

# Décrets, arrêtés, circulaires

## TEXTES GÉNÉRAUX

### MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

#### Arrêté du 27 mai 2020 relatif à l'expérimentation d'activité physique adaptée (APA) pour les patients cardio-vasculaires « As du Cœur »

NOR : SSAS2006750A

Le ministre des solidarités et de la santé et le ministre de l'action et des comptes publics,

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-31-1 et R. 162-50-1 à R. 162-50-14 ;

Vu l'arrêté du 24 janvier 2020 fixant le montant de la dotation annuelle du fonds pour l'innovation du système de santé pour l'exercice 2019 et déterminant le montant prévisionnel de la dotation annuelle du fonds pour l'innovation du système de santé pour l'exercice 2020 ;

Vu le cahier des charges sur le projet d'expérimentation relatif à de l'activité physique adaptée (APA) pour les patients cardio-vasculaires « As du Cœur » ;

Vu l'avis du comité technique de l'innovation en santé en date du 28 février 2020,

Arrêtent :

**Art. 1<sup>er</sup>.** – L'expérimentation pour le financement de l'expérimentation « As du Cœur » d'activité physique adaptée (APA) pour les patients cardio-vasculaires, telle que définie dans le cahier des charges susvisé, est autorisée pour une durée de trois ans à compter de la prise en charge du premier patient.

**Art. 2.** – Le présent arrêté sera publié ainsi que ses annexes au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 27 mai 2020.

*Le ministre des solidarités  
et de la santé,*

Pour le ministre et par délégation :  
*La directrice générale de l'offre de soins,*  
K. JULIENNE

*Le ministre de l'action  
et des comptes publics,*

Pour le ministre et par délégation :  
*La directrice de la sécurité sociale,*  
M. LIGNOT-LELOUP

## Annexe

### Cahier des charges Projet d'expérimentation article 51 « As du Cœur Multicentrique »

#### **1. Objet et finalité du projet**

L'objectif principal de ce projet « As du Cœur Multicentrique » (ADC MultiC) est de favoriser la pratique d'une Activité Physique (AP) autonome, régulière et durable chez des patients sortant de la phase de réadaptation cardiovasculaire en leur proposant de façon expérimentale une nouvelle séquence de soin prise en charge par l'assurance maladie.

Cette séquence est un programme d'activité physique adapté (APA) à but thérapeutique appelé dans la suite de ce document : programme « passerelle » ADC, incluant des actions éducatives d'accompagnement à la pratique d'AP durable [1].

Nous savons aujourd'hui qu'il est recommandé aux patients à haut risque cardiovasculaire, atteints d'une maladie cardiovasculaire chronique avec facteurs de risque associés ou ayant subi un épisode cardiovasculaire aigu, une chirurgie cardiovasculaire, ou un acte de cardiologie interventionnelle, de suivre une réadaptation cardiovasculaire [2]. Il leur est aussi recommandé de pratiquer à la suite de celle-ci une activité physique régulière, adaptée à leur état et à leurs capacités physiques. Ces recommandations formelles sont basées sur des preuves scientifiques établies qui ont montré les effets bénéfiques de l'exercice physique (effets anti-inflammatoires, antioxydants, anti-thrombotiques, neuro-hormonaux, vasculaires, remodelant musculaire...) [1-3]. Ces effets entraînent une réduction des facteurs de risques et donc une diminution du risque de rechute et d'aggravation ainsi qu'une amélioration des capacités physiques et de la qualité de vie. Or on sait qu'une majorité des sujets sortant de la phase de réadaptation cardiaque ne reprennent pas une pratique d'activité physique régulière et adaptée.

Un des freins à la pratique de l'APA durable en aval de la réadaptation est le coût d'un programme d'APA encadré, hors hospitalisation, respectant un protocole « thérapeutique » et favorisant la création d'habitudes et l'autonomisation de la pratique. Aussi ce projet d'expérimentation vise, à travers la prise en charge d'une telle offre de pratique, à favoriser son accès aux populations les plus démunies et les plus précaires qui sont aussi plus souvent porteuses de facteurs de risques associés.

Les objectifs opérationnels sont les suivants :

- Compléter la « séquence classique » de prise en charge en réadaptation cardiovasculaire (hospitalisation ou ambulatoire) incluant un programme d'ETP, par un programme d'APA passerelle de 5 mois dont la mise en œuvre sera étroitement associée aux ateliers d'ETP habituellement proposés et au suivi global du patient, en lien avec le médecin traitant
- Favoriser la pérennisation d'une pratique d'AP régulière à l'issue du programme passerelle
- Améliorer les indicateurs de pratiques cliniques suivants : information sur la nécessité d'une AP régulière et suivi de la pratique d'une AP [4]
- Mailler le territoire d'offres d'APA à visée thérapeutique de proximité de qualité.

### Population ciblée

Les indications de la réadaptation cardiovasculaire [2] sont :

- ✓ Maladie coronaire (après syndrome coronarien aigu, dans l'angor stable ou après angioplastie programmée)
- ✓ Chirurgie cardiaque (coronaire, valvulaire, aorte thoracique)
- ✓ Insuffisance cardiaque
- ✓ Transplantation cardiaque
- ✓ Artériopathie oblitérante des membres inférieurs
- ✓ Défibrillateurs automatiques implantables
- ✓ Cardiopathies congénitales à l'âge adulte
- ✓ Haut risque cardiovasculaire.

### Description de l'intervention

L'enjeu de cette intervention est de proposer aux personnes en fin de réadaptation cardiovasculaire une séquence de soins favorisant la pratique d'AP régulière et durable. Cette séquence se positionnera dès la sortie du service de SSR (hospitalisation ou ambulatoire). Elle aura pour objectif de rendre, à terme, les patients autonomes dans leur pratique d'AP [5].

Les valeurs de l'intervention reposent sur :

- l'implication du patient, en favorisant, autant que possible, une démarche partenariale avec l'équipe de soin pluridisciplinaire
- le renforcement des compétences d'adaptation (psychosociales) et d'auto soins favorisant ainsi un processus d'empowerment
- l'intégration des services proposés au patient, reposant sur l'articulation entre les programmes ETP existants et le programme ADC avec, pour objectif, de renforcer l'amélioration de la santé du patient et l'amélioration de sa qualité de vie et de celle de ses proches

- la collaboration entre professionnels (professionnels de la santé et professionnels de l'AP notamment)

La séquence sera proposée au patient dès son entrée en réadaptation cardiaque. Les grandes étapes seront les suivantes :

- Bilan médical et concertation cardiologue-médecin traitant
- Consultation du médecin traitant lors de laquelle il y a prescription de l'APA
- Programme « passerelle » ADC (comprenant une évaluation initiale et une évaluation finale)
- Consultation de suivi par le médecin traitant

Les consultations lors de laquelle il y a prescription de l'APA [4-5], puis de suivi seront réalisées le médecin traitant, en lien avec le cardiologue rééducateur (point d'entrée dans le dispositif). Pour le cas d'exception ou de force majeure, où l'initiation serait le fait du cardiologue, la coordination entre médecin traitant et médecin spécialiste devra figurer dans la séquence de soins.

Le médecin traitant sera informé de la démarche et impliqué dès le début et tout au long de la séquence.

Il sera au minimum destinataire :

- du courrier de fin de prise en charge en réadaptation du cardiologue rappelant l'intérêt et la pertinence de la prescription d'APA
- de l'information de tout problème médical survenant pendant le programme
- du compte-rendu périodique d'activité physique
- du bilan final et des nécessaires conseils et soutien à la fin du programme pour la pratique d'AP régulière et durable

**Le programme « passerelle » ADC de 5 mois** présente les caractéristiques suivantes :

- La conception du programme s'appuie sur les recommandations mondiales en matière d'AP. Le contenu des séances est donc principalement axé sur le renforcement des capacités cardiorespiratoires et musculaires [6].
- Il permet au participant d'acquérir les compétences nécessaires pour poursuivre la pratique de l'AP de façon autonome et durable avec des interventions éducatives ad hoc [1].
- Il doit être accessible à tous, et donc sans reste à charge important pour assurer l'égalité d'accès au parcours de soins
- Il est encadré par un ou des professionnels de l'AP possédant les compétences nécessaires pour encadrer des personnes en ALD avec limitations fonctionnelles jusqu'à modérées (en conformité avec le décret [7]), et ayant suivi une formation complémentaire « activité physique et maladies cardio-vasculaires »

Le programme, d'une durée de 5 mois contient 2 modules :

- Un module de pratique d'activité physique répondant aux caractéristiques suivantes :
  - Nombre maximum de 10 pratiquants par groupe
  - Un bilan de condition physique est effectué pour chaque patient en début et en fin de programme
  - 2 séances individuelles sont proposées en amont des séances collectives
  - 2 séances collectives par semaine (soit 40 séances au total sur les 5 mois) incluant 1 séance axée endurance et 1 séance axée renforcement musculaire quel que soit le support d'activité choisi (par exemple marche nordique)
  - Individualisation de la pratique et respect des intensités d'entraînement
  - Forme de coaching incitant au développement de la motivation intrinsèque utilisant des outils de développement de la création d'habitudes
  - Proposition et incitation à réaliser 1 séance par semaine en autonomie
  
- Un module d'interventions éducatives visant à agir sur la motivation et sur les déterminants de la pratique de l'activité physique pour un engagement durable (cf annexe 1) incluant :
  - 3 entretiens motivationnels individuels (initial, intermédiaire et final)
  - 3 interventions éducatives collectives

Ces 2 modules sont réalisés en parallèle. Ils peuvent être pris en charge par le même professionnel, s'il possède les compétences requises ou par 2 professionnels différents. L'évaluation finale et la co-construction d'objectifs permettent de favoriser le maintien de la pratique d'AP et l'autonomisation complète.

Un livret de l'intervenant (cf annexe 1) reprend toutes les recommandations.

En accord avec les textes réglementaires relatifs à la prescription et à la dispensation de l'AP [8] et les recommandations, les professionnels de l'AP habilités sont impliqués tout au long du dispositif.

#### **La nature et le choix des structures**

La nature des structures qui porteront les programmes ADC dépend des acteurs et dynamiques œuvrant sur chaque territoire avec pour exigence la qualification des professionnels de l'AP nécessaire à l'encadrement du public ciblé.

Le choix des SSR sera fait en concertation étroite avec les ARS concernées.

Le choix des structures APA sera fait en concertation étroite avec les ARS et les DRDJSCS mais aussi avec les autres acteurs du territoire (CROS, Centre ressource ou de référence, Maison sport santé, CPTS, club cœur et santé, CPAM, DRSM...). Un cahier des charges (cf annexe 2) concernant les structures qui vont entrer dans le projet a été établi afin de s'assurer autant que faire se peut que la qualité et la sécurité soient assurées au mieux.

Sous réserve du respect du cahier des charges (annexe 2) ces structures pourront être des :

- Structures d'exercice des professionnels de santé libéraux (Maisons de santé pluridisciplinaires, par exemple)
- Associations loi 1901 (clubs sportifs, patients usagers, ...)
- Structures sanitaires publiques
- Structures sanitaires privées sans but lucratif ou à but lucratif
- Entreprises (individuelles, EURL, SARL, SAS ou SA)
- Collectivités territoriales (principalement municipalités et métropoles)
- Communautés Professionnelles Territoriales de Santé
- Maisons Sport-Santé

Fort de son expérience après l'étude As du Cœur [9-10], Azur Sport Santé se propose de piloter le projet afin de coordonner les programmes mis en place dans les 5 régions pressenties et de contribuer à la réflexion de l'évaluation à réaliser.

