans une première mesure de remédier aux difficultés en partageant davantage leurs ressources et leurs compétences.

Cette rencontre a permis également de confirmer les liens avec le Réseau Sport Santé Bien-Etre, de dégager les avantages de travailler ensemble et d'envisager des projets communs.

En ce sens, l'équipe de prévention envisage de réitérer ce genre de rencontre et permettre ainsi aux partenaires d'échanger et de construire ensemble de nouveaux outils tels qu'un diagnostic éducatif et un contrat éducatif formalisé.

Difficultés et remédiations

Comme précisé ci-dessus, l'important dans la conception de ces grilles était notamment les réflexions et les débats qu'elles ont engagés pour y parvenir. Les professionnels ont eu plus au moins de difficultés pour arriver à un consensus selon les ateliers. Effectivement, alors que les techniciens du sport ont discuté davantage des détails du protocole d'évaluation, jusqu'à l'ordre de réalisation des tests, cela n'a pas été aussi évident pour les ateliers médecins et diététiciens. Ces différences de résultats entre les trois ateliers pourraient s'expliquer par plusieurs raisons :

- Les **techniciens du sport** utilisaient déjà des tests en commun pour leurs activités en dehors de « NAPA » et sont tous partenaires du Réseau Sport Santé Bien-être. Ils mènent donc des activités communes en parallèle du programme « NAPA ». Il fallait tout de même s'accorder sur les tests les plus appropriés au programme « NAPA » et à ses objectifs, ainsi que prendre en compte les contraintes de chaque partenaire (locaux, matériels, nombre de séances...).
- Les **diététiciens** utilisent des données en partie subjectives pour évaluer les participants. En effet, les intervenants peuvent évaluer d'une part les connaissances en termes de nutrition, qui sont des données objectives, mais pour évaluer les changements de comportements alimentaires, les données restent subjectives. Il peut s'avérer être plus long et difficile de s'accorder sur la confection de ce genre de questionnaire. De plus, il s'ajoute les contraintes de

financements des partenaires. Par exemple, la Maison de la Nutrition dépend uniquement des financements de l'ARS et réalise depuis 2011 un Contrat Pluriannuel d'Objectifs Moyens (CPOM) qui lui laisse une faible marge de manœuvre. Elle est contrainte de respecter les critères et les indicateurs formulés dans ce dernier.

- Les **médecins** ont réussi à s'accorder sur des critères et indicateurs communs. Pourtant, leur consensus a semblé être plus long et plus difficile que dans l'atelier des techniciens du sport. Ceci pourrait s'expliquer par la diversité des critères et indicateurs possible d'évaluer ainsi que l'importance de la précision des unités de mesure. En effet, ils ont un rôle prépondérant dans le programme en permettant de délivrer les certificats de non contre indication à la pratique d'une activité physique et la reconnaissance des critères d'inclusion dans le programme.

Par ailleurs, les ateliers **diététiciens et médecins** ont manqué de la présence de professionnels intervenant dans le programme, ce qui a pu potentiellement alléger leurs réflexions lors de la rencontre.

I.2 Les entretiens et les rencontres

Apports à la problématique et perspectives

Dans un premier temps et en parallèle de la rencontre régionale, il semblait important de recueillir des informations auprès des partenaires individuellement. Au-delà de l'évaluation, il s'agissait de connaître plus précisément leurs pratiques (dans leurs structures et dans le programme), notamment celles concernant la démarche d'ETP pour pouvoir envisager une labellisation ETP régionale.

De la sorte, les rencontres et les entretiens avec les partenaires ont permis de mieux apprécier leurs pratiques à savoir celles requises pour la démarche d'ETP et ainsi de se rendre compte des différents points à améliorer pour pouvoir tendre vers la labellisation

ETP régionale. Il est possible de dégager trois cas de figure concernant le rôle des partenaires dans le programme « NAPA » :

- Il y a ceux qui considèrent le programme comme appartenant à la MFCA et où ils n'ont à pas prendre d'initiative particulière.
- Il y a ceux qui ont des programmes similaires et qui ont par le fait, tendance à intégrer leurs techniques et leurs outils dans le programme « NAPA ».
- Il y a ceux qui considèrent le programme « NAPA » comme leur programme au sein de la Mutualité Française Champagne-Ardenne, et qui incorporent leurs programmes dans celui de « NAPA ».

La MFCA souhaite s'appuyer sur ces informations pour impliquer davantage certains intervenants qu'elle ressent plus porteur du projet.

Dans un deuxième temps, la rencontre avec l'EMS de l'UTEP a été très enrichissante. En effet, l'ETP en milieu hospitalier demeure un modèle aujourd'hui pour les promoteurs en ambulatoire. Il a pu être distingué les étapes à améliorer dans le programme « NAPA » aubois : le diagnostic éducatif, le contrat éducatif, le lien avec les soins de premiers recours ainsi que la pérennisation des activités et le suivi des participants jusqu'à un an après le programme. Ainsi, la MFCA envisage de se rapprocher de ces promoteurs d'ETP du milieu hospitalier pour réfléchir ensemble à des améliorations tant par des partages de techniques pédagogiques que par des outils.

Dans un troisième temps, la rencontre avec l'Office des Sports de Reims a été plus concrétisant. Effectivement, l'expérimentation envisagée permet de développer le partenariat et donc de mutualiser les moyens humains, matériels et financiers du programme « NAPA » à Reims. C'est un projet très attendu par la MFCA et le RSSBE pour répondre davantage aux besoins et aux attentes de santé ainsi qu'à l'amélioration du programme. Cette expérimentation va notamment permettre d'impliquer davantage les médecins traitants dans le programme « NAPA ». En effet, ces derniers sont sollicités dans le parcours de soins sport santé du RSSBE (Annexe 1). De cette manière, le RSSBE et la MFCA vont travailler conjointement pour le programme « NAPA ».

Difficultés et remédiations

Les difficultés d'une labellisation dans un futur proche ont ressorties principalement des entretiens avec les partenaires. Ils sont aujourd'hui plus au moins sensibilisés et impliqués dans cette démarche d'ETP. Certains en font déjà en dehors du programme « NAPA », d'autres du « sport santé » ou encore de l'éducation pour la santé (Annexe 5). Mais pour autant, leurs pratiques dans le programme « NAPA » ne respectent encore pas les différentes étapes de mise en œuvre de l'ETP.

Par ailleurs, même si début janvier la méthode pour rencontrer les partenaires semblait la plus pertinente, avec le recul, il aurait été possible de les mener différemment. Comme par exemple en amont, il aurait été important de les informer davantage du projet de labellisation ETP régionale afin de connaître leurs connaissances et perceptions dans le domaine. Des questionnaires papier auraient pu permettre des questions plus directives et ainsi cibler davantage les points essentiels de l'ETP. Par ailleurs, il aurait été intéressant de rencontrer et de se rapprocher d'autres spécialistes en ETP de la région.

I.3 La préparation de l'évaluation quadriennale

Apports à la problématique et perspectives

Tout d'abord, les différentes phases de recherches ont permis de se familiariser principalement avec les étapes de l'ETP, notamment celles attendues et précisées dans les publications HAS, lesquelles servent de référentiel aux ARS pour évaluer et autoriser les programmes d'ETP.

L'équipe de la MFCA a pu concevoir des perspectives pour améliorer la structuration du programme, au travers de la réflexion autour des critères et des indicateurs d'évaluation d'un programme d'ETP. De plus, même si cette grille d'évaluation a été envisagée pour le programme aubois labellisé, elle pourra servir aux réflexions d'amélioration dans les autres départements.

En ce sens, le MFCA s'est rapprochée notamment des Réseaux de santé ADDICA⁷ et CARÉDIAB de Champagne-Ardenne, pour envisager avec eux le partage de leur dossier patient partagé - « ORNICARE » - également utilisé par le RSSBE. C'est un outil très attendu par le MFCA puisqu'il permettrait de pallier aux difficultés de communication de données sur le participant entre les médecins du programme « NAPA », les intervenants ainsi que le promoteur du programme. Ce qui est intéressant, c'est que ces Réseaux de santé ont renforcé l'autorisation de Communication Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) et ceci pourrait rassurer le partage de données soumises au secret professionnel et indispensable pour un programme d'ETP structuré et coordonné.

Difficultés et remédiations

Beaucoup d'informations ont été recueillies lors de cette conception de la grille d'évaluation quadriennale et certainement plus que l'équipe de la MFCA pouvait l'imaginer. Il a donc été difficile de la construire et aujourd'hui elle n'a pu être finalisée. Pour autant, l'équipe de la MFCA poursuivra ses recherches pour perfectionner la formulation des critères et des indicateurs d'évaluation et également trier les informations véritablement envisageables dans l'état actuel du programme « NAPA ». L'équipe de la MFCA a pu se rendre compte du chemin qu'il restait à parcourir pour améliorer son programme labellisé, avant même une labellisation ETP régionale. En effet, il reste des discordances entre la théorie et la pratique de l'ETP dans le département aubois. Le programme aubois ne peut être aujourd'hui un modèle pour la région.

⁷ ADDICA : Réseau Addictions Précarité Champagne-Ardenne

II PROPOSITIONS METHODOLOGIQUES D'AMELIORATION

II.1 Constat

En Champagne-Ardenne, le programme régional « NAPA » de la MFCA est une première marche vers l'éducation thérapeutique du patient en ambulatoire. En effet, la labellisation ETP ne concerne que le programme aubois et ce dernier nécessite encore des ajustements. Il y manque notamment des étapes primordiales de l'ETP : un diagnostic, un contrat éducatif formalisé et le lien avec les médecins traitants... C'est un programme régional encore incertain qui soulève quelques difficultés de mise en œuvre.

En effet, à la conception du programme, la MFCA souhaitait valoriser le travail de ces partenaires, encore trop peu dans la région dans les domaines du « sport santé » et de la nutrition. Ils ont alors été sollicités pour le programme « NAPA » pour leurs expériences et leurs renommées dans les activités en nutrition et en activité physique adaptée. Le milieu associatif est un milieu complexe qui ne permet pas toujours d'être synonyme de rigueur au vu des moyens disponibles. Ce qui pourrait paraître paradoxal au regard des besoins en sécurité pour l'encadrement et le suivi de ce public atteint de pathologies chroniques.

Aujourd'hui, une certaine souplesse de mise en œuvre s'est alors installée dans le programme « NAPA » et ne facilite pas le projet d'une labellisation ETP régionale. Pour autant, les partenaires restent des maillons indispensables à un programme d'ETP complet, adapté et sécurisé en ambulatoire. Ainsi, le programme « NAPA » repose aujourd'hui sur de bonnes volontés et surtout sur une émulation régionale en « sport santé ». Il reste encore des freins à lever et des obstacles à franchir pour tendre vers une labellisation ETP régionale.

Il paraîtrait répétitif, pour sûr redondant de s'atteler à la rédaction de recommandations méthodologiques en ETP. Effectivement, elles ont déjà fait l'objet d'ouvrages, de guides et de rapports de comités de professionnels de l'ETP. Mais pour autant, peu

distingue cette pratique en ambulatoire. Au regard du programme « NAPA » et des différentes actions menées lors de ce projet pour favoriser l'amélioration et le développement du programme, il est possible de formuler quelques propositions méthodologiques pour favoriser la mise en œuvre de l'ETP en ambulatoire au niveau régional.

II.2 Quelques propositions méthodologiques

Sur les bases d'une synergie partenariale, multi-professionnelle et transdisciplinaire, différents points peuvent être dégagés :

➤ Information

Les professionnels doivent avant tout être informés de l'existence et des exigences de l'ETP. L'information pourrait permettre de faire ressentir les enjeux de cette démarche et d'impliquer véritablement les professionnels. L'information peut se faire à plusieurs niveaux :

Au niveau régional, l'Agence Régionale de Santé a un rôle prépondérant dans le suivi et le développement de l'ETP. Elle pourrait communiquer davantage sur les offres en ETP et en « sport santé », notamment auprès des médecins traitants et promoteurs en promotion de la santé en ambulatoire, qui, contrairement au milieu hospitalier, sont encore trop peu informés. L'offre pourrait être recensée et cartographiée pour favoriser la connaissance des activités de chacun.

L'Institution Régionale d'Education et de Promotion de la Santé (IREPS) pourrait proposer des séminaires et des conférences sur l'ETP en ciblant davantage les professionnels de « la ville », pas seulement celui du milieu hospitalier. Ainsi proposer des outils, des revues d'expérimentations, de la méthodologie pour mettre en œuvre l'ETP dans divers domaines en ambulatoire.

Par ailleurs, la création d'outils interactifs pourrait faciliter la transmission de l'information, telle que l'Inpes l'a déjà initié avec un cédérom pour les formateurs d'ETP [33] et un guide d'aide à l'action d'éducation du patient diabétique de type 2 [34].

Au niveau départemental, des pôles de compétences en méthodologie de projet existent déjà (CODES⁸, MFCA...), sous réserve de formation en ETP, ils peuvent permettre de favoriser la mise en œuvre de l'ETP au niveau local en organisant des rencontres et des échanges d'expérimentation, non seulement entre les futurs promoteurs, mais également entre les promoteurs en ETP du département en ambulatoire ; avec l'appui des expérimentations en milieu hospitalier qui mettent en œuvre des programmes structurés et coordonnés depuis plus longtemps.

➤ **Formation**

Au-delà de l'information, l'ETP nécessite des qualités bien spécifiques. Pour pouvoir prendre en charge des patients en ambulatoire atteints de pathologies et/ou facteurs de risques, il est indispensable d'être formé à ces spécificités pour pouvoir adapter le contenu du programme et des activités. Il existe des formations continues et/ou initiales en ETP qui permettent d'acquérir d'une part, des compétences et des connaissances et d'autre part, de valider ces dernières par des diplômes ou des formations qualifiantes nécessaires pour la labellisation ETP. Les formations concernent aujourd'hui essentiellement les professionnels de santé en milieu hospitalier et seuls les infirmiers reçoivent initialement cette formation. Peu de professionnels en ambulatoire y sont sensibilisés. Il est indispensable qu'au moins une personne dans l'équipe impliquée dans la prise en charge du patient soit formée à cette démarche.

L'ETP en ambulatoire permet l'implication de différents corps de métiers, spécialistes dans des domaines spécifiques : le « sport santé », l'alimentation, la conduite de projet (pôle de compétences) et autres professions libérales. Ainsi les professionnels peuvent mettre à profit leurs compétences spécifiques pour un programme complet et sécurisé.

⁸ CODES : Comité Départemental d'Education pour la Santé.

➤ **Coordination**

Cette multi-professionnalité et pluridisciplinarité nécessite une collaboration professionnelle. Elle peut s'organiser à différentes échelles :

Au niveau régional, l'organisation de rencontres régionales entre les différents intervenants d'un programme permet de réfléchir ensemble à la structuration et à la mise en œuvre d'un programme d'ETP. Il est intéressant de mutualiser et d'harmoniser les pratiques au moins une fois par an. En effet, il paraît indispensable de réfléchir ensemble et de partager ses compétences et ses outils. Ainsi, chacun peut faire profiter son tissu partenarial et ses ressources.

Au niveau départemental, un programme régional nécessite également une coordination des intervenants. Elle peut se faire par le promoteur du programme ou un intervenant impliqué dans la prise en charge du patient. Des réunions et des bilans réguliers pourraient permettre d'anticiper les remédiations nécessaires au bon déroulement du programme. Chacun pourrait apporter ses compétences dans des domaines bien précis et favoriser un suivi continu du participant. Un intervenant référent permettrait de faciliter la communication et renforcerait le lien entre les différents intervenants dans la prise en charge du patient.

➤ **Implication des médecins, des médecins traitants**

En ambulatoire, les médecins traitants ne sont pas suffisamment impliqués dans les programmes d'ETP. Par exemple, dans le programme « NAPA », les participants viennent jusqu'alors de leur propre initiative, informés par leurs mutuelles, par les centres de santé mutualistes ou encore par les structures partenaires. Pourtant, les médecins traitants ont une place prépondérante dans la vie de leur patient : ils connaissent leurs antécédents, leurs pathologies, leurs ressources, leurs habitudes... Dans cette mesure, il serait envisageable qu'ils établissent eux-mêmes l'entretien motivationnel initial. Ainsi, ils pourraient en amont, sensibiliser les patients et ceux qui ont le plus besoin. L'implication du médecin traitant ne doit pas être uniquement

initiale, mais doit permettre également un lien avec le parcours de soin coordonné du patient. Les médecins pourraient être sollicités tout au long du programme, pour la mise en œuvre des séances : ce sont des professionnels relais de l'ETP.

➤ **Implication des participants**

Une des principales difficultés d'un programme d'ETP en ambulatoire est de mobiliser les patients. Ceci peut s'expliquer par diverses raisons : parce qu'ils ne sont pas suffisamment informés ou parce qu'ils ne ressentent pas l'envie ni le besoin. La sensibilisation et l'implication du patient dans un programme d'ETP peut être facilitée par différents moyens :

- L'ETP comme une prescription médicale par un médecin généraliste ou spécialiste.
- Le diagnostic éducatif et le contrat éducatif, les deux premières étapes de la mise en œuvre de l'ETP permettent de cibler la motivation du patient et de formuler avec lui son programme personnalisé. Il serait intéressant que le diagnostic éducatif soit réalisé par un des intervenants du programme, le coordinateur des intervenants par exemple. Ce dernier serait en charge de communiquer une synthèse écrite à tous les intervenants.
- L'implication du patient dans l'élaboration et la mise en œuvre des séances peut favoriser sa mobilisation dans le programme d'ETP et le rendre acteur de santé.
- L'implication de l'entourage du patient dans les activités peut non seulement favoriser son adhésion dans un programme d'ETP mais peut l'aider à poursuivre ses pratiques en dehors des séquences éducatives. Par exemple, dans le programme « NAPA » les proches des familles ne sont à aucun moment conviés à participer aux ateliers. Comment impliquer et motiver le participant s'il n'est pas soutenu, accompagné dans sa vie quotidienne ? L'entourage du patient a un rôle important dans la démarche d'ETP et la pérennisation de ses pratiques.
- Les associations de patients sont des professionnels ont leur place parmi les programmes d'ETP en ambulatoire. Ils ont eu approche de la pathologie

chronique pragmatique et peuvent permettre aux patients à se sentir compris et considérés avec empathie.