Ce projet nécessite une coordination rigoureuse afin que le déroulement de l'expérimentation présente une homogénéité de fonctionnement dans les 5 régions, la reproductibilité du dispositif en dépend.

L'accompagnement de l'ARS PACA dans la réflexion initiale du projet, pour la mise en place des programmes passerelles et le choix des structures qui les porteront en PACA milite pour que l'ARS PACA coordonne l'accompagnement des ARS des autres régions.

L'ensemble de la démarche a fait l'objet de multiples échanges et réflexions avec un comité d'experts afin de prendre en compte non seulement les recommandations de bonne pratique mais aussi les contraintes logistiques et professionnelles.

Sont membres de ce comité d'experts :

- Pr Martine Duclos (ONAPS)
- Pr François Carré (ONAPS, SFC)
- Drs Gilles Bossier et Jean Michel Guy (GERS)
- Drs Jean Jacques Domerego et Guillaume Plaquevent (cardiologues)
- Dr Pascale Licari (ARS PACA)
- Mme Christèle Gautier (Direction des Sports)
- M. Julien Monier (Intervenant APAS)
- M. Stéphane Diagana (Diagana Sport Santé).

## **2. Impacts attendus à court et moyen terme du projet d'expérimentation**

### **Amélioration du service rendu aux usagers**

- Un meilleur maillage des territoires en offres de programmes passerelles de proximité efficaces et de qualité pour les personnes concernées.

- Acquisition, par les bénéficiaires, de compétences nécessaires à la pratique d'AP en autonomie.
- Renforcement des compétences d'adaptation et des capacités d'empowerment des bénéficiaires.

#### **Organisation des pratiques professionnelles**

- Facilitation de la prescription nécessaire de l'AP pour les professionnels de santé et notamment les cardiologues car la prise en charge par l'assurance maladie est garante d'une meilleure acceptation
- Mise en place d'un protocole de collaboration entre professionnels de la santé et professionnels de l'AP assurant une fluidité dans la transmission des informations pour une efficacité accrue de l'utilisation des compétences de chacun
- Mise à disposition d'outils partagés, préalablement testés lors de la recherche biomédicale « As du cœur »
- Montée en compétence des structures porteuses et des intervenants du programme passerelle ADC
- Sensibilisation et montée en compétence sur la thématique sport santé des professionnels de santé impliqués

#### **Efficacité pour les dépenses de santé**

La recherche biomédicale « As du cœur » a montré pour les malades cardiovasculaires qui ont participé à un programme d'activité physique adaptée de 5 mois [11] :

- Une amélioration très nette des paramètres physiques et de la qualité de vie
- Une réduction des dépenses de santé de près de 1 300 € l'année du programme (soit l'équivalent du coût de mise en œuvre de ce programme, toutes charges incluses, y compris équipement sportif et transport du pratiquant)
- A 18 mois de la fin du programme, près de 75 % des participants continuent à pratiquer une AP
- Les facteurs de motivation au maintien de l'adhésion à l'AP, selon les réponses des participants, sont la convivialité, l'absence de compétition et l'environnement sécurisé de l'accompagnement.

La poursuite de l'AP après la phase de réadaptation et surtout la pratique régulière et durable doit réduire les récurrences et les notamment les réhospitalisations. Le suivi à 2 et 3 ans pourra le confirmer et l'évaluation pourra mesurer les surcoûts évités.

### **3. Durée du projet envisagée**

Le projet d'expérimentation est de 3 ans (programme passerelles et suivi).

Le déroulement du projet est le suivant :

- 2 mois de coordination-ingénierie avec notamment les 10 réunions de concertation territoriale pour choisir les structures APA porteuses des programmes ADC et construction des partenariats tactiques pour chaque site
- 6 mois d’inclusion au fil de l’eau pour les 10 établissements SSR ciblés
- Mise en œuvre des 5 mois de programme « As du Cœur » dès la constitution d’un groupe de 10 patients inclus au sein de chaque structure APA
- 2 mois pour clôturer le recueil des informations (avec notamment le bilan final) à la fin du dernier programme passerelle
- 1 mois pour le contrôle de l’exhaustivité de saisie des données et transmission à l’évaluateur.

Par ailleurs le groupe « témoin » sera constitué de patients pris en charge dans les mêmes établissements SSR et sortis dans les 2 mois précédant le début de l’inclusion (cf. paragraphe « évaluation » en infra). Les patients de ce groupe seront évalués avec le même recul par rapport à leur date de sortie de SSR (soit 6 mois) avec la mesure des dépenses de santé pour tous et un questionnaire comportant les mêmes indicateurs de suivi que ceux évalués dans le groupe étudié.

Avec un début prévisible en avril 2020, les programmes passerelles se termineraient fin mai 2021 et une évaluation intermédiaire du dispositif expérimental interviendrait en août 2021. Le projet se terminerait en juin 2022 avec l’évaluation après un suivi à 1 an de la fin des programmes passerelle.

| Phases du projet              | 2020 |     |      |      |     |     |     |     |     |     |     |     | 2021 |     |      |      |     |     |     |     |     |     |     |     | 2022 |     |      |  |  |  |
|-------------------------------|------|-----|------|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|-----|------|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|-----|------|--|--|--|
|                               | Avr  | Mai | Juin | Juil | Aou | Sep | Oct | Nov | Déc | Jan | Fév | Mar | Avr  | Mai | Juin | Juil | Aou | Sep | Oct | Nov | Déc | Jan | Fév | Mar | Avr  | Mai | Juin |  |  |  |
| Coordination - concertation   | ■    |     |      |      |     |     |     |     |     |     |     |     |      |     |      |      |     |     |     |     |     |     |     |     |      |     |      |  |  |  |
| Constitution groupe contrôle  |      |     |      |      |     |     |     |     |     |     |     |     |      |     |      |      |     |     |     |     |     |     |     |     |      |     |      |  |  |  |
| Inclusion                     |      |     |      |      |     |     |     |     |     |     |     |     |      |     |      |      |     |     |     |     |     |     |     |     |      |     |      |  |  |  |
| Pg ADC (1er groupe)           |      |     |      |      |     |     |     |     |     |     |     |     |      |     |      |      |     |     |     |     |     |     |     |     |      |     |      |  |  |  |
| Pg ADC                        |      |     |      |      |     |     |     |     |     |     |     |     |      |     |      |      |     |     |     |     |     |     |     |     |      |     |      |  |  |  |
| Pg ADC                        |      |     |      |      |     |     |     |     |     |     |     |     |      |     |      |      |     |     |     |     |     |     |     |     |      |     |      |  |  |  |
| Pg ADC                        |      |     |      |      |     |     |     |     |     |     |     |     |      |     |      |      |     |     |     |     |     |     |     |     |      |     |      |  |  |  |
| Pg ADC                        |      |     |      |      |     |     |     |     |     |     |     |     |      |     |      |      |     |     |     |     |     |     |     |     |      |     |      |  |  |  |
| Pg ADC (dernier groupe)       |      |     |      |      |     |     |     |     |     |     |     |     |      |     |      |      |     |     |     |     |     |     |     |     |      |     |      |  |  |  |
| Recueil informations          |      |     |      |      |     |     |     |     |     |     |     |     |      |     |      |      |     |     |     |     |     |     |     |     |      |     |      |  |  |  |
| Contrôle exhaustivité         |      |     |      |      |     |     |     |     |     |     |     |     |      |     |      |      |     |     |     |     |     |     |     |     |      |     |      |  |  |  |
| Questionnaire groupe contrôle |      |     |      |      |     |     |     |     |     |     |     |     |      |     |      |      |     |     |     |     |     |     |     |     |      |     |      |  |  |  |
| 1ère évaluation               |      |     |      |      |     |     |     |     |     |     |     |     |      |     |      |      |     |     |     |     |     |     |     |     |      |     |      |  |  |  |
| Questionnaire groupe ADC      |      |     |      |      |     |     |     |     |     |     |     |     |      |     |      |      |     |     |     |     |     |     |     |     |      |     |      |  |  |  |
| Evaluation suivi              |      |     |      |      |     |     |     |     |     |     |     |     |      |     |      |      |     |     |     |     |     |     |     |     |      |     |      |  |  |  |

Le programme est autorisé sur une durée de 3 ans.

**4. Champ d’application territorial proposé**

**a. Éléments de diagnostic**

L'augmentation des maladies chroniques (notamment cardiovasculaires), l'amélioration et la spécialisation des systèmes de santé (transition épidémiologique) rendent parfois complexe la prise en charge du patient au sein du système de santé.

L'inactivité physique représente un des premiers facteurs de risque et de récurrence des maladies cardio-vasculaires [12]. La réadaptation cardiovasculaire après un syndrome coronaire aigu (SCA) permet une réduction de 26 % de la mortalité cardiovasculaire et de 20 % de la mortalité toutes causes à moyen terme.

Les programmes de réadaptation cardiovasculaire permettent d'assurer au patient l'accès : au réentraînement physique, à l'optimisation thérapeutique, à l'éducation thérapeutique pluridisciplinaire et au contrôle des facteurs de risque. Ce type de programme (en hospitalisation ou en ambulatoire) est actuellement recommandé avec un haut niveau de preuve pour tous les patients après un SCA (5). Pourtant, si l'activité de cardiologie interventionnelle est en progression constante, peu de patients qui bénéficient d'un acte entreprennent ensuite une réadaptation cardiaque. En 2014, seulement 36.9% des patients ont été hospitalisés en SSR après un SCA dont 28.5 % en SSR cardiologique, avec une forte disparité selon les régions (par exemple : Bretagne de 28.0 à 35.9% ; Auvergne Rhône-Alpes de 23.8 à 27.6% ; PACA de 25 à 26%, Centre Val de Loire de 17.6 à 22.6%, Occitanie de 24.7 à 25.1%) [13].

Le suivi à moyen terme de la poursuite d'AP n'est pas réalisé chez une majorité de patient.

Ce projet d'expérimentation fait suite à l'étude « As du cœur » [9] menée en région PACA dont les résultats des 2 volets, l'un psycho-comportemental [10] et l'autre médico-économique [11] ont permis d'apporter des premiers éléments de réponse mais portaient sur une cohorte relativement restreinte.

Les territoires ciblés ont pour caractéristiques des acteurs déjà bien impliqués dans la réadaptation cardiaque mais aussi dans l'activité physique adaptée pour une pratique au quotidien lors du retour en milieu ordinaire.

#### **b- Champ d'application territorial**

Le projet est interrégional.

Dans chaque territoire le choix de l'établissement de SSR entrant dans l'expérimentation a été fait en lien avec le *Groupe Exercice Réadaptation et Sport* (GERS) de la Société Française de Cardiologie. Les établissements ont été ciblés en raison de leur implication reconnue dans la réadaptation cardiovasculaire mais aussi leur file active d'importance.

Pour la région PACA les établissements ont été choisis avec pour idée de garder ceux (Alpes Maritimes) qui avaient participé à l'étude As du Cœur et compléter la représentation

géographique de la région (Var et Bouches du Rhône) avec des établissements différents à recrutement et situation géographique différents.