- Et il serait intéressant de faire intervenir des patients ressources ayant déjà suivi un programme d'ETP au cours de séquences éducatives.

➤ **Dossier patient partagé, un outil de partage et de mise en commun**

Une des principales difficultés dans un programme multi-partenarial et pluridisciplinaire en ambulatoire est le partage d'informations. Pourtant, la démarche d'ETP nécessite un suivi continu des activités du patient pour qu'il réalise un programme adapté et en toute sécurité. Le dossier patient partagé est un outil de partage de données sur le patient, sa pathologie, les contre indications, sa motivation, ses projets, ses antécédents... Cet outil peut permettre également de rassurer les médecins sur la confidentialité des données de santé fournies en respectant le secret professionnel.

Il pourrait donc y paraître le suivi médical ainsi que le diagnostic éducatif et le contrat éducatif initial individuel, où les objectifs pédagogiques sont formulés avec le patient au regard de ses besoins, ses attentes et ses priorités de santé.

➤ **La démarche éducative**

Un programme d'ETP doit être avant tout adapté aux besoins du patient. C'est pourquoi, une démarche éducative d'un programme d'ETP ne se limite pas à des séquences éducatives. En effet, elle doit comprendre un diagnostic éducatif pluridisciplinaire (sur le plan médical, diététique, activité physique et comprenant également un entretien motivationnel), un contrat éducatif (engagement et objectifs du patient), une stratégie pédagogique (méthodes, techniques et outils) ainsi qu'une évaluation individuelle. Puis, même si les séquences éducatives sont collectives, des suivis individuels doivent être planifiés pour faire le point avec le patient sur ses activités et ses résultats. Le coordinateur des intervenants peut avoir ce rôle. Par

ailleurs, des activités variées - théoriques et pratiques - permettent de répondre aux objectifs individuels des patients.

Ainsi, chaque professionnel a une place et un rôle à tenir dans un programme d'ETP centré sur les intérêts du patient.

III DISCUSSION SUR LA PLACE DE L'AP DANS L'ETP

III.1 Une place prépondérante

L'APA, un moyen pour l'ETP

Aujourd'hui l'AP occupe une place prépondérante dans les programmes d'ETP en ambulatoire. En effet, elle est un moyen pour répondre aux objectifs principaux qui sont l'amélioration de l'état de santé et de la qualité de vie des personnes atteintes de pathologies chroniques. Les activités « sport santé » s'approchent sensiblement de la démarche d'ETP en rendant possible la réalisation d'une activité physique régulière pour tous, adaptée, sécurisante et progressive, dans un but d'amélioration de l'estime de soi, de la forme, du bien-être, de la qualité de vie et de réduction des dépenses de santé.

Une mise en place récente, en construction

Le Réseau Sport Santé Bien-être de Champagne-Ardenne en est un exemple et même si la démarche d'ETP se mêle encore aujourd'hui au parcours sportif personnalisé, ils vont tous deux dans ce même sens. Effectivement, le RSSBE répond à une planification régionale « sport santé » et repose sur une synergie des pratiques professionnelles. Il met en lien les patients et les usagers du système de santé, les acteurs professionnels du sanitaire, du médico-social ou social et l'offre d'éducation et d'accompagnement. L'AP est ainsi décliné en activité physique adaptée pour favoriser l'accessibilité (Annexe 1).

Mais pour autant, il paraît encore difficile de mettre en œuvre des programmes d'ETP par l'AP en ambulatoire et ceci notamment depuis la réforme du système de soins en juillet 2009 par la loi HPST. Les acteurs sont nombreux mais ne sont peut-être encore pas prêts pour une telle démarche.

III.2 Les difficultés

Information et formation

Aujourd'hui, la place des professionnels APA dans un programme d'ETP mérite un éclaircissement. En effet, les médecins semblent être encore trop peu informés du contenu des activités physiques adaptées. Ainsi, bon nombre de certificats médicaux contre indiquent une pratique d'activité physique et sportive pour des patients atteints de pathologie chronique. Serait-il alors envisageable de former les médecins à cette discipline thérapeutique afin qu'ils puissent orienter leurs patients vers des programmes d'ETP par l'AP ?

Par ailleurs, la question de la reconnaissance des formations des professionnels en APA fait débat. Les professions en APA ne sont pas reconnues à ce jour et notamment par les professionnels de santé. Même les professionnels du sport s'interrogent sur le contenu des formations et les titres des intervenants auprès des patients : éducateur sportif, éducateur médico-sportif, professeur APA, actiphysicien, actithérapeute...et ceci pour des diplômes universitaires différents (Licence et Master). De plus, les formations fédérales sont hétérogènes et ne renseignent peu sur leur contenu. Effectivement, entre les animateurs, les éducateurs, les techniciens...les fédérations sportives voient dans leurs professionnels des compétences bien différentes pour encadrer des patients. Serait-il possible d'uniformiser et d'harmoniser les qualifications pour l'encadrement de patients atteints de pathologies chroniques et de rassurer en ce sens les professionnels de santé ?

L'APA et la pérennisation des activités

Un des principaux objectifs de l'ETP est de favoriser des changements de comportements et de pérenniser les activités. En effet, les pratiques d'une AP ne doivent pas se limiter au programme d'ETP mais nécessitent une prise en charge personnelle du patient vers une activité physique régulière en lien avec une alimentation équilibrée et adaptée. Pourtant, encore peu de patients après un programme d'ETP déclarent pratiquer une activité physique régulière. Ils le justifient notamment par le coût qu'elle engage et les difficultés de trouver une activité adaptée à leur pathologie. En effet, les programmes d'ETP sont majoritairement gratuits pour les patients et ces derniers sont donc confrontés aux financements de licences sportives qui peuvent alors paraître trop onéreuses. S'agirait-il de développer l'offre en APA et de référencer les associations pouvant accueillir ce public particulier pour permettre la pérennisation des activités ? L'accompagnement financier peut-il favoriser les pratiques d'une activité physique régulière pour des patients majoritairement sédentaires ? Ou s'agit-il de revoir le suivi des patients tout au long du programme d'ETP pour les orienter et les accompagner vers des pratiques pérennes ?

La place de l'AP, de l'APA et des professionnels en APA dans l'ETP soulèvent des questionnements et nécessitent des réajustements. Pour autant, l'APA est plus qu'une adaptation d'une AP en termes d'accessibilité. C'est un moyen par lequel peut se réaliser une prise en charge adaptée aux besoins biologiques et psychosociaux des personnes. En ce sens et dans ce contexte d'accroissement de la sédentarité et des pathologies chroniques, l'ETP par l'APA est devenu un enjeu de Santé Publique visant à répondre au mieux aux priorités de santé de la population.

Conclusion

Ce mémoire a présenté le contexte et la démarche entreprise pour favoriser l'amélioration et le développement du programme « NAPA » en vue d'une labellisation ETP régionale. En début de projet ont été définies trois actions et une méthodologie pour tenter d'y parvenir :

- Harmoniser les pratiques d'évaluation des participants
- Mutualiser les pratiques en allant rencontrer les partenaires et des spécialistes en ETP et en « sport santé »
- Anticiper l'évaluation quadriennale du programme « NAPA » aubois labellisé ETP

Les actions ont été menées conjointement et leurs résultats sont globalement positifs :

- Conception de grilles d'évaluation des participants communes pour la région (en APA, en nutrition et en médical)
- Conception d'une grille d'évaluation du programme Aubois labellisé ETP
- Echange et rencontre des partenaires entre eux
- Connaissance des activités et des ressources de chaque partenaire
- Recueil de quelques atouts, difficultés et attentes des partenaires dans le programme « NAPA »
- Expérimentation envisagée avec le RSSBE et le CMS

L'analyse de ces résultats a soulevé quelques difficultés rencontrées lors de ces actions et le chemin qu'il reste à parcourir pour tendre à une labellisation régionale. Il semble que les partenaires ont un rôle primordial et qu'il faudrait trouver le moyen de les impliquer davantage dans ce projet. Par ailleurs, il paraît indispensable de s'entourer de professionnels d'ETP, notamment des équipes du milieu hospitalier. Aujourd'hui, le programme témoigne davantage d'une synergie partenariale que d'un travail d'équipe.

Pour autant, il ne s'agit pas d'accabler et de braquer les acteurs d'ETP en ambulatoire mais de leur donner les moyens de faire ensemble et d'échanger pour améliorer leurs pratiques. Les partenaires ne sont pas suffisamment sensibilisés de l'existence et des exigences de la démarche d'ETP. Par ailleurs, c'est également la rigueur de cette démarche qui peut en repousser certains.