Au total les 10 établissements SSR proposant de la réadaptation cardiovasculaire ciblés concernent 5 régions :

- Région PACA :
  - o Maison du Mineur à Vence (06)
  - o Hôpital privé Arnault Tzanck à Mougins (06)
  - o Hôpital Privé Gériatrique Les Sources (06)
  - o Hôpital Privé Clairval à Marseille (13)
  - o Hôpital Léon Bérard à Hyères (83)
- Région Bretagne :
  - o Clinique Saint Yves à Rennes (35)
- Région Auvergne Rhône-Alpes :
  - o Clinique médicale de Cardio-pneumologie de Durtol (63)
  - o Centre de réadaptation cardiorespiratoire de la Loire à Saint Priest en Jarez (42)
- Région Centre - Val de Loire :
  - o Centre de réadaptation et de prévention cardiovasculaire Bois Gibert à Ballan-Miré (37)
- Région Occitanie :
  - o Clinique de Saint Orens à Saint Orens de Gameville (31)

Les structures et sites qui porteront les programmes passerelle seront choisies en concertation territoriale et en fonction de l'origine géographique des patients sortant de réadaptation avec comme contraintes :

- la proximité du site de pratique par rapport au domicile des patients
- un nombre suffisant de participants par structure (2 groupes de 10 au minimum) pour éviter un éparpillement difficile à gérer et évaluer mais aussi de viabilité financière

Le nombre de structures envisageable est de 2 à 3 pour chaque établissement soit un minimum de 20 au total et vraisemblablement entre 20 et 30).

##### **5. Présentation du porteur du projet d'expérimentation et des partenaires de l'expérimentation**

|  | Entité juridique et/ou statut ; Adresse | Coordonnées des contacts : nom et prénom, mail, téléphone | Nature du partenariat ou de la participation au projet d'expérimentation (moyen humain, logistique, financier, autres à préciser, ...) |
|--|---|---|--|
|  |   |   |  |

|  |   |  | Préciser les coopérations existantes   |
|--|---|--|--|
| Porteur : Association Azur Sport Santé (A2S)           | Association Loi 1901<br>Bâtiment Ariane,<br>27 boulevard Paul Montel, 06200 NICE  | Dr Alain FUCH,<br><a href="mailto:alain.fuch@assurance-maladie.fr">alain.fuch@assurance-maladie.fr</a><br>Tél : 06 17 64 77 95 |  |
| Partenaire(s) stratégiques du projet d'expérimentation | FEHAP<br><br>Société Française de Cardiologie et le GERS<br><br>Laboratoire Motricité Humaine Expertise Sport Santé – Université Nice Côte d'Azur<br><br>Département de Santé publique du CHU de Nice |  | Information sur la démarche et Communication auprès des professionnels de santé<br><br>Choix des établissements<br>Mise en relation avec les SSR et les Clubs Cœur et santé<br>Communication<br><br>Evaluation de la satisfaction et de l'adhésion au programme<br><br>Data management et Evaluation médicoéconomique éventuelle |
| Partenaires tactiques                                  | Pour chaque territoire :<br>Les établissements SSR ciblés<br>ARS, DRDJSCS, CRSO, CDOS, CPTS, CPAM, DRSM, Centre ressources et Maison Sport Santé, acteurs divers sport-santé                          |  |  |

## 6. Catégorie d'expérimentation

Modalités de financement innovant (Art. R. 162-50-1 –I-1) : °Financement forfaitaire d'une séquences de soins

## 7. Dérogations envisagées pour la mise en œuvre de l'expérimentation

| I - Règles de financements de droit commun auxquelles il est souhaité déroger ? |  |
|---|--|
| Limites du financement actuel   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Absence de prise en charge de l'AP</li> </ul>   |
| <u>Dérogations de financement envisagées (article L162-31-1-II-1° et 3°)</u>    | Dérogation au panier de soins remboursables <ul style="list-style-type: none"> <li>Programme « passerelle » ADC (incluant évaluation initiale et finale)</li> <li>dont les interventions « éducatives »</li> </ul> |

Le tableau ci-dessous résume la séquence optimale de prise en charge du programme passerelle As du Cœur pour les patients en relais de la phase de réadaptation cardiovasculaire avec une valorisation des coûts basée sur l'accompagnement de groupes de 10 personnes (composition recommandée).

| Actions APA   | Euros      |
|---|------------|
| Activité Physique individuelle initiation (2 séances de 30 mn)  | 45         |
| Evaluation physique initiale (30 mn)  | 23         |
| Forfait Activité physique en groupe (40 séances de 75 mn)   | 225        |
| Rédaction compte rendu périodique + envoi médecin traitant  | 11         |
| Echanges avec l'équipe médicale / staff SSR (30 mn)   | 23         |
| Evaluation finale physique + orientation post programme (45 mn)   | 34         |
| <b>Interventions éducatives "renforcement motivation"</b>   |            |
| Evaluation initiale psychosociale (60 mn)   | 45         |
| Interventions éducatives de "renforcement motivation" en groupe (3 séances de 75 mn)  | 17         |
| Bilan intermédiaire (60 mn)   | 45         |
| Evaluation psychosociale finale (45 mn)   | 34         |
| Phoning/SMS/suivi individuel (60 mn) dont l'appel 1 semaine après la fin des séances pour évaluer la poursuite de la pratique | 45         |
|   |            |
| Impression outils de suivi : journal du pratiquant  | 5          |
| Frais de gestion de la structure (secrétariat, logistique, locaux, téléphone...)  | 40         |
| <b>Total = Forfait global programme passerelle As du Cœur</b>   | <b>592</b> |

Afin d'éviter que les structures APA ne considèrent la simple inscription d'un patient au programme passerelle comme une assurance de se voir rémunérer la totalité du forfait, il est instauré un palier de réalisation du programme de 2 mois pleins. En général l'abandon est lié

à un problème de santé soit directement lié à la maladie cardio-vasculaire soit à un événement intercurrent (accident, maladie autre aigue...). On peut estimer le taux maximum d'abandon dans les 2 premiers mois à 10 %.

| Participation des patients au programme passerelle ADC | Forfait de prise en charge |
|--|----------------------------|
| Inscription mais abandon après 2 mois                  | 213 euros                  |
| Abandon entre 3 mois et 5 mois ou programme complet    | 592 euros                  |

Le forfait « abandon 2 mois » de 213 euros se décompose de la façon décrite ci-dessous :

- **Frais de gestion et impression du journal du pratiquant :** **35 euros**
- **Actions APA :** **113 euros**
  - Activité Physique individuelle initiation (2 séances de 30 mn) 45 euros
  - Evaluation physique initiale (30 mn) 23 euros
  - 8 séances d'AP en groupe 45 euros
- **Interventions éducatives :** **65 euros**
  - Evaluation initiale psychosociale (60 mn) 45 euros
  - Intervention "renforcement motivation" en groupe (1 séance) 5 euros
  - Phoning/SMS/suivi individuel (20 mn) 15 euros

Aucun frais supplémentaire ne pourra être facturé par les structures sélectionnées aux patients pour leur suivi dans le cadre de ce programme.

## **8. Principes du modèle économique cible et équilibre du schéma de financement**

### **a) Volumétrie de patients**

En se basant sur la déclaration faite par les établissements SSR de la file active annuelle de patients cardiovasculaires accueillis et si on se réfère à l'expérience des cardiologues rééducateurs l'estimation de 30 % des patients seraient éligibles et d'accord pour intégrer le programme passerelle ADC (à proximité de chez eux) une période d'inclusion de 5 à 6 mois de sortants de réadaptation devrait permettre d'inclure 1 200 patients pour les 10 établissements.

### **b) Critères d'inclusion**

Tout patient dont l'état a nécessité une réadaptation cardiaque doit se voir proposer en fin de prise en charge un programme APA « passerelle » ADC afin d'atteindre l'objectif de pérennisation de la pratique d'exercice physique.

Les patients inclus mais qui pour des raisons médicales ont abandonné le programme dans le 1<sup>er</sup> mois peuvent reprendre le programme dans les 2 mois qui suivent. Dans les autres situations d'arrêt du programme il ne sera pas possible de les inclure de nouveau car cela prolongerait trop l'expérimentation et compliquerait l'évaluation.

**c) Critères d'exclusion absolus**

- Contre-indication à l'activité physique
- Syndrome coronarien aigu non stabilisé
- Insuffisance cardiaque décompensée
- Troubles du rythme ventriculaires sévères, non maîtrisés
- Présence d'un thrombus intracardiaque à haut risque embolique
- Présence d'un épanchement péricardique de moyenne à grande importance
- Antécédents récents de thrombophlébite avec ou sans embolie pulmonaire
- Obstacle à l'éjection ventriculaire gauche sévère et/ou symptomatique
- Toute affection inflammatoire et/ou infectieuse évolutive
- Hypertension artérielle pulmonaire sévère

**d) Critères d'exclusion relatifs**

- Limitation fonctionnelle sévère (selon le décret de décembre 2016 relatif à la prescription de l'AP)
- Insuffisance cardiaque sévère dont le reconditionnement et les capacités à effectuer un effort nécessite une surveillance médicale.

**e) Soutenabilité financière du projet d'expérimentation**

- Consommation de soins abaissée (coûts évités)

Si on se réfère à l'étude As du Cœur les dépenses remboursées ont baissé de 1 300 € pour les patients ayant bénéficié du programme ADC. Même si cela n'est pas comparable à l'expérimentation, car on ne s'adresse pas au même type de patients cardiovasculaires (l'étude portait sur des patients cardiovasculaires à distance d'un épisode aigu), on peut estimer que la dépense évitée serait peut-être réduite de moitié soit 650 € par personne. Cela donnerait quand même 780 000 euros de dépenses évitées pour la première année de l'expérimentation soit quasiment le coût de celle-ci, coût amorti d'emblée.

- Prévention des autres maladies chroniques pour lesquelles l'AP réduit les facteurs de risque (économie potentielle)

Cette économie potentielle déportée dans le temps est difficilement quantifiable à ce jour mais au regard des dépenses évitées l'année de l'expérimentation et des rechutes ou réhospitalisations diminuées, on peut imaginer des économies substantielles qui incitent donc à une évaluation médicoéconomique poussée avec un suivi long de 2 à 3 ans.

## 9. Modalités de financement de l'expérimentation

La totalité du financement de l'expérimentation provient du FISS.

Le plan de financement au global comprend :

### a) Budget prévisionnel portage des programmes passerelle ADC

Le forfait global du programme passerelle ADC (détaillé dans le tableau supra) se monte à 592 euros par patient et 213 euros en cas d'abandon dans les 2 premiers mois. Avec une prévision d'abandon maximum de 10% des participants cela donne un budget prévisionnel total « programmes ADC » de **664 920 euros** (639 360 euros pour les 1 080 patients à 592 euros et 25 560 euros pour les 120 patients à 213 euros).

Les frais d'amorçage des structures portant les programmes passerelle se décomposent en :

- Formation cardiologie spécifique des intervenants APA = 200 euros
- Défibrillateur portatif (pour la sécurité des séances APA en extérieur) = 1 200 euros
- Aide à la location d'une salle pour les séances en intérieur = 100 euros

Soit un total de 1 500 euros par structure.

Si on projette la participation de maximum 30 structures labellisées « As du Cœur » cela donne un budget total maximum de **45 000 euros**.