Ainsi, la labellisation ETP régionale pour le programme « NAPA » est un projet complexe. En effet, c'est une thématique évoluant et surtout toute récente qui nécessite une démarche structurée et coordonnée. En ambulatoire, la présence de professionnels spécialisés dans différentes disciplines, impliqués dans la prise en charge du patient, est propice au développement de ces programmes. Pour autant se pose encore aujourd'hui la difficulté d'articuler théories et pratiques.

Par ailleurs, la principale difficulté des programmes d'ETP en ambulatoire réside dans le financement de ces derniers. En effet, l'autorisation ETP ne justifie encore pas de financement pérenne et peut freiner le développement de cette démarche de qualité. Ainsi, les exigences pour la structuration et la mise en œuvre de l'ETP sont nombreuses mais nécessitent une certaine souplesse à ce jour, pour les pratiques en ambulatoire.

La MFCA tente d'améliorer et de développer son programme « NAPA » et veille à impliquer ses partenaires dans ce projet. L'harmonisation et la mutualisation des savoirs et des savoir-faire ainsi que la préparation de l'évaluation quadriennale du programme aubois ont permis de réfléchir et de répondre en partie aux exigences d'un programme d'ETP. Consciente des difficultés et freins soulevés lors de ces premières investigations dans ce projet, elle retient surtout les opportunités qu'elle est en mesure de saisir pour envisager progressivement son objectif de labellisation ETP régionale.

Si en janvier 2011, la MFCA souhaitait une labellisation régionale ETP qu'en sera-t-il vraiment d'ici 2013 ? Est-ce que les investigations menées permettront au projet de voir le jour ? Restera t-il l'objectif de la MFCA pour répondre aux besoins et aux attentes de des Champardennais ?

Références bibliographiques

- [1] Organisation Mondiale de la Santé (OMS) - Europe. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Conférence internationale pour la promotion de la santé [on line] 1986 ; [07-02-2011]. URL: <http://www.euro.who.int/fr/who-we-are/policy-documents/ottawa-charter-for-health-promotion,-1986>
- [2] Société Française de Santé Publique. Propositions pour le PNNS 2011-2015 des Sociétés Savantes et d'experts en nutrition [on line] Automne 2010 ; [07-02-2011]. URL: http://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_societes_savantes_et_d_experts.pdf
- [3] Jacquat D. Rapport au premier ministre, Education thérapeutique du patient : Propositions pour une mise en œuvre rapide et pérenne [on line] 2010/06 ; [19-04-2011]. URL: http://education-sante-patient.etud.univ-montp1.fr/files/2010/07/Rapport_Education_therapeutique_du_patient1.pdf
- [4] Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé. Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques [on line] 2007-2011 ; [20-01-2011]. URL: <http://www.sante.gouv.fr/plan-pour-l-amelioration-de-la-qualite-de-vie-des-personnes-atteintes-de-maladies-chroniques-2007-2011.html>.
- [5] Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires – J.O. n°167 du 22 juillet 2009
Art. L. 1161-1 à L. 1161-4 (relatif à l'ETP) [on line] ; [07-02-2011].
URL: <http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475>
- [6] Agence Régionale de la Santé Champagne-Ardenne. La santé dans la région Champagne-Ardenne, indicateurs régionaux. Contribution au diagnostic territorial de santé. Fiche 3 - Mortalité. Données Inserm, CépiDC exploitation Observatoire Régionale de Santé Champagne-Ardenne (ORSCA), données arrêtés au 30.09.2010.
- [7] Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie Associative. Plan National de prévention par l'Activité Physique ou Sportive (PNAPS). Rapport préparatoire de la Commission Prévention, Sport et Santé présidée par le Pr Toussaint J-F, réunie d'avril à octobre 2008, [on line] ; [04-04-2011]. URL: <http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/IMG/pdf/RapPreventionActivite-2008.pdf>
- [8] Escalon H, Bossard C, Beck F. Baromètre Santé Nutrition 2008. Saint-Denis : Inpes ; 2009.

- [9] Institut national de la santé et de la recherche médicale, Institut Roche de l'obésité, Sociétés françaises d'enquêtes et de sondages. Obépi Roche 2009 : Enquête épidémiologique sur le surpoids et l'obésité. Neuilly-sur-Seine : Roche ; 2009.
- [10] Agence Régionale de la Santé Champagne-Ardenne. La santé dans la région Champagne-Ardenne, indicateurs régionaux. Contribution au diagnostic territorial de santé. Fiche 3 - Mortalité. Données CNAMTS, écoSanté, exploitation Observatoire Régionale de Santé Champagne-Ardenne (ORSCA), données arrêtés au 30.09.2010.
- [11] Institut national de la santé et de la recherche médicale. Activité physique : contextes et effets sur la santé. Expertise collective. Paris : Inserm ; 2008.
- [12] Barrès R. Henrich A-M. Rivaud D. Le nouveau dictionnaire de la Santé Publique & de l'Action sociale. Editions Foucher, 2010, p.367.
- [13] Ministère de la Santé et des Sports. Programme National Santé Nutrition, Activité Physique et Santé : Arguments scientifiques, pistes pratiques [on line] ; [7-02-2011] URL: <http://www.mangerbouger.fr/pro/spip.php?article97>
- [14] Broussouloux S, Houzelle-Marchal N. Education pour la santé en milieu scolaire. Choisir, élaborer et développer un projet. Saint-Denis : Edition Inpes, 2006. p. 18-27.
- [15] Simon D, Traynard P-Y, Bourdillon F, Grimaldi A. Abrégés Education thérapeutique, prévention et maladies chroniques. Paris : Elsevier Masson SAS ; 2007.
- [16] Haute Autorité de santé. Education thérapeutique du patient : définition, finalités et organisation [on line] 2007 ; [17-01-2011]. URL: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_6737/affichage?text=recommandations+ETP&opSearch=OK&catName=true&replaceFileDoc=false&searchInFiles=false&portlet=c_39085
- [17] Organisation Mondiale de la Santé (OMS), Bureau régional Europe. Programme de formation continue pour professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chronique. Recommandations d'un groupe de travail OMS [on line] 1996, traduit en français en 1998 ; [18-01-2011]. URL: <http://www.euro.who.int/document/e63674.pdf>
- [18] Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Secrétariat d'Etat à la Santé. Plan National d'Education pour la Santé [on line] 2001/01 ; [21-04-2011]. URL: <http://ddata.over-blog.com/xxxyyy/2/42/32/99/Textes-de-reference/plan-national-eps.pdf>

- [19] Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé – J.O. n°54 du 5 Mars 2002 [on line] ; [05-05-2011]. URL: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015>
- [20] Pauchet-Traversat AF. Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques. Paris : Haute Autorité de santé ; 2007/06.
- [21] Arrêté du 2 août 2010 du CSP relatif au cahier des charges des programmes d'éducation thérapeutique du patient et à la composition du dossier de demande de leur autorisation – J.O. n°0178 du 4 août 2010, texte n°31[on line] ; [07-02-2011]. URL: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022664592&dateTexte=&categorieLien=id>
- [22] Arrêté du 2 août 2010 du CSP relatif aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient [on line] ; [07-02-2011]. URL: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022664581&dateTexte=&categorieLien=id>
- [23] Décret n°2010-904 du 2 août 2010 du CSP relatif aux conditions d'autorisation des programmes d'éducation thérapeutique du patient [on line] ; [07-02-2011]. URL: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022664533&dateTexte=&categorieLien=id>
- [24] Décret n°2010-906 du 2 août 2010 du CSP relatif aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient [on line] ; [07-02-2011]. URL: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022664557&dateTexte=&categorieLien=id>
- [25] D'Ivernois JF, Gagnayre R. Apprendre à éduquer le patient. Approche pédagogique, 3è édition. Paris : Maloine, Collection Éducation du patient ; 2008.
- [26] Bertrand D, Charbonnel B, Saout C. Pour une politique nationale d'éducation thérapeutique du patient [on line] 2008 ; [08-03-2011]. URL: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_therapeutique_du_patient.pdf
- [27] Revillard A. Cours de Méthodes qualitatives en sciences sociales [on line] 2006-2007 ; [07-02-2011]. URL: <http://www.melissa.ens-cachan.fr/spip.php?article1175>

- [28] Haute Autorité de santé. Programme d'éducation thérapeutique du patient : Grille d'aide à l'évaluation pour la demande d'autorisation à l'ARS [on line] 2007 ; [17-01-2011]. URL: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_6737/affichage?text=recommandations+ETP&opSearch=OK&caName=true&replaceFileDoc=false&searchInFiles=false&portlet=c_39085
- [29] Nock F. Petit guide de l'évaluation en promotion de la santé. Paris : Fédération Nationale Mutualité Française ; 2006.
- [30] Ministère de la Santé et des Sports. Cahier des charges national pour la mise en œuvre de programme d'éducation thérapeutique du patient [on line] document de travail du 10/10/2009 ; [17-02-2011]. URL: http://www.soc-nephrologie.org/PDF/esociete/groupe/education/doc/2009_cahier_education.pdf
- [31] Vincent I, Loaëc A, Fournier C. Modèles et pratiques en éducation du patient : apports internationaux. 5es Journées de la prévention Paris, 2-3 avril 2009 : Inpes ; 2010.
- [32] Foucaud J, Bury J, Balcou-Debussche M, Eymard C. Education Thérapeutique du Patient : modèles, pratiques et évaluation. Saint-Denis : Inpes ; 2010.
- [33] Institut National de Prévention et d'éducation pour la santé (Inpes). Boîte à outils pour les formateurs en éducation du patient [on line] ; [02-03-2011]. URL: <http://ofep.inpes.fr/>
- [34] Institut National de Prévention et d'éducation pour la santé (Inpes). Cédérom EdDiaS' : guide d'aide à l'éducation du patient diabétique de type 2 [on line] ; [02-03-2011]. URL: <http://www.mangerbouger.fr/pro/spip.php?article28>