### b) Budget coordination-ingénierie du projet

| <b>Coordination du projet sur la durée de l'expérimentation (2 ans)<br/>= budget Azur Sport Santé</b>  | <b>Euros</b>   |
|--|----------------|
| Pilote du projet (Dr Fuch)   | 0              |
| Chef de projet senior (Dr Ferré) - coordination et suivi   | 93 240         |
| Chargé de mission (niveau master APA) - coordination suivi   | 37 740         |
| Expert (Odile Diagana, coordinatrice générale) + administratif (secrétariat et logistique)             | 29 037         |
| Frais de gestion   | 30 000         |
| Déplacements et missions (réunions de concertations régionales et dans chaque SSR)                     | 26 000         |
| Frais COPIL avec 4 réunions pour 20 personnes (nuitées, repas, salle, déplacements)                    | 22 400         |
| Chargé de mission "local" – coordination (personnel du SSR) correspondant territorial en lien avec A2S | 15 750         |
| <b>Total</b>   | <b>254 167</b> |

### c) Budget évaluation

La saisie des informations nécessaires à l'évaluation du projet nécessite la mise en œuvre d'un outil permettant une saisie en ligne aux intérêts multiples :

- L'uniformisation des saisies
- La rapidité du recueil avec une centralisation nécessaire avec le caractère multicentrique du projet
- La réduction du risque d'erreur de saisie en supprimant la saisie papier et la retranscription secondaire
- L'aide au suivi des inclusions

Le recours à une plateforme de service ayant l'agrément d'hébergeur de données médicales assurera aux structures APA un accès en ligne propre à chacune d'elle avec une saisie possible en temps réel. Les 30 structures disposeront chacune d'une licence qui avec la création du projet et des questionnaires représente un coût d'environ **43 000 euros** selon la quantité des données dont l'évaluateur sélectionné aura besoin.

Pour les questionnaires envoyés aux patients inclus (1 200) et témoins (800), les frais d'affranchissement et RH (tarif SMIC) de de mise sous pli et de saisie des informations en retour, le budget à prévoir est de **4 000 euros**.

Au total le budget lié à l'envoi des questionnaires est de **47 000 euros**.

### d) Déploiement du plan de financement sur les 2 ans d'expérimentation

|                                    | 2020             | 2021             | 2022           | Total              |
|------------------------------------|------------------|------------------|----------------|--------------------|
| Portage programmes passerelle ADC  | 554 100 €        | 110 820 €        | -              | <b>664 920 €</b>   |
| Forfaits d'amorçage structures APA | 45 000 €         | -                | -              | <b>45 000 €</b>    |
| Coordination Azur Sport Santé      | 160 000 €        | 90 000 €         | 4 167 €        | <b>254 167 €</b>   |
| Plateforme de service et mailing   | 45 000 €         | 1 000 €          | 1 000 €        | <b>47 000 €</b>    |
| <b>Total</b>                       | <b>804 100 €</b> | <b>201 820 €</b> | <b>5 167 €</b> | <b>1 011 087 €</b> |

## 10. Modalités d'évaluation de l'expérimentation envisagées

L'évaluation est réalisée sous la responsabilité de la DREES et de la CNAM.

L'expérimentation, prévue sur 2 ans, permettra d'observer les effets à court terme de la prise en charge APA. De plus un suivi des patients à 1 an après la fin du programme APA permettra d'évaluer l'impact sur les dépenses de santé et l'engagement durable des patients dans la pratique de l'activité physique.

Les populations cibles sont précisément définies et les lieux d'interventions clairement délimités. Les programmes de prise en charge sont également bien définis.

L'évaluation cherchera notamment à répondre à plusieurs catégories de questions.

- En premier lieu et bien que les preuves de concept de l'AP soient clairement déterminées dans la littérature scientifique internationale, il apparaît nécessaire de montrer qu'une expérience réalisée dans le contexte français, sur une population relativement importante, démontre l'atteinte des résultats cliniques de base attendus. Au-delà des résultats purement cliniques, les modifications de comportement / habitudes de vie des patients devront être observées. De la même manière, l'évaluation devra chercher à démontrer l'efficacité de cette intervention, tant du point de vue des coûts potentiellement évités (directs et indirects), que de celui de l'amélioration de la qualité de vie des patients.

Les 1 200 patients inclus vont constituer le groupe « étudié » et leur comportement vis-à-vis des dépenses de santé mais aussi envers l'activité physique sera suivi dans le temps : à leur sortie du SSR puis à la fin du programme passerelle et enfin 1 an après la fin de ce dernier.

Ce groupe étudié sera comparé à un groupe de patients « témoin » à qui le programme passerelle n'aura pas été proposé. Ce groupe « témoin » sera constitué de patients pris en charge dans les mêmes établissements SSR et sortis dans les 2 mois précédant le début de l'inclusion. Cela permettra d'éliminer le biais lié à l'éventuel effet du volontariat pour l'APA dans le comportement vis-à-vis du recours aux soins. Cette cohorte « témoin » comportera un nombre de patients situé dans une fourchette de 400 à 800 personnes. Le nombre précis sera calculé par l'évaluateur en fonction de la puissance qu'il aura choisi.

Les 2 groupes (étudié et témoin) seront évalués avec le même recul par rapport à leur date de sortie de SSR soit :

- 6 mois après leur sortie avec la mesure des dépenses de santé pour tous mais aussi :
  - pour le groupe étudié : le bilan de fin du programme passerelle
  - pour le groupe témoin : un questionnaire comportant les mêmes indicateurs de suivi que ceux évalués dans le groupe étudié. Ce questionnaire comportera des questions fermées portant notamment sur la qualité de vie et le niveau d'activité physique.
- 1 an après ce premier bilan du 6<sup>ème</sup> mois : une nouvelle mesure des dépenses de santé dans les deux groupes (étudié et témoin) et un nouveau questionnaire (qualité de vie et niveau d'activité physique) qui permettra de mesurer l'engagement ou non des patients dans la pratique durable de l'activité physique.

- Dans le même temps, l'évaluation s'attachera à analyser le bon fonctionnement des programmes mis en place : leur capacité à recruter des patients, organiser les séances pour tous les patients inscrits, les maintenir dans le programme jusqu'au bout..., ainsi qu'à générer une autonomie dans leur capacité à maintenir durablement une activité physique. L'identification des leviers favorisant un bon fonctionnement, ou à l'inverse des freins au développement des programmes devra être recherché, notamment à travers les formes de coordinations qui se mettront ou non en place entre les différents professionnels intervenants (établissements et programmes d'AP ambulatoires, suivi avec MT...). il sera en particulier observé s'il existe une variabilité de mise en œuvre selon les acteurs (formations/compétences/profils des professionnels, appropriation et respect du cahier des charges, modalités de mise en œuvre des programmes...), et si celle-ci a des conséquences sur le fonctionnement et des programmes, l'adhésion des patients et leur maintien dans l'AP. Enfin, les perceptions des professionnels des structures d'AP, ainsi qu'éventuellement des PS en charge du suivi habituel des patients (MT, infirmiers, kinés) pourront être recueillies et analysées.
- Une autre dimension de l'évaluation tentera d'observer les effets de la solvabilisation des programmes d'AP sur leur accessibilité. Qui sont les personnes qui entrent dans le programme, comment se fait le recrutement, sont-elles celles qui en ont le plus besoin ? Quelles sont les caractéristiques de celles qui suivent le mieux le programme et à l'inverse de celles qui abandonnent ? etc.

Au-delà de l'évaluation du programme en lui-même, il sera important de replacer l'évaluation d'As du cœur dans la perspective plus large de la prise en charge de l'APA :

Quelles sont les pathologies ou les situations pathologiques qui pourraient donner lieu à une prise en charge ;

- Quelles formes de coordination mettre en place aux niveaux national/régional/local pour organiser les prises en charge (par quel type d'offreur et à quel niveau de médicalisation – établissement vs ambulatoire -), qui décide de la prise en charge (prescription médicale, avis spécialisé...)?
- Quelles modalités de régulation pour éviter les effets d'aubaine ou à l'inverse une sous-utilisation de ces dispositifs ?
- Quel format des programmes adaptés aux différentes situations cliniques et quel financement associé ?

Tant que faire se peut, les méthodes mobilisées devront rechercher à établir des comparaisons de type avant / après et ici/ailleurs. Les expérimentations devront en outre veiller à collecter, dans le cadre de leur fonctionnement, des données essentielles permettant de mesurer leur efficacité.

Proposition d'indicateurs de suivi :

|   |   |
|---|---|
| Résultat et impact  | -Evolution de la condition physique (aérobie, musculaire et équilibre)<br>-Evolution des dépenses de santé<br>-Evolution de la qualité de vie<br>-Evaluation du QALYs   |
| Processus   | -Nombre de professionnels de l'AP spécifiquement formés<br>-Nombre de professionnels sensibilisés<br>-Nombre de patients informés sur la nécessité d'une AP régulière<br>-Nombre de patients inscrits du programme ADC<br>-Nombre de patients ayant suivi l'intégralité du programme ADC<br>-Nombre de patient ayant bénéficié d'un suivi de la pratique d'une AP |
| Satisfaction et expérience patient (cf annexe 3)                    | Satisfaction générale<br>Evaluation de l'adhésion au programme selon le profil du patient = motivationnel (stade de changement) psychologique et sociologique   |
| Satisfaction et expérience des structures effectrices (cf annexe 4) | Satisfaction générale<br>Evaluation de l'acceptabilité du cahier des charges imposé et des aspects innovants  |

### **11. Nature des informations recueillies sur les patients pris en charge dans le cadre de l'expérimentation et les modalités selon lesquelles elles sont recueillies, utilisées et conservées**

#### **Modalités d'information des patients**

- Remise au patient d'une note d'information individuelle précisant l'objectif et la nature des données recueillies, le responsable du traitement et son contact
- Toute autre procédure jugée nécessaire au Délégué à la Protection des Données (DPO) de l'établissement en charge de l'évaluation

#### **Données à recueillir sur les personnes prises en charge**

- Indicateurs de condition physique (par les structures APA)
  - o Index des capacités aérobies (6 minutes marche)
  - o Index de force des membres inférieurs
  - o Index d'équilibre
- VO2 max (en SSR)
- Indicateurs des dépenses de santé (par la CNAM)
  - o Bases de données de remboursement de l'assurance maladie
- Indicateurs de qualité de vie (par les structures APA)
  - o EQ5D (ou EQ7D) ou SF36
- Indicateurs de satisfaction et d'adhésion au programme (par les structures APA)

**Modalités de recueil des données**

- Questionnaires
- Tests de condition physique
- Extraction des données de remboursement de l'Assurance maladie

**Utilisation et de conservation des données**

- Conservation des données sur serveur sécurisé ayant l'autorisation pour l'hébergement de données de santé
- Traitement et analyse des données anonymes par l'évaluateur externe

**12. Liens d'intérêts**

Aucun

## Références

1. INSERM. Activité physique : Prévention et traitement des maladies chroniques - synthèse. 2019
2. GERS, SFC. Référentiel des bonnes pratiques de la réadaptation cardiaque de l'adulte en 2011
3. INSERM. Activité physique - contextes et effets sur la santé 2008
4. Haute Autorité de Santé. Promotion, consultation et prescription médicale d'activité physique et sportive pour la santé chez les adultes. 2018.
5. Haute Autorité de Santé. Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées. 2011
6. OMS. Recommandations mondiales sur l'activité physique pour la santé. 2010
7. Legifrance. Décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016 relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée
8. Legifrance. INSTRUCTION INTERMINISTÉRIELLE N° DGS/EA3/DGESIP/DS/SG/2017/81 du 3 mars 2017 relative à la mise en oeuvre des articles L.1172-1 et D.1172-1 à D.1172-5 du code de la santé publique et portant guide sur les conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée
9. Fournier et al. Protocol of the "As du Cœur" study: a randomized controlled trial on physical activity maintenance in cardiovascular patients. *BMC Cardiovascular Disorders* (2016) 16:160. <https://doi.org/10.1186/s12872-016-0325-0>
10. Fournier et al. "As du Cœur" study: a randomized controlled trial on physical activity maintenance in cardiovascular patients. *BMC Cardiovascular Disorders* (2018) 18:77. <https://doi.org/10.1186/s12872-018-0809-1>.
11. Bailly et al. "As du Cœur" study: a randomized controlled trial on quality of life impact and cost effectiveness of a physical activity program in patients with cardiovascular disease. *BMC Cardiovascular Disorders* (2018) 12:225. <https://doi.org/10.1186/s12871-018-0973-3>.
12. ANSES. Actualisation des repères du PNNS - Révisions des repères relatifs à l'activité physique et à la sédentarité. 2016.
13. Amélie Gabet. ÉVOLUTION TEMPORELLE DU RECOURS À LA RÉADAPTATION CARDIAQUE APRÈS UN INFARCTUS DU MYOCARDE, FRANCE, 2010-2014. *BEH*. 2016

## ANNEXE 1

 **AZUR SPORT SANTE**  
Centre de ressources et d'expertises

### Programme As du cœur Guide pratique de l'intervenant



[www.azursportsante.fr](http://www.azursportsante.fr)

09 87 19 79 14

[contact@azursportsanté.fr](mailto:contact@azursportsanté.fr)



|  |    |
|--|----|
| <a href="#">1. Introduction : objectif du guide</a>                  | 25 |
| <a href="#">2. Méthodologie du programme As du cœur</a>              | 26 |
| <a href="#">3. Contenu du programme</a>                              | 29 |
| <a href="#">Accompagnement au changement</a>                         | 29 |
| <a href="#">Choix des déterminants physiques et techniques</a>       | 31 |
| <a href="#">4. Condition de participation au programme</a>           | 36 |
| <a href="#">5. Evaluations initiales</a>                             | 36 |
| <a href="#">6. Mise en œuvre et suivi du programme</a>               | 37 |
| <a href="#">7. Prévenir les risques et réagir face à un accident</a> | 38 |
| <a href="#">8. Evaluations finales et orientation du pratiquant</a>  | 40 |
| <a href="#">9. Evaluer l'impact du programme</a>                     | 40 |
| <a href="#">10. Principaux outils</a>                                | 41 |
| <a href="#">Guide d'entretien initial</a>                            | 42 |
| <a href="#">Exemple de séance axée endurance</a>                     | 43 |
| <a href="#">Exemple de séance axée renforcement musculaire</a>       | 44 |
| <a href="#">Techniques permettant d'agir sur la motivation</a>       | 45 |
| <a href="#">Test d'équilibre</a>                                     | 47 |
| <a href="#">Test de force des membres inférieurs</a>                 | 48 |
| <a href="#">Test « cardio-respiratoire »</a>                         | 50 |
| <a href="#">Echelles de contrôle de l'intensité de l'effort</a>      | 51 |
| <a href="#">Fiche « suivi de présence »</a>                          | 52 |
| <a href="#">Rapport d'incident</a>                                   | 53 |
| <a href="#">Questionnaire de satisfaction participant</a>            | 55 |
| <a href="#">Compte-rendu périodique d'Activité Physique</a>          | 57 |
| <a href="#">11. Bibliographie</a>                                    | 58 |
| <a href="#">Annexe module engagement durable</a>                     | i  |

## 1. Introduction : objectif du guide

L'objectif de ce guide est de soutenir les intervenants en activité physique pour **la conception, la mise en œuvre et l'évaluation d'un programme d'activité physique** destiné à un public porteur d'une ou plusieurs **maladies chroniques, et plus particulièrement du programme « passerelle » As du Cœur (ADC)** destiné à des personnes à un public porteur de maladies cardiovasculaires.



Il vise à apporter des clés pratiques correspondant aux **7 compétences requises par le décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016** relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée :

1. *Être capable d'encourager l'adoption de comportements favorables à la santé.*
2. *Mettre en œuvre une évaluation initiale de la situation de la personne*
3. *Concevoir une séance d'activité physique en suscitant la participation et l'adhésion*
4. *Mettre en œuvre un programme : Animer les séances ; évaluer la pratique et ses progrès ; soutenir la motivation ; détecter les signes d'intolérance et transmettre les informations pertinentes au prescripteur*
5. *Évaluer à moyen terme les bénéfices attendus du programme*
6. *Réagir face à un accident au cours de la pratique*
7. *Connaître les caractéristiques très générales des principales pathologies*

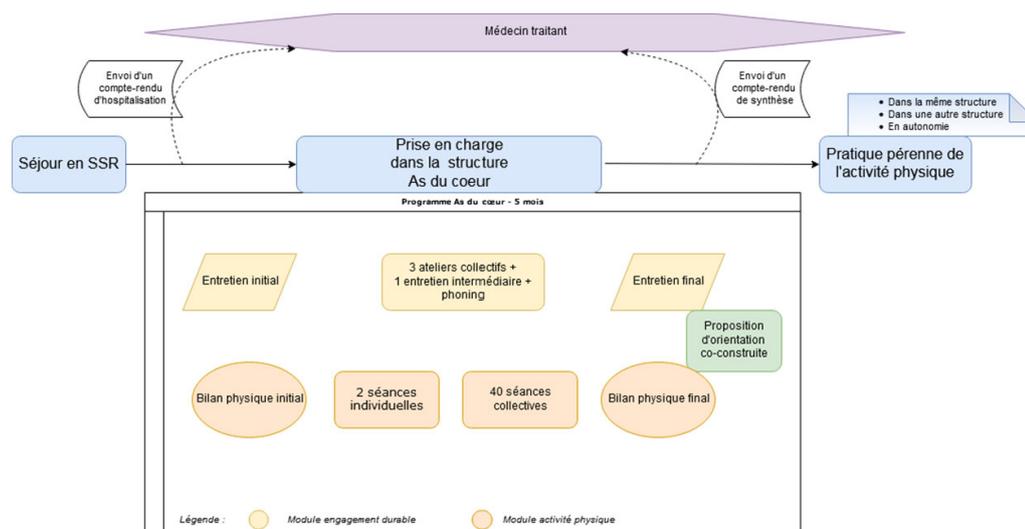
Il aborde l'ensemble de ces points en suivant l'ordre chronologique de la conception à l'évaluation d'un programme.

Son contenu est basé sur les principales recommandations actuelles en activité physique (Cf bibliographie).

## 2. Méthodologie du programme As du cœur

Le projet As du cœur Multicentrique (ADC Mc) s'inscrit dans le cadre de l'article 51 de la Loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) 2018. Ce dispositif prévoit la possibilité de mettre en œuvre des expérimentations dérogatoires aux modes de tarification de droit commun pour permettre l'émergence d'organisations innovantes dans les secteurs sanitaire et médico-social afin de promouvoir l'innovation en santé. Ces expérimentations doivent concourir à l'amélioration de la prise en charge du parcours des patients, de l'efficacité du système de santé et de l'accès aux soins.

Le programme « passerelle » As du Cœur (ADC), s'adresse aux personnes qui sortent d'un séjour en réadaptation cardiaque. Il s'inscrit dans le parcours de soins décrit ci-dessous :



Il comprend 3 grandes phases :

### 1. L'entrée dans le programme :

L'intervenant prend en charge les patients le plus rapidement possible après leur sortie du centre de réadaptation cardio-vasculaire (délai maximum : 2 semaines).

Les patients entrent donc dans le programme « au fil de l'eau », tous les patients ne commencent pas et ne terminent pas leur programme en même temps.

L'intervenant échange régulièrement avec les personnes ressources du centre de soins de suite et de réadaptation (SSR) pendant la période de recrutement (échanges de visu ou par visio-conférence).

## 2. La conduite du programme

Le programme, d'une durée de 5 mois contient 2 modules :

- Un module de pratique d'activité physique répondant aux caractéristiques suivantes :
  - Nombre maximum de 10 pratiquants par groupe
  - Un bilan de condition physique est effectué pour chaque patient en début et en fin de programme
  - 2 séances individuelles sont proposées en amont des séances collectives
  - 2 séances collectives par semaine (soit 40 séances au total sur les 5 mois) incluant 1 séance axée endurance et 1 séance axée renforcement musculaire quel que soit le support d'activité choisi
  - Individualisation de la pratique et respect des intensités d'entraînement
  - Forme de coaching incitant au développement de la motivation intrinsèque utilisant des outils de développement de la création d'habitudes
  - Proposition et incitation à réaliser 1 séance par semaine en autonomie
  
- Un module d'engagement durable visant à agir sur la motivation et sur les déterminants de la pratique de l'activité physique (cf annexe) incluant :

- 3 entretiens motivationnels individuels (initial, intermédiaire et final)
- 3 séances collectives

Ces 2 modules sont réalisés en parallèle. Ils peuvent être pris en charge par le même professionnel, s'il possède les compétences requises (cf cahier des charges) ou par 2 professionnels différents.

Si le professionnel en charge du module engagement durable est également le professionnel en charge des séances de pratique de l'AP, il devra disposer de suffisamment de temps pour assurer les 2 volets du programme.

Si le professionnel en charge du module engagement durable est différent du professionnel en charge des séances de pratique de l'AP, les 2 professionnels devront prévoir des temps d'échanges réguliers.

### 3. L'orientation post-programme

Les structures devront participer à l'orientation des pratiquants en fin de programme. Elles devront s'assurer de la poursuite de la pratique à l'issue du programme passerelle ADC.

Par ailleurs, il sera primordial d'informer le médecin traitant de la progression du pratiquant via, a minima, l'envoi du compte-rendu périodique d'activité physique en fin de programme.

### 3. Contenu du programme

Ce type de programme vise à améliorer la santé des participants en utilisant l'activité physique comme thérapeutique non-médicamenteuse. Il a également pour objectif d'engager les participants dans une pratique pérenne de l'activité physique. Il repose donc sur :

- *Une méthodologie psycho-comportementale d'accompagnement au changement*
- *Un choix justifié des déterminants physiques et techniques à travailler*

Les modalités et le contenu du module engagement durable sont présentés dans l'annexe « module d'engagement durable » de ce guide. Si le professionnel en charge du module engagement durable est différent du professionnel en charge des séances de pratique de l'activité physique, ce dernier doit veiller à adopter une posture professionnelle propice à l'accompagnement au changement tout au long du programme.

#### Méthodologie psycho-comportementale d'accompagnement au changement

Changer ses habitudes n'est pas toujours évident, surtout quand il s'agit de sa santé. Cela nécessite un accompagnement et c'est là que vous avez un rôle à jouer !

Cet accompagnement éducatif a pour objectif de rendre le pratiquant plus autonome en facilitant son adhésion à la pratique d'une activité physique régulière et en améliorant sa qualité de vie. C'est un processus par étapes, qui peut être intégré aux actions d'éducation thérapeutique du participant.

Afin d'y parvenir, il est recommandé :

- ✓ D'analyser, avec le pratiquant, sa situation, ses habitudes et ses besoins, lors de l'évaluation initiale (voir chapitre Evaluations initiales).
- ✓ De mettre en œuvre le plan d'action avec le patient et son entourage en tenant compte de ses ressources (voir chapitre Evaluations initiales).
- ✓ De créer un climat favorable au sein du groupe et avec chaque pratiquant.
- ✓ De construire, avec le patient, la manière dont il va poursuivre son activité physique à l'issue du programme encadré, lors de l'entretien final (voir chapitre Evaluations finales et orientation du pratiquant).

Il est recommandé d'agir durant toute la durée de l'intervention sur la motivation du pratiquant. Il existe plusieurs techniques pour agir sur celle-ci (voir en page 45). Leur efficacité est d'autant plus importante que ces techniques sont utilisées ensemble.