Annexes

Annexe 1 – Parcours de soin sport-santé du RSSBE

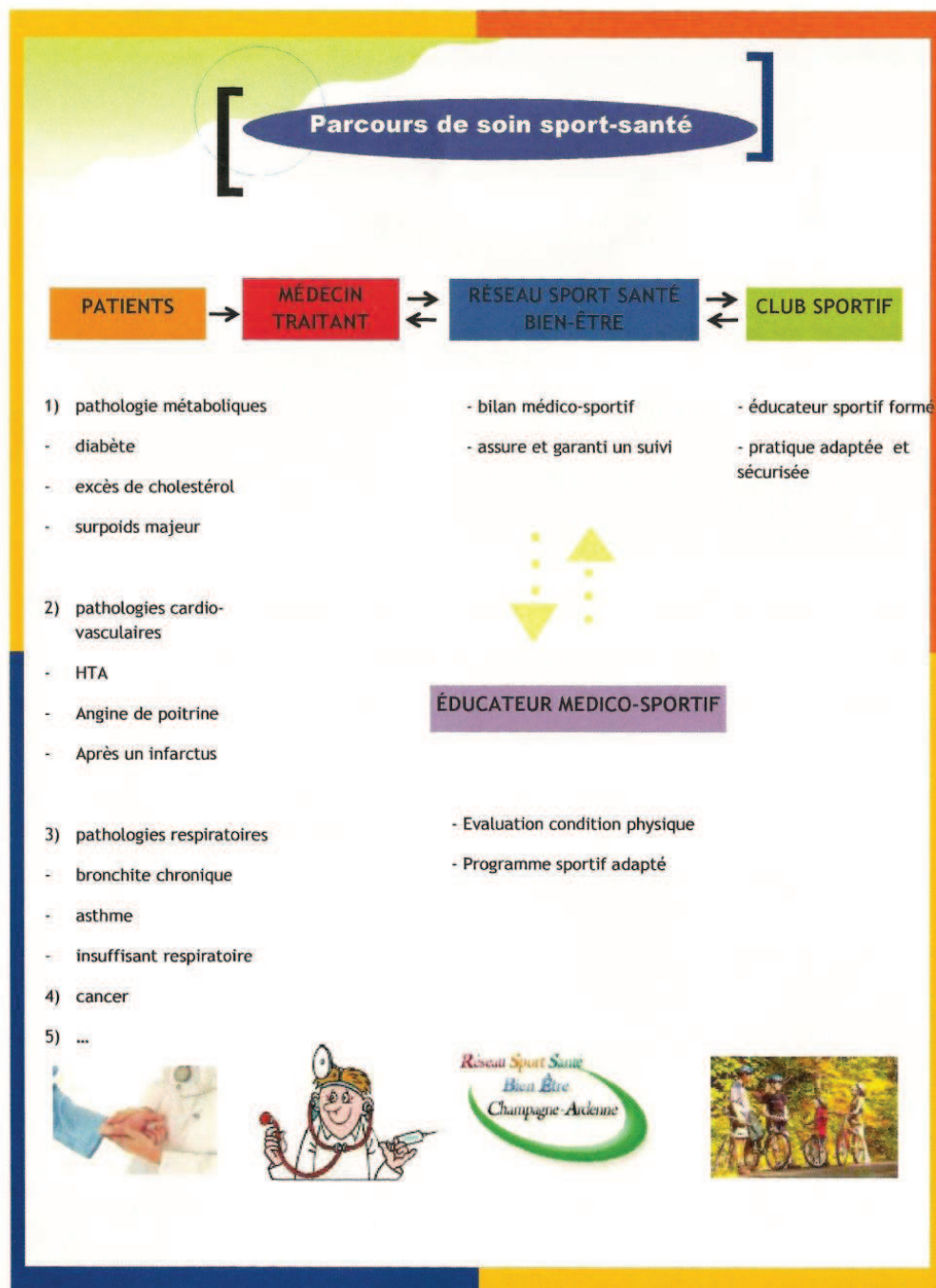
Annexe 2 – Cartes conceptuelles sur l’ETP

Annexe 3 – Protocole des tests en APA

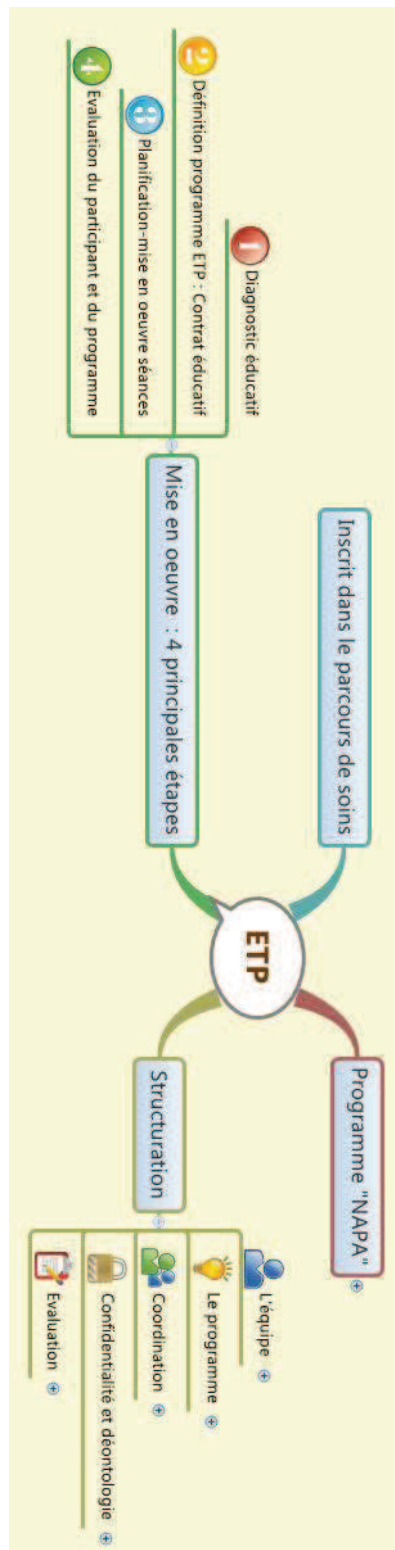
Annexe 4 – Tableaux de synthèse des activités des partenaires dans le programme « NAPA »

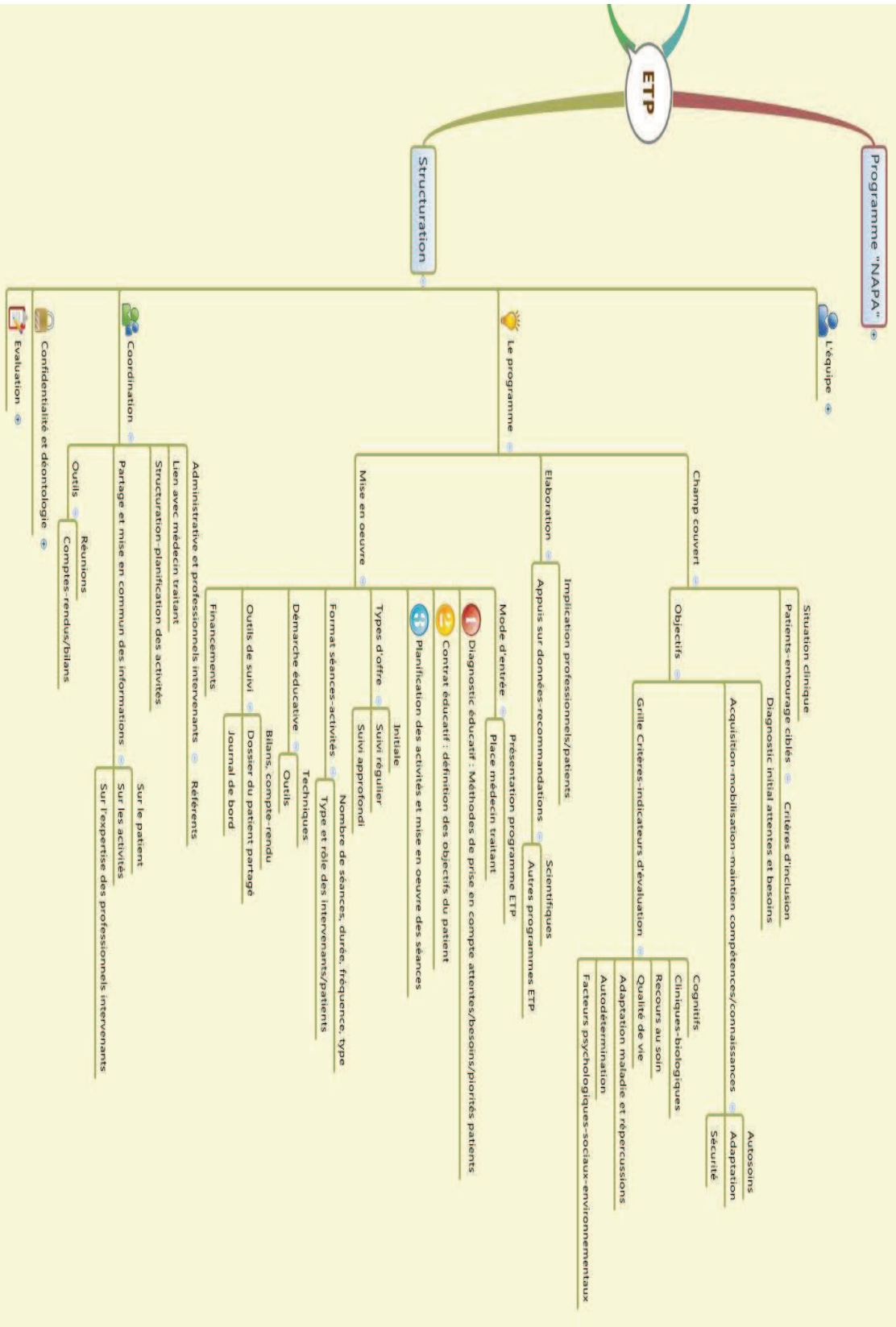
Annexe 5 – Tableaux de synthèse des principaux programmes des partenaires

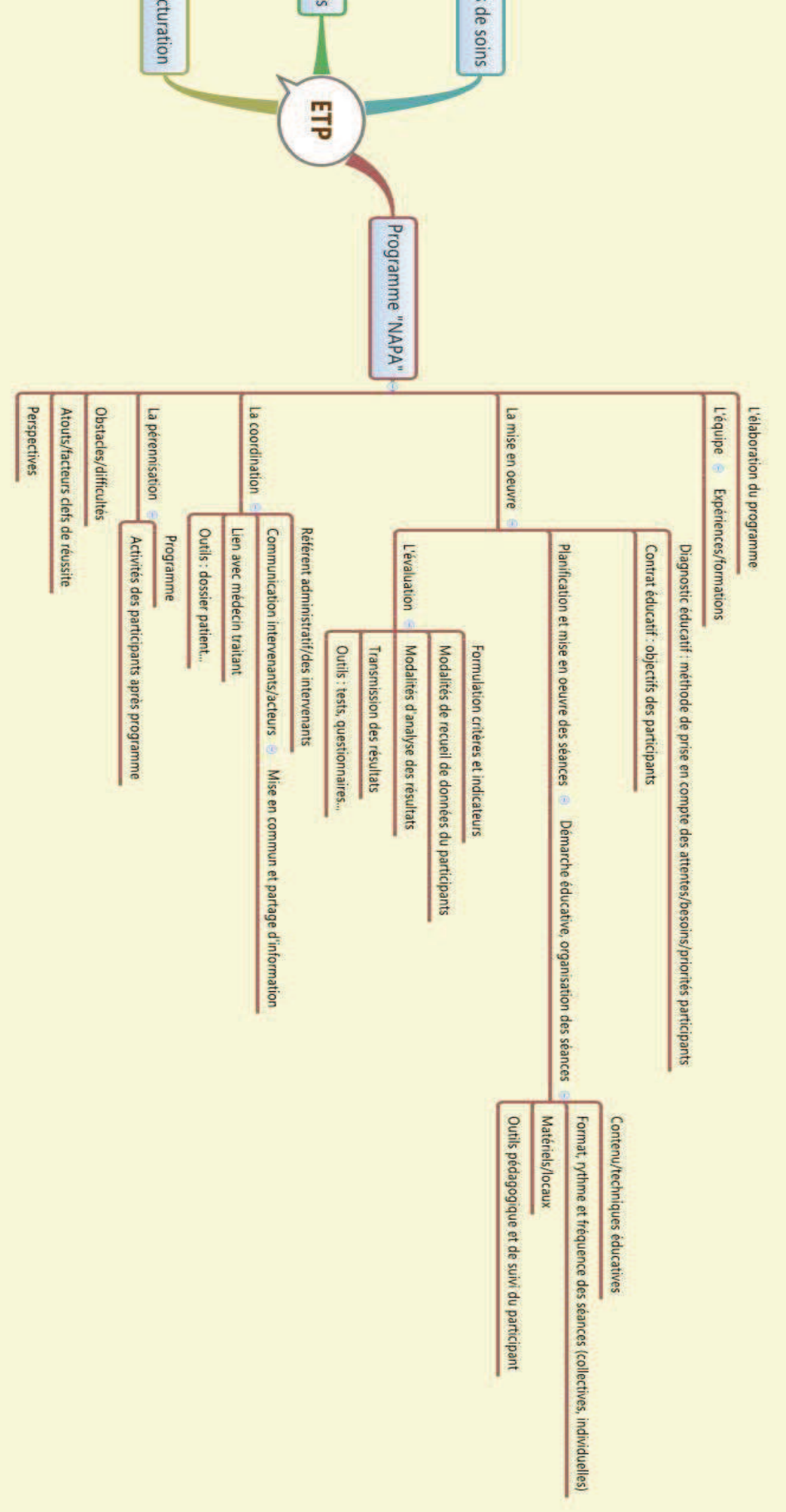
Annexe 1 – Parcours de soin sport-santé du RSSBE



Annexe 2 – Cartes conceptuelles sur l’ETP







Annexe 3 – Protocole des tests en APA

I) Test de l'équilibre (unipodal)

1) Titre : Test unipodal ou test de l'équilibre

2) Objectif : Evaluer l'équilibre statique sur une jambe

3) Description : Debout, la personne doit rester le plus longtemps possible en équilibre sur une jambe (de son choix) sans support extérieur.

4) Equipement :

- Chronomètre
- Etre à proximité d'un mur

5) Protocole : Après une démonstration réalisée par l'évaluateur, le participant bénéficie d'un essai pour chaque jambe et puis il indique sa jambe préférentielle (celle avec laquelle le meilleur score est obtenu) et réalise deux fois le test.

Le participant se positionne près d'un mur, l'évaluateur se situe à l'opposer. Après avoir posé ses deux mains au niveau des hanches, le participant doit lever son pied (qu'il a volontairement choisi) à mi-mollet et tenir cette position le plus longtemps possible, sans poser le pied levé sur le mollet de la jambe d'appui. S'assurer que le pied est bien dégagé du sol (le genou plié).

6) Résultat: A l'aide du chronomètre, l'évaluateur commence la mesure dès que le sujet lève la jambe du sol. Le temps mesuré s'arrête si le sujet met son pied au sol, s'il modifie la position de ses bras ou s'il a gardé la position pendant 60 secondes. Il est important de noter la jambe utilisée (celle qui reste au sol).

7) Sécurité

- Etre à proximité d'un mur
- L'évaluateur doit rester juste derrière le sujet, à son côté, en entourant le tronc.

Références :

Bohannon, RW., (1994). One legged balance test times. Percept Mot Skills, 78 : 802-2. Schlicht, J., Camaione, DN. & Owen, SV. (2001). Effect of intense strength training on standing, balance, walking speed, and sit-to-stand performance in older adults. Journal of Gerontology : Medical sciences, 36A(3) : M281-M286.

II) 30 Secondes Assis/Debout

1) Titre : 30-Secondes Assis/Debout

2) Objectif : Evaluer la force musculaire des membres inférieurs,

3) Activités de la vie quotidienne : nécessaire pour de nombreuses tâches telles que monter des escaliers, marcher, se lever d'une chaise, sortir du bus. Elle est impliquée également dans les chutes.

4) Description : Nombre de levers réalisés en 30 secondes, avec les bras croisés sur la poitrine

5) Equipement :

- Chronomètre
- Chaise avec dossier (sans accoudoir) : 43 cm de hauteur
- Pour des raisons de sécurité, il est préférable de placer la chaise contre un mur ou de façon à la maintenir immobile.

6) Protocole : Le test débute lorsque le participant est assis au milieu de la chaise, le dos droit, les pieds à plat sur le sol. Les bras sont croisés au niveau des poignets et les mains posées sur la poitrine. Au signal, le participant se lève complètement avant de se rasseoir dans la position initiale. Il est invité à réaliser le maximum de levers pendant 30 secondes. Après une démonstration réalisée par l'évaluateur, un à trois essais sont effectués pour s'assurer de la compréhension de l'exercice. Alors débute le test d'une durée de 30 secondes.