Pour obtenir plus de ressources relatives à l'éducation pour la santé, nous vous invitons à consulter l'Instance Régionale d'Education et de Promotion Santé (IREPS) ou le Comité Régional d'Education pour la Santé (CRES) de votre région <https://www.fnes.fr/les-membres-de-la-fnes-les-ireps>

Nous vous préconisons aussi de suivre les dernières recommandations de L'INSERM : <https://www.inserm.fr/information-en-sante/expertises-collectives/activite-physique-prevention-et-traitement-maladies-chroniques>

### Choix des déterminants physiques et techniques

Outre l'accompagnement psycho-comportemental, l'efficacité d'un programme d'activité physique destiné à des personnes atteintes de maladie chronique dépend des déterminants physiques et techniques du programme, que sont :

- ✓ *La nature des qualités physiques travaillées (capacités cardio-respiratoires, musculaires, coordination, souplesse, ...etc.) qui doivent être en cohérence avec les recommandations de l'OMS et du guide de la HAS*
- ✓ *Les supports d'activités physiques et sportives choisies pour les développer (marche, natation, tennis, ...etc.) qui doivent pouvoir s'adapter au profil de santé du public*
- ✓ *La durée totale du programme, suffisante pour créer des habitudes et avoir un impact de santé (durée de 5 mois recommandée)*
- ✓ *La fréquence hebdomadaire des séances, leur intensité et leur durée qui doivent aussi être en cohérence avec les recommandations de l'OMS*
- ✓ *L'intensité, la fréquence et la durée des séances varient progressivement en cours de cycle afin d'atteindre les objectifs fixés en début de programme*

Avant même de concevoir et mettre en œuvre votre programme, il est donc primordial de connaître les recommandations en matière d'activité physique à but de santé et de savoir contrôler l'intensité des exercices que vous proposez.

### Connaître les recommandations en activité physique

La synthèse des recommandations **pour la population générale** issues du rapport d'expertise collective de l'agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES) de 2016 vous est présentée ci-dessous.

## ACTIVITÉS PHYSIQUES

### Nos recommandations pour les adultes

**A**ssocier une activité physique cardio-respiratoire à du renforcement musculaire et à des exercices d'assouplissement permet de maintenir un niveau d'activité physique suffisant pour rester en forme. Un mode de vie actif aide à rester en bonne santé et à limiter les risques de maladies cardio-vasculaires et de nombreuses pathologies. **Seul ou accompagné, toutes les occasions sont bonnes pour bouger !**





**ACTIVITÉ PHYSIQUE  
CARDIO-RESPIRATOIRE**

30 minutes par jour d'activité physique d'intensité modérée à élevée (essoufflement faible à élevé) au moins 5 jours par semaine, en évitant 2 jours consécutifs sans activité.

Marche, marche nordique, natation, vélo, rameur, ski nordique, montée d'escaliers, travaux ménagers (passer l'aspirateur, etc.), jardinage...



**RENFORCEMENT  
MUSCULAIRE**

Séances de renforcement musculaire des bras et des jambes, 1 à 2 fois par semaine. Vélo, gymnastique, rameur, montée d'escaliers, port de charges lourdes, haltères, élastiques...



**ASSOUPPLISSEMENT ET  
MOBILITÉ ARTICULAIRE**

Ce type d'exercices d'assouplissement et de mobilité articulaire est recommandé 2 à 3 fois par semaine, précédés d'un échauffement musculaire. Arrêtez en cas de sensation d'inconfort ou de raideur.

Tai chi, golf, yoga, étirements...





**L'échauffement musculaire est important dans toutes les activités. Si vous reprenez l'exercice physique après un long arrêt, faites-le progressivement. Réduire sa sédentarité, c'est diminuer son temps passé en position assise ou allongée. Pensez à interrompre ces périodes toutes les 90 à 120 minutes par une activité de 5 minutes.**

[www.anses.fr](http://www.anses.fr)

Cette infographie est en licence Creative Commons : attribution, pas d'utilisation commerciale, pas de modification. 

## ACTIVITÉS PHYSIQUES

### Nos recommandations pour les plus de 65 ans



Il n'y a pas d'âge pour faire du sport ! Rester actif est essentiel pour se maintenir en bonne santé. L'exercice régulier est reconnu pour prévenir de nombreuses pathologies. Associations et clubs sportifs proposent des ateliers et cours spécifiques pour les seniors. **Peu importe les années, il n'est jamais trop tard pour (re)chausser ses baskets... à condition d'y aller progressivement !**

#### ACTIVITÉ PHYSIQUE CARDIO-RESPIROTOIRE

Sont recommandées :

- 30 minutes d'activité physique d'intensité modérée par jour (faible essoufflement)
- ou 15 minutes d'activité physique d'intensité élevée par jour (essoufflement élevé).

Marche, marche ou ski nordique, natation, travaux ménagers (passer l'aspirateur, etc.), montée d'escaliers, jardinage...

#### ASSOUPPLISSEMENT ET MOBILITÉ ARTICULAIRE

Pratiquer des exercices de souplesse 2 jours minimum par semaine pendant au moins 10 minutes.

Yoga, tai chi, étirements, travaux ménagers...

#### RENFORCEMENT MUSCULAIRE

Solliciter les bras, les jambes et le tronc au moins 2 jours par semaine, de préférence non consécutifs.

Marche, gymnastique aquatique ou d'entretien, vélo, jardinage...

#### ÉQUILIBRE

Des activités sollicitant l'équilibre peuvent être intégrées à la vie courante et aux loisirs, au moins 2 fois par semaine.

Vélo, danse, yoga, équilibre sur une jambe ou sur la pointe des pieds...



Réduire sa sédentarité, c'est diminuer son temps passé en position assise ou allongée. Pensez à interrompre ces périodes toutes les 90 à 120 minutes par une activité de 5 minutes.

www.anses.fr

Cette infographie est en licence Creative Commons : attribution, pas d'utilisation commerciale, pas de modification.

Pour connaître les recommandations spécifiques aux pathologies cardio-vasculaires, nous vous invitons à prendre connaissance :

- Des [référentiels de la Haute Autorité de Santé](#) (notamment Hypertension artérielle, Maladie coronarienne stable, Accidents vasculaires cérébraux et Insuffisance cardiaque chronique)
- Du [médicosport santé](#) (APS et maladies cardio-vasculaires)
- De l'expertise collective de l'Inserm « Activité physique : prévention et traitement des maladies chroniques » <https://www.inserm.fr/information-en-sante/expertises-collectives/activite-physique-prevention-et-traitement-maladies-chroniques>

Si vous utilisez d'autres sources d'information, sachez que toutes n'ont pas la même valeur.

Lorsque vous effectuez des recherches sur internet, la présence du logo Health On the Net (HON) vous permettra d'identifier la fiabilité de votre source. Il a été développé par une organisation non gouvernementale en relation avec l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) qui fait la promotion d'une information de santé en ligne fiable et transparente.



## Contrôler l'intensité des exercices

Contrôler l'intensité de l'activité que vous proposez permet de s'assurer que le niveau n'est ni trop faible ni trop élevé pour les pratiquants.

Plusieurs outils existent pour évaluer les activités de type aérobie :

- ✓ *Le cardio-fréquencemètre,*
- ✓ *Les tests de parole et de respiration,*
- ✓ *Les échelles de perception de l'effort (type Borg)*



Le choix de l'outil dépendra du degré de précision dont vous avez besoin et de la facilité d'utilisation. L'utilisation d'un cardio-fréquencemètre peut être demandé par le médecin ayant réalisé la prescription d'AP.

En début de programme, nous vous invitons à prendre un temps pour présenter et afficher l'échelle d'intensité d'effort que vous retrouverez en fin de guide en page 51. Il est intéressant de créer un rituel après chaque séance (lors des étirements par exemple) en demandant aux participants comment ils ont ressenti l'intensité de l'effort pour la séance (de 1 très facile à 10 très difficile).

Cela vous permettra d'adapter les exercices que vous proposez à chaque pratiquant.

Encouragez également les participants à l'utiliser s'ils réalisent des séances en autonomie.

## Conseils pratiques en activité physique à but de santé

- ✓ *Commencer doucement et augmenter progressivement l'activité physique jusqu'à atteindre le niveau recommandé*
- ✓ *Encourager les pratiquants à bouger tous les jours en dehors des séances encadrées*
- ✓ *Associer des activités favorisant le développement des capacités cardiorespiratoires et des capacités musculaires ainsi que des exercices d'équilibre et de souplesse*
- ✓ *Privilégier les activités physiques d'intensité faible à modérée au départ*
- ✓ *Concevoir les exercices qui permettent de faciliter la réalisation des activités de la vie quotidienne*
- ✓ *Varié les supports d'activité (marche, vélo, etc...)*



**Toujours adapter la fréquence, la durée et l'intensité de l'exercice en fonction de la tolérance**

[Exemple de séance axée endurance](#) en page 43

[Exemple de séance axée renforcement musculaire](#) en page 44

## 4. Condition de participation au programme

Avant d'accueillir le pratiquant dans le programme, assurez-vous de :

- > Récupérer la *prescription d'activité physique* et éventuellement le *certificat de non contre-indication à la pratique d'une activité physique* complété par le médecin pour chaque pratiquant
- > Vérifier que les participants seront couverts par l'assurance professionnelle de l'intervenant ou de la structure d'accueil
- > Si vous êtes un club : s'assurer que la licence du pratiquant est active avant de démarrer le programme.



## 5. Evaluations initiales

Avant de démarrer le programme, un « entretien initial » est à planifier avec chaque pratiquant ainsi que la réalisation des tests de condition physique (au cours des 2 séances individuelles)

### 1) L'entretien initial (inclus dans le module engagement durable)

Il est à réaliser avant le début du programme avec chaque pratiquant. Voici les principaux objectifs de cet entretien :

- Mieux connaître le pratiquant et son environnement (*entourage, lieux de vie et de travail, etc*)
- Recueillir ses attentes et ses besoins en matière d'activité physique
- Fixer avec le pratiquant un ou plusieurs objectifs à atteindre à travers ce programme : *par exemple : pouvoir marcher plus longtemps, me sentir en meilleure santé, être plus indépendant ...*
- Une grille d'entretien vous est présentée à titre d'exemple en page 42

### 2) L'évaluation de la condition physique

Afin d'évaluer la progression des pratiquants en termes de condition physique, il est important de réaliser les mêmes tests en début et en fin de programme.

3 capacités sont à évaluer : les capacités cardio-respiratoires, la capacité musculaire et l'équilibre. Nous vous présentons 3 fiches de tests pour évaluer chaque capacité : [Test d'équilibre](#), [Test de force des membres inférieurs](#) et [Test « cardio-respiratoire »](#)

## 6. Mise en œuvre et suivi du programme



### Soutien de la motivation

Pour soutenir la motivation tout au long du programme, se référer aux recommandations décrites en page 45

#### Quelques conseils pratiques supplémentaires issus des expériences de terrain :

- *Tenir compte des capacités et spécificités individuelles des participants.*
- *Faire le lien avec des gestes, des postures et des activités de la vie quotidienne.*
- *Encourager la pratique autonome (ne pas hésiter à recommander les objets connectés pour certains profils)*
- *Recommander aux pratiquants d'inscrire leurs séances sur un calendrier (papier ou électronique)*
- *Mettre en place une routine / un protocole :*
  - *Envoi de sms incluant une phrase motivationnelle (que vous aurez définie avec le pratiquant lors de l'entretien initial) la veille de la séance*
  - *Appel téléphonique au bout de 3 séances manquées avec relance de la motivation en lien avec le professionnel chargé du module engagement durable*
- *Mettre en avant le plaisir et le lien social*
- *Féliciter, encourager, rassurer régulièrement, pour permettre aux pratiquants d'être confiants en leurs capacités et dans leurs déplacements.*
- *Proposer des niveaux de difficulté croissants d'une séance sur l'autre, propices à la meilleure progression.*
- *Organiser un événement sportif fédérateur convivial en fin ou en milieu de programme accessible à tous (randonnée pique-nique, circuit training ludique, initiation à une autre activité : marche en raquettes, longe côte, badminton adapté, pétanque ...)*

## Suivi

Pour assurer le suivi des pratiquants, 3 outils indispensables sont à remplir :

- *La fiche de suivi des présences des pratiquants à chaque séance*
- *Le compte-rendu périodique d'activité physique à destination du médecin traitant*
- *La fiche de rapport d'incident (en cas de survenue d'un incident quel qu'il soit)*

## 7. Prévenir les risques et réagir face à un accident

Il existe 2 grands types de risques lors de la pratique de l'activité physique : les risques traumatiques et les risques cardiovasculaires.

### Connaître et prévenir les risques traumatiques

Le taux de blessures varie de 9 à 16 % par année de pratique. La gravité est faible dans la majorité des cas. Des facteurs personnels liés à l'âge, au niveau d'expertise, et des facteurs extrinsèques liés aux caractéristiques du sol, du matériel, des équipements et des conditions climatiques peuvent expliquer leur survenue.



### Connaître et prévenir les risques cardiovasculaires

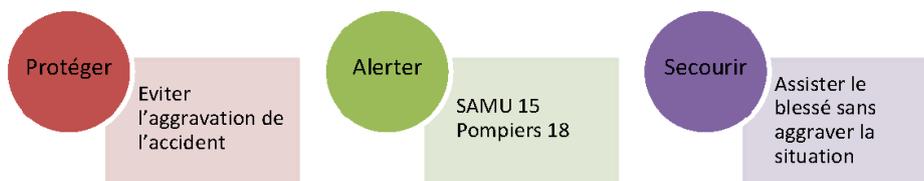
Le risque cardiovasculaire est faible et surtout observé lors de pratique d'activités sportives d'intensité élevée chez des sujets ayant un passé de comportement inactif. En population générale, l'incidence annuelle des morts subites est de 53 cas pour 100 000 personnes. Au cours de la pratique sportive, l'incidence annuelle des morts subites a été évaluée à 4,6 cas par million d'habitants. Ces événements surviennent pendant la pratique (92 %) ou dans les 30 minutes suivant l'arrêt de la pratique (7,4 %).

Pour les prévenir, il est recommandé de :

- ✓ *Proscrire les efforts d'intensité élevée et épuisants chez les sujets peu ou moyennement entraînés, respecter une progression régulière des exercices proposés.*
- ✓ *Utiliser un outil permettant de mesurer l'intensité de l'effort fourni*
- ✓ *Respecter ou promouvoir les règles de bonne pratique. Nous vous invitons à prendre connaissance et à afficher les « 10 règles d'or de la bonne pratique sportive sur le plan cardio-vasculaire » grâce au lien suivant :  
[http://www.clubcardiosport.com/info.php?spa\\_id=4](http://www.clubcardiosport.com/info.php?spa_id=4))*
- ✓ *Dépister les sujets les plus exposés par un bilan médical préalable à la reprise d'une activité sportive, après 35 ans chez les hommes et 45 ans chez les femmes*

### Réagir en cas d'accident

- ✓ *Être formé aux gestes de premiers secours (PSC1) est un prérequis indispensable*
- ✓ *Avant chaque séance, veillez à toujours avoir avec vous un moyen de communication qui vous permettra de prévenir les secours en cas de besoin.*
- ✓ *Pensez à repérer où se trouve le défibrillateur le plus proche de votre lieu de pratique, ou ayez sur vous un défibrillateur portatif*
- ✓ *En cas d'accident, ayez le réflexe de réaliser les 3 gestes suivants :*



En cas d'accident, il est recommandé d'analyser les causes de celui-ci afin d'agir sur celles qui seraient évitables. La fiche « rapport d'incident » présentée en page 52 peut vous aider dans cette analyse.

Il est également nécessaire de connaître les risques spécifiques à chaque pathologie (liés à la maladie et/ou au traitement) afin d'être vigilant sur les éléments à surveiller et les précautions à prendre.

## 8. Evaluations finales et orientation du pratiquant

Lors des dernières séances du programme, veillez lors du bilan final avec chaque pratiquant, à :

- ✓ *Evaluer sa progression et l'atteinte ou non des objectifs fixés*
- ✓ *Co-construire un plan d'action pour la poursuite de l'activité en autonomie et/ou encadrée.*

En amont de la fin du programme, vous pouvez proposer aux pratiquants de participer à une ou 2 séances d'une autre activité / structures pour faciliter son évolution vers une offre adaptée à l'évolution de ses capacités physiques et de sa motivation

Pensez à utiliser mon sport santé paca

.....

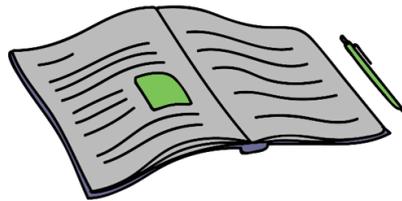
## 9. Evaluer l'impact du programme

Au-delà de l'entretien individuel de chaque pratiquant en fin de programme, et dans le cadre de l'expérimentation, il est indispensable d'évaluer les différentes composantes du programme. Cela vous permettra aussi de vous assurer de la qualité et de l'efficacité de celui-ci. Des outils de suivi et d'évaluation vous sont fournis afin de recueillir des données sur les 3 dimensions suivantes :

- ✓ *L'**assiduité** (participation effective aux séances)*
- ✓ *La **satisfaction**. Nous mettons à votre disposition un exemple de questionnaire à proposer en fin de programme en page 54*
- ✓ *L'évolution de la **condition physique** des pratiquants*

## 10. Principaux outils

Vous retrouvez ici une sélection d'outils vous permettant de mettre en pratique les recommandations qui vous ont été fournies dans la première partie de ce guide.



*Guide d'entretien initial*

|  |  |
|--|--|
| <b>Motif de venue</b>                            |  |
| <b>Adressé par</b>                               |  |
| <b>Sexe</b>                                      |  |
| <b>Age</b>                                       |  |
| <b>Mode de vie</b>                               | Profession ?<br>Enfants à charge ?<br>Centres d'intérêts ? |
| <b>Hygiène de vie</b>                            | Sommeil, tabac, stress, alimentation...                    |
| <b>Limitations fonctionnelles</b>                | Si indiquée par le médecin prescripteur                    |
| <b>Examen clinique</b>                           | Poids/taille   |
| <b>Passé sportif</b>                             |  |
| <b>Connaissances bénéfiques AP</b>               |  |
| <b>Peurs/craintes</b>                            |  |
| <b>Niveau d'activité physique et sédentarité</b> | Test de Marshall   |

**Conclusion**

|                    |   |
|--------------------|---|
| Objectifs          | -<br>-<br>-   |
| Outils de suivi    | Journal AP papier<br>Application mobile<br>etc  |
| Modalités de suivi | Modalités : téléphonique : appels, sms, mail<br>Phrase motivationnelle :<br>Fréquence : |

### *Exemple de séance axée endurance*

(Support : Marche Nordique)

| Etapas de la séance  | Contenu de la séance   |
|--|--|
| <b>Echauffement</b><br>- <b>15-20 minutes</b><br>- <b>Doit être progressif et permettre de préparer le corps à la partie « corps de séance »</b> | Echauffement musculaire, articulaire et cardio vasculaire pour une mise en action globale. (Parties du corps : chevilles, genoux, jambes, bassin, dos, poignet, épaules et cou)  |
| <b>Corps de séance</b><br>- <b>30 à 40 minutes</b><br>- <b>sur un circuit plat (dans un premier temps)</b>                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Exercices Endurance (10-20min)</li> <li>▪ Exercices d'équilibre/Musculation : 3 à 5 fois, une série de 5 à 10 exercices, d'une durée de 10 à 30 secondes.</li> <li>▪ Exercices Endurance/Cardio (10-20min)</li> </ul> |
| <b>Etirements / Souplesse / Relaxation</b><br>- <b>10-15 minutes</b>   | 3 à 4 répétitions par étirement en maintenant pendant 10 à 30 secondes   |

### **Exemple de séance axée renforcement musculaire**

(Support : circuit training)

| Etapes de la séance  | Contenu de la séance  |
|--|---|
| <b>Echauffement</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- 15-20 minutes</li><li>- Doit être progressif et permettre de préparer le corps à la partie « corps de séance »</li></ul> | Echauffement musculaire, articulaire et cardio vasculaire pour une mise en action globale. (Parties du corps : chevilles, genoux, jambes, bassin, dos, poignet, épaules et cou)   |
| <b>Corps de séance</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- 30 minutes</li></ul>  | ▪ 8 à 10 exercices répétés 8 à 12 fois maximum chacun (selon le niveau) *. Ces exercices doivent solliciter les principaux grands groupes musculaires des membres inférieurs, des membres supérieurs et du tronc. Y intégrer des exercices d'équilibre. |
| <b>Etirements / Souplesse / Relaxation</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- 10-15 minutes</li></ul>   | 3 à 4 répétitions par étirement en maintenant pendant 10 à 30 secondes  |

\* Si la condition physique des participants est faible, il faut commencer par un nombre d'exercices et de répétition plus réduit.

## *Techniques permettant d'agir sur la motivation*

### **Techniques permettant d'agir sur la motivation**

---

**Information** : donner et rappeler des informations sur les effets bénéfiques de l'activité physique, sur un ensemble de dimensions (biologiques, psychologiques et sociales), et les mettre en lien avec les situations vécues et changements constatés sur soi.

**Opportunités** : proposer différentes possibilités de pratique d'activité physique, permettant de prendre en compte les goûts individuels et les préférences personnelles (nature de l'activité, supervision ou pratique autonome, pratique conjointe avec d'autres patients ou non).

**Anticipation et gestion des barrières** : anticiper individuellement les barrières à l'activité physique, les conflits potentiels entre l'activité physique et les autres buts et activités, anticiper la possibilité que la personne ne pratique plus d'activité physique pendant certaines périodes ; prévoir la meilleure façon de faire face à ces événements pour l'individu.

**Fixation d'objectifs** : choix personnel de la nature, fréquence, intensité, durée de l'activité physique pratiquée ; rappel des objectifs fixes et des séances prévues ; mettre en place un système pour que les personnes reçoivent des *feedback* leur permettant d'évaluer leur évolution vers leurs objectifs et reçoivent des encouragements.

**Monitoring** : suivi de l'adoption du comportement d'activité physique, pouvant être réalisé par la personne (tenue d'un journal) ou un membre de son entourage ; parfois enregistré avec l'aide d'outils technologiques.

**Rappel d'expérience** : se remémorer une situation personnelle vécue comme une expérience positive de pratique d'activité physique, ou comme une réussite dans ses tentatives d'inscrire l'activité physique dans son nouveau style de vie, constitue une aide lors de phases de découragement.

**Partage d'expérience** : témoignage d'autres patients indiquant avoir rencontré les mêmes difficultés ou doutes vis-à-vis de la pratique d'activité physique, ayant constaté des bénéfices d'une pratique d'activité physique durable, ou ayant réussi à mettre en place le comportement de façon régulière.

**Soutien social** : soutien de la démarche et encouragements par les proches, voire pratique conjointe de l'activité physique. Inclut également le soutien de l'environnement médical et d'autres professionnels.

**Réévaluation cognitive** : travail sur les pensées récurrentes à l'égard de l'activité physique afin de favoriser une évolution d'un versant négatif – tournée sur les coûts et les risques vers des pensées positives tournées vers les capacités et les bénéfices.