7) Résultat : Le résultat correspond au nombre total de levers réalisés correctement au cours des 30 secondes. Si le participant a réalisé plus d'un demi-lever à la trentième seconde, ce lever doit être comptabilisé.

8) Sécurité

- Chaise contre le mur
- Vérifier si problème d'équilibre chez le participant
- Arrêter le test si le participant ressent des douleurs, notamment à la poitrine
- Rappeler de respirer pendant tout le test
- Pour les personnes de petites tailles, surélever le sol avec les tapis de gym ou tatami

Références :

Csuka M., & McCarty DJ. (1985). Simple method for measurement of lower extremity muscle strength. The American Journal of Medicine, 78: 77-81.

III) 6 Minutes Marche

1) Titre : 6 Minutes Marche

2) Objectif : Evaluer l'endurance aérobie

3) Activités de la vie quotidienne : nécessaire pour marcher longtemps, monter des escaliers, faire ses courses, faire des visites

4) Description : Nombre de mètres parcourus durant 6 minutes sur un circuit étalonné

5) Equipement :

- Chronomètre
- Mètre à mesurer
- Pour des raisons de sécurité, quelques chaises devront être positionnées à côté du parcours

Préparation : Le parcours doit être matérialisé et étalonné. La surface, qui peut être en salle ou à l'extérieur, doit être plane et non glissante.

6) Protocole : Au signal, les participants sont invités à marcher (et pas courir) le plus rapidement possible afin de parcourir le maximum de distance durant les 6 minutes. Si nécessaire, ils peuvent s'arrêter un moment sur les chaises prévues à cet effet avant de reprendre la course. L'évaluateur se place au centre du parcours une fois l'épreuve débutée. Afin de réguler l'allure, le temps est annoncé. Des encouragements tels que « continuez ainsi... » ou encore « c'est bien... » doivent être prononcés toutes les 30 secondes.

7) Résultat: Le résultat correspond au nombre de mètres (5m près) parcourus au terme des 6 minutes, L'évaluateur enregistre la marque la plus proche du participant.

8) Sécurité

- S'assurer d'un parcours non glissant et non encombré
- Rappeler de respirer pendant tout le test
- Assurer un retour au calme sur 2 ou 3 minutes
- Chaises ou bancs autour du parcours pour repos si besoin
- Le test doit être interrompu à tout moment si le participant montre des signes de vertiges, de douleur, de nausée ou de fatigue anormale.
- A la fin du test, le participant est invité à marcher lentement afin d'abaisser sa température corporelle et sa fréquence cardiaque.

Références :

Bittner et al., 1993, Guyatt et al., 1985 ; Peloquin, Gauthier, Bravo, Lacombe, & Billiard, 1998

Annexe 4 – Tableaux de synthèse des activités des partenaires dans le programme « NAPA »

Les points communs

Mode d'entrée dans le programme : la volonté des participants

Déroulement général :

1 Communication

2 Séance de présentation

3 Bilans médicaux

4 Ateliers (tests/questionnaires initiaux Nutrition et APA- séances pratiques et théoriques- tests/questionnaires initiaux et finaux)

5 Bilans médicaux

Evaluation : Techniques/outils

-Bilans médicaux (données biologiques, physiologiques, anthropométriques et hygiène de vie) et certificat de non contre indication à la pratique d'une activité physique

-Questionnaires Nutrition (connaissances et pratiques en alimentation)

-Tests APA (de condition physique, de capacité physique, du développement social et du rapport à l'activité physique)

→Grille indicateurs d'évaluation individuelle

-Relevé de l'assiduité

-Questionnaire de satisfaction

Structures/partenaires	Equipe	Activités dans « NAPA »
Activ'Santé Aube Troyes (10) <i>Association régie par la loi 1901</i> Locaux : Centre Pasteur de Rééducation et Réadaptation Fonctionnelle (piscine et gymnase)	<u>Professionnels spécialistes :</u> professeurs en activité physique adaptée (<i>Master APA</i>)	<u>Séance de présentation</u> <u>Ateliers :</u> -Bilans initiaux et finaux en activité physique -Séances d'APA <u>→Evaluation</u> -Résultats participant et du programme
	<u>Contenu et techniques éducatives :</u> -Séances collectives de 1h30 : <u>Pratique</u> : 2 groupes en aquagym et 1 groupe en multi-activités (marche nordique, jeux collectifs, jeux de raquettes, activité de plein air...) <u>Théorie</u> : fonctionnement du corps humain en AP (le système respiratoire, l'appareil musculaire et osseux) <u>Matériels :</u> -Equipements de gymnase et piscine -Cardio-fréquencemètre	

Structures/partenaires	Equipe	Activités dans « NAPA »
Centre d'Examens de Santé Ardennes Charleville- Mézières 08 <i>Organisme de la sécurité sociale</i> Locaux : Centre d'Examens de Santé	<u>Professionnels de santé :</u> Médecin généraliste du sport <u>Acteurs :</u> Responsable administrative	<u>Séance de présentation</u> <u>Bilans initiaux et finaux médicaux</u> <u>→Evaluation :</u> -Résultats participant
	<u>Techniques éducatives :</u> Pas impliqués dans l'animation des séances <u>Matériels :</u> -Equipement test effort, électrocardiogramme, test audition, test vue, analyses biologiques (pour bilan de santé complet)	

Structures/partenaires	Equipe	Activités dans « NAPA »
<p>Comité Régional EPGV Champagne-Ardenne (52)</p> <p><i>Association loi 1901 reconnue d'utilité publique agréée par le Ministère de la Jeunesse et des Sports et par le Ministère du Travail</i></p> <p>Locaux : selon les disponibilités et partenariat (gymnase)</p>	<p><u>Professionnels spécialistes :</u> Animateurs sportifs</p> <p><u>Acteur :</u> Conseiller pédagogique régional</p>	<p><u>Séance de présentation</u></p> <p><u>Ateliers :</u> -Bilans initiaux et finaux en activité physique - Séances APA</p> <p><u>→Evaluation :</u> -Résultats participant et du programme</p>
	<p><u>Techniques éducatives :</u> Selon les animateurs, pas de protocole (Voir activités CMES, animateur EPGV)</p> <p><u>Matériels :</u> Selon animateurs formés dans la région qui peuvent dépendre d'une autre structure.</p>	

Structures/partenaires	Equipe	Activités dans « NAPA »
<p>Comité Régional EPMM Sports pour tous (08, 51)</p> <p><i>Association loi 1901 reconnue d'utilité publique agréée par le Ministère de la Jeunesse et des Sports et par le Ministère du Travail</i></p> <p>Locaux : Maison de la vie associative, selon disponibilité et partenariat (gymnase)</p>	<p><u>Professionnels spécialistes :</u> Animateurs sportifs Educateurs sportifs</p> <p><u>Acteurs :</u> Conseiller technique régional</p>	<p><u>Séance de présentation</u></p> <p><u>Ateliers :</u> -Bilans initiaux et finaux en activité physique - Séances APA</p> <p><u>→Evaluation :</u> -Résultats participant et du programme</p>
	<p><u>Contenu et techniques éducatives :</u> -1 Séance collective théorique sur les bienfaits de l'AP -Séances de gymnastique adaptée ludiques développant convivialité, plaisir</p> <p><u>Matériels :</u> -Equipement pour activité physique en gymnase</p>	

Structures/partenaires	Equipe	Activités dans « NAPA »
<p>Centre de Santé Mutualiste Aube Troyes (10)</p> <p>Et Reims Marne (51)</p> <p><i>Société privée à but non lucratif, reconnue d'utilité publique</i></p> <p>Locaux : Centre de Santé Mutualiste (salle de consultation médicale/diététique et salle d'atelier) de Troyes et salle de cuisine</p>	<p><u>Professionnel de santé :</u> Médecins généralistes mutualistes</p> <p><u>Professionnelle paramédicale :</u> Diététicienne mutualiste</p>	<p><u>Séance de présentation</u></p> <p><u>Bilan médicaux initiaux et finaux</u></p> <p><u>Ateliers :</u> -Questionnaires initiaux et finaux Nutrition -Séances Nutrition</p> <p><u>→Evaluation :</u> -Résultats participants et du programme</p>
	<p><u>Techniques éducatives :</u> -Séances interactives collectives -Théorie (3 thèmes : Obésité et équilibre alimentaire, prévention des maladies cardiovasculaires et diabète : recueil des croyances, rapport à l'alimentation, leurs pathologies, la lecture des étiquettes, mesures d'hygiéno-diététiques...) et pratiques (cours de cuisine) -Quizz en fin de séance pour la séance suivante pour connaître les représentations et connaissances de chacun -Fiche information remise fin de séance</p> <p><u>Matériels :</u> -Ordinateur, support papier, rétroprojecteur -Matériels de cuisine</p>	

Structures/partenaires	Equipe	Activités dans « NAPA »
Maison de la Nutrition Champagne-Ardenne (08, 51, 52) <i>Association régie par la loi 1901</i> Locaux : Maison de la Nutrition (salle d'atelier et cuisine pédagogique)	<u>Professionnels de santé :</u> Infirmiers intervenants occasionnels <u>Professionnels paramédica les :</u> Diététicienne salariée : <i>(formation ETP)</i> Animateurs/Educateurs sportifs (sous convention avec EPGV, EPMM) <i>(formation APA et éducation pour la santé)</i> <u>Acteur :</u> Directrice salariée	<u>Séance de présentation</u> <u>Ateliers :</u> -Questionnaires initiaux et finaux Nutrition -Séances Nutrition <u>→Evaluation :</u> -Résultats participant et du programme
	<u>Techniques/outils d'évaluation :</u> -Questionnaire de connaissances et des pratiques alimentaires initialement et 6 mois après le programme -Relevé de l'assiduité <u>Techniques éducatives :</u> -Séquences éducatives collectives interactives -Recueil représentations et connaissances <u>Matériels :</u> -Boite à questions -Jeux plateaux -Fiche de présence, journal de bord -Mémos contenu des séquences -Annuaire associations et UTEP	

Annexe 5 – Tableaux de synthèse des principaux programmes des partenaires

L'association Activ'Santé : Troyes (10)

Equipe, formation des intervenants :

- Professeurs en APA (Masters APA)

Spécificité : professeurs APA dans le Centre Pasteur de Rééducation et Réadaptation Fonctionnelle

Activités principales :

→ **Promotion et prévention de la santé par l'APA**

Programme d'APA :

-**Population ciblée :** sédentaire et troubles ostéoarticulaires ou facteurs de risque de morbidité (obésité, diabète, pathologies cardiovasculaires et ou pulmonaires, hypertension artérielle, tabac, alcool...)

-**Activités proposées :** renforcement musculaire, gymnastique douce, jeux collectifs, activités aquatiques.

Le Centre de Médecine et d'Evaluation Sportives : Chaumont (52)

Equipe, formation des intervenants :

- Médecins du sport
- Médecin cardiologue
- Technicien en sport-santé, formé à l'éducation pour la santé, l'APA et expériences en ETP

Activités principales :

→ **Evaluation et suivi médico-sportif**

→ **Réhabilitation**

Spécificité : dans les locaux du Centre Hospitalier de Chaumont, proche des services cardiologie, diabétologie.

Programme de réhabilitation :

> **Réhabilitation des personnes en surpoids ou en obésité :**

Objectifs : Faire ressentir le plaisir de l'effort pour une pérennisation de la pratique sur le long terme et permettre aux participants d'effectuer 30 min d'effort en continu.

- Visite médicale complète
- 12 séances 1h30 d'APA
- 1 atelier santé par le sport
- 6 ateliers Nutrition
- 6 ateliers Relaxation

> **Lutte contre la sarcopénie :**

Objectifs : Améliorer la force de propulsion et de préhension des plus de 60 ans et amélioration de la qualité de vie par la baisse des douleurs arthrosiques.

- 2 séances d'1heure par semaine pendant 6 semaines
- 1 séance nutrition

> **Réhabilitation de personnes porteuses de la pathologie cancer :**

Objectif : Amélioration de la qualité de vie.

- 11 séances d'APA
- 10 séances de sophrologie
- 1 atelier santé par le sport
- 1 atelier cancer et alimentation

Le Comité Régional EPGV

Equipe, formation des intervenants :

- animateurs AP et APA, formation « sport santé »

Spécificité : fédération sportive non compétitive qui prône le « sport santé » par des programmes diversifiés et ses formations d'animateurs pour chaque programme

Activités principales :

- **Promotion et prévention** de la santé par l'AP et sportive
- **Formation** des animateurs et professionnels volontaires

Multi activités en APA : avec des professionnels formés au sport-santé et APA

Principal programme d'APA :

>Acti'Marche

- Population ciblée :** Pour des personnes sédentaire, en surpoids ou obèses.
- Contenu :** sur 16 semaines à raison de 2 séances de 1 heure par semaine.
 - Test APA initiaux et finaux
 - Entretien motivationnel
 - Programme APA individualisé, adapté et sécurisé
- Animateurs** formés spécifiquement à ce programme

Le Comité Régional EPMM Sports pour tous

Equipe, formation des intervenants :

- animateurs AP et APA
- éducateurs « sport santé »
(Animation et développement projet APA)

Spécificité : fédération sportive non compétitive qui prône le « Sports pour tous » par l'éducation (évènementiel, club, école...), le sport-santé (seniors, surpoids, diabète, addictions) le socio sportif (carcéral, insertion, intégration)

Activités principales :

- **Promotion et prévention** de la santé par l'AP et sportive
- **Formation** des animateurs et professionnels

Multi-activités APA : avec des professionnels formés au sport-santé et APA

Principaux Programmes d'APA :

>Diabètaction : (partenaires : MF, AFS et USD)

-**Population ciblée** : adultes de 40 à 70 ans n'ayant pas d'AP régulière et présentant un diabète de type 2, un risque de le développer (insulino résistant, surpoids et intolérance au glucose) ou encore des antécédents familiaux.

- Information (campagne ; forum ; relai information ; journée sensibilisation et test AP)
- Ateliers passerelles de 12 semaines : test APA initiaux et finaux, 1 séance APA par semaine, cours théoriques et exercices à domicile par semaine
- Accompagnement vers une AP régulière

>Prévention et lutte contre obésité et sédentarité par l'AP :

-créneau sport-santé (diabète, obésité, asthme, parkinson...)

-APA pour des pathologies ciblées : personnes dialysées, enfants obèses

La Maison De la Nutrition, Cœur-Obésité-Diabète : Région CA

Equipe, formation des intervenants :

- Diététicienne salariée formée à l'éducation pour la santé et l'ETP
- Professionnels de santé libéraux
- Partenaires
- Bénévoles

Spécificité : Partenariat développé : avec réseaux, centres de santé ; les fédérations et associations sportives ; les UTEP ; associations de patients ; ARS ; IREPS

Activités principales :

→ **Prévention** pour la santé en matière de nutrition

→ **Education du patient** diabétique, en excès de poids, à risque cardio vasculaire

Ateliers : alimentation et « cuisine-santé »

Programme Nutrition et APA :

>Ateliers d'éducation du patient à risques cardiovasculaires

>Ateliers d'éducation du patient diabétique

Protocole et format des ateliers :

- Séance contact
- Séance sensibilisation aux risques CV
- Séance nutrition 1
- Séance nutrition 2
- Séance AP théorique
- Séance cuisine pratique
- Evaluation des comportements, connaissances et satisfaction
→ initialement, au bout de 1 mois et de 6 mois après le programme



MEMOIRE DE FIN D'ETUDE DE MASTER

Nancy-Université

Amélioration et développement d'un programme d'éducation thérapeutique du patient :
« Nutrition et Activité Physique Adaptée »

LANGLOIS Johanne

Université Henri POINCARÉ

Juin 2011

Mots clefs : promotion de la santé - éducation thérapeutique du patient - sport santé

Résumé :

Suite à la loi de juillet 2009, « Hôpital, Patients, Santé et Territoires », de nouvelles politiques et organismes coordonnent le système de santé et veillent à répondre aux besoins et aux attentes de la population afin de la rendre actrice de sa santé. L'ancrage territorial oriente les acteurs de santé à réfléchir en synergie partenariale. Ainsi, le « sport santé » et l'éducation thérapeutique du patient (ETP) sont des moyens qui se développent progressivement en Champagne-Ardenne.

En ce sens, la Mutualité Française Champagne-Ardenne met en œuvre un programme régional de prévention : « Nutrition et Activité Physique Adaptée ». Ce dernier est labellisé ETP dans l'Aube par l'Agence Régionale de Santé depuis décembre 2010.

C'est dans ce contexte que la MFCA souhaite améliorer et développer son programme et le voir labelliser ETP régionalement. Une première marche dans un projet complexe : politique récente, financements non pérennes, multi-interactions partenariales.

Ce mémoire présente les moyens et les mesures entrepris pour tendre vers une labellisation d'ici 2013 : rencontre régionale des partenaires, entretiens avec les partenaires, des professionnels spécialistes et préparation de l'évaluation quadriennale.

Keywords : health enhancement – Therapeutic education of the patient – health & sport

Review :

Following the French Act of July 2009, « Hôpital, Patients, Santé et Territoires », new politics and organizations coordinate the french health system and make sure to answer people's needs and expectations by making them playing an active role in them health. Territorial anchorage directs health agents to think in a partnership synergism. « Health & sport » and therapeutic education of the patient (ETP) are means that are becoming widespread in Champagne-Ardenne.

The french mutual in Champagne-Ardenne (MFCA - Mutualité Française Champagne-Ardenne) is carrying out a regional prevention plan : « nutrition and appropriate physical activity ». This plan is certified ETP in the Aube department since December 2010.

It is in this context that MFCA would like to improve, expand and especially labels his regional prevention plan to the rest of the departments of the region. A first step in a elaborate project : recent politics, unsustainable funding, partnership multi-interactions.

This term paper presents undertaken means and measures in regard to obtain a label by 2013 : regional meetings with partners, interviews with partners, professional experts and preparation for the quadrennial assessment.