**Entretien motivationnel** : méthode clinique d'accompagnement du changement de comportement, basée sur une approche non directive et dans

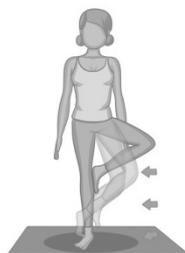
---

laquelle le processus s'appuie sur l'initiative du patient, la minimisation de la résistance au changement et la prise en compte de son ambivalence.

Tableau issu du rapport INSERM (2019), « *Activité physique. Prévention et traitement des maladies chroniques : synthèse et recommandations* ».

### Test d'équilibre

|                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| <b>Objectif</b>                   | Mesurer l'efficacité du contrôle de la posture sur un support de surface réduite   |
| <b>Matériel</b>                   | Chronomètre, chaise  |
| <b>Environnement</b>              | Sol plat, prévoir un support (mur ou chaise)   |
| <b>Déroulement</b>                | <p>Le sujet se tient <b>sur une jambe</b> (si possible pieds nus), les <b>yeux ouverts</b>. La plante du <b> pied opposé</b> est, soit placée <b>sur la face interne du genou de la jambe d'appui</b>, soit sur la face interne du tibia, ou de la cheville (selon les capacités de la personne)</p> <p>Les bras sont relâchés de chaque côté du corps</p> <p>Le test s'effectue alternativement sur <b>les deux jambes</b>. Deux essais peuvent être réalisés par jambe. L'évaluateur commence à chronométrer dès que le sujet a la position correcte. Il <b>arrête le chronomètre</b> dès que le sujet commence à perdre l'équilibre (<b> pied plus en contact</b> avec la face interne de la jambe d'appui)</p> |
| <b>Consignes</b>                  | <p>« Les yeux ouverts, décollez un pied du sol, celui que vous voulez. Selon vos possibilités, placez la plante de votre pied soit sur la face interne du genou, du tibia ou de la cheville de votre jambe d'appui. » Montrer l'exemple</p> <p>« Vos bras sont relâchés de chaque côté du corps. Vous avez droit à deux essais. Je lance le chronomètre dès que vous êtes en position. J'arrête le chronomètre dès que vous commencez à bouger ou dès que votre pied n'est plus en contact avec l'autre jambe. La durée maximum du test est 60 secondes. Tentez de maintenir cet équilibre le plus longtemps possible. En place. C'est parti ! »</p>   |
| <b>Sécurité</b>                   | Mettre une parade en cas de perte d'équilibre (mur, autre personne, etc.)  |
| <b>Unité de mesure</b>            | Durée en secondes, la durée maximale du test est de 60 secondes  |
| <b>Temps moyen de réalisation</b> | 5 minutes par participant  |



### Test de force des membres inférieurs

|                    |  |
|--------------------|--|
| <b>Objectif</b>    | Mesurer la force des membres inférieurs et la capacité des muscles à se contracter pour produire un mouvement.   |
| <b>Matériel</b>    | Une chaise avec dossier sans accoudoir placée contre un mur ou de façon à la maintenir immobile, un chronomètre  |
| <b>Déroulement</b> | <p>Le sujet doit être habillé confortablement et être bien reposé, c'est-à-dire ne pas avoir fait d'effort dans l'heure qui précède le test. Le sujet est <b>assis sur une chaise</b> (env. 46 cm de hauteur d'assise et 47,5 cm de profondeur), les <b>bras croisés sur la poitrine</b>. Le <b>chronomètre démarre au signal</b> « go ! ». Il est <b>stoppé lorsque les fesses touchent la chaise pour la 5ème fois</b>. Le sujet est informé qu'il doit <b>se lever complètement</b> de la chaise (corps redressé et genoux tendus), qu'il ne doit pas s'aider des bras et qu'il ne peut pas s'appuyer au dossier de la chaise durant tout l'exercice. N'oubliez pas d'encourager le sujet régulièrement</p> <p><i>(Rehabilitation Measures, 2015; Teo et al., 2013; Martel, 2015; Trommelen et al., 2015)</i></p>   |
| <b>Consignes</b>   | <p>« Nous allons faire un test pour évaluer la force de vos jambes. Je vais vous montrer le mouvement à réaliser puis vous allez l'essayer vous-même. Avancer sur la chaise pour que votre fessier soit à peu près à la moitié de la chaise pour être bien confortable et avoir vos pieds à plat. Vos pieds sont espacés à la largeur de vos épaules. Une fois que vous êtes bien placé, croisez vos bras sur la poitrine. Levez-vous jusqu'à ce que vos jambes soient complètement droites puis rasseyez-vous. Vérifiez que votre dos est bien droit lorsque vous vous rasseyez.</p> <p>Lorsque vous entendrez le signal « Un, deux, trois, go » répétez ce mouvement cinq fois, le plus rapidement possible. Je vais compter à chaque fois que vous allez vous asseoir au complet sur la chaise. Vous êtes prêt(e) ? « Un, deux, trois, go ».</p> <p>Un... deux... trois... quatre... cinq. Parfait, c'était très bien ! »</p> |

**Sécurité**

S'assurer que la personne n'a pas de problème d'équilibre lié à un étourdissement et qu'elle n'est pas victime de perte de connaissance. Prévoir une aide en cas de perte d'équilibre (une personne doit être prête à intervenir)

**Unité de mesure**

Durée en seconde

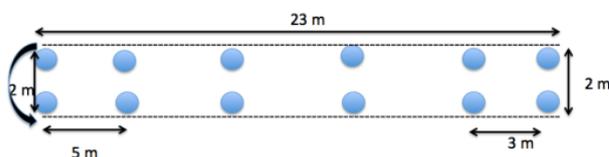
**Temps moyen de réalisation**

3 minutes par participant



### Test « cardio-respiratoire »

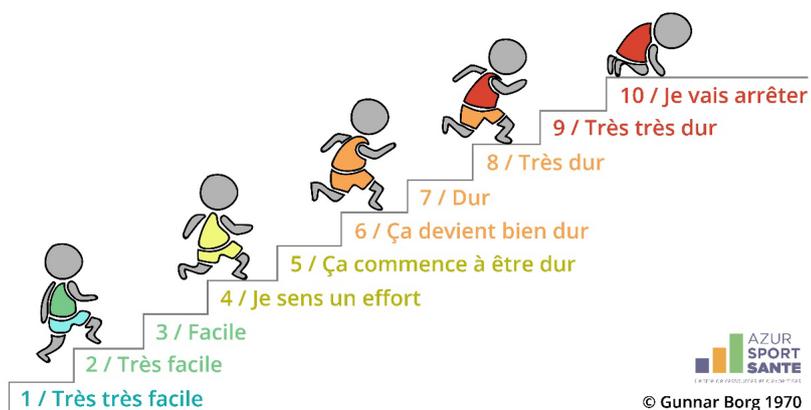
|                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| <b>Objectif</b>                   | <b>Evaluer l'endurance cardio-respiratoire et la mobilité</b>  |
| <b>Matériel</b>                   | 4 grands plots, 8 coupelles, 1 mètre, 1 bande (ligne de départ), des témoins (exemple : touillette à café), chaises, chronomètre   |
| <b>Déroulement</b>                | Construire un parcours de marche de telle sorte qu'un aller de marche = 50 mètres + étalonnage d'un intervalle à moitié (on peut choisir 23 m de long + 2 m de large ou 24 m de long et 1 m de large) idéalement mettre un plot tous les 5 m (cf schéma). Le trajet doit être balisé tous les 5 mètres par des marques de couleur (exemple coupelles). Le demi-tour doit être visualisé avec un cône. Il est souhaitable de matérialiser la ligne de départ par une bande de couleur. A chaque tour, <b>le nombre de tours est comptabilisé</b> . Dans ce sens, un témoin (taille d'une « touillette » à café) peut être donné aux participants. Après un échauffement, le sujet doit parcourir en marchant <b>le plus de mètres en 6 minutes</b> . Le participant doit être habillé confortablement et être bien reposé, c'est-à-dire ne pas avoir fait d'effort dans l'heure qui précède le test. Vous pouvez éventuellement mesurer la fréquence cardiaque du participant au repos (après qu'il soit resté assis pendant au moins 10 minutes) puis à la fin du test.  |
| <b>Consignes</b>                  | « Le but de ce test est de marcher le plus possible pendant 6 minutes. Vous parcourrez le circuit aller et retour en tournant autour des cônes. Vous devez contourner les cônes et continuer sans hésiter. Si vous vous sentez hors d'haleine ou fatigué, vous pourrez ralentir, vous arrêter ou vous reposer. Vous pourrez vous appuyer contre le mur pendant le repos, puis reprendre la marche dès que possible. A chaque fois que vous passerez devant moi, je vous donnerai un témoin pour comptabiliser le nombre de tours. Maintenant, je vais vous montrer. Voilà comment je fais demi-tour sans hésiter. Essayez maintenant vous-même. Pendant le test, évitez de parler, car cela influence le résultat. Je vous indiquerai le temps restant toutes les minutes. Je vous demanderai de vous arrêter et de rester là où vous êtes à la fin des 6 minutes. Êtes-vous prêt ? Je vais compter les demi-tours que vous faites. Rappelez-vous que vous devez marcher aussi loin que possible pendant 6 minutes, mais sans courir. Allez-y dès que vous êtes prêt. C'est très bien, plus que X minutes, continuez ainsi. Et maintenant, 3, 2, 1 STOP ! Ne bougez plus, nous sommes arrivés à 6 minutes. » |
| <b>Sécurité</b>                   | Prévenir les participants de stopper l'exercice en cas de signe d'alerte (douleur dans la poitrine, essoufflement inhabituel, palpitations notamment). Prévoir des chaises à mi et fin de parcours en cas de besoin.   |
| <b>Unité</b>                      | Distance parcourue (en mètres)   |
| <b>Temps moyen de réalisation</b> | 10 minutes   |



Echelles de contrôle de l'intensité de l'effort

# ECHELLE DE BORG (1 à 10)

- 10 / Maximal
- 9 / Très très dur
- 8 / Très dur
- 7 / Dur
- 6 / Un peu dur
- 5 / Moyen
- 4 / Effort modéré
- 3 / Facile
- 2 / Très facile
- 1 / Très très facile
- 0 / Aucun effort





### Rapport d'incident

| 1. Renseignements généraux  |
|---|
| Date :  |
| Heure :   |
| Victime : <input type="checkbox"/> Participant <input type="checkbox"/> Intervenant(e)                                    |
| Lieu de l'incident :  |
| Activité pratiquée :  |
| Intervenant(e) en charge du groupe :  |
| 2. Description de l'incident  |
| Nature de l'incident :  |
| Parties du corps touchées, le cas échéant :   |
| Circonstances de l'incident :   |
| Mesures prises immédiatement après l'incident (secours, évacuation, transport, etc...) :                                  |
| 3. Analyse  |
| Déterminer le ou les facteurs qui ont contribué à l'accident et donner des détails  |
| Facteurs : <input type="checkbox"/> Humains <input type="checkbox"/> Mécaniques <input type="checkbox"/> Environnementaux |
| Détails :   |
| Les mesures prises à la suite de l'incident ont-elles été adéquates et rapides ?  |
| 4. Recommandations  |
| A la suite de l'analyse du dossier, indiquer le ou les mesures à prendre pour éviter que l'incident ne se reproduise :    |



### Questionnaire de satisfaction participant

A remplir par les participants en fin de programme

Pour chacune des affirmations suivantes, indiquez votre degré d'accord en cochant la case (de 1 à 5) qui correspond le mieux à votre ressenti au moyen de l'échelle suivante :

1. *Tout à fait en désaccord*
2. *En désaccord*
3. *Sans avis*
4. *D'accord*
5. *Tout à fait d'accord*

| Affirmation   | 1 ☹ | 2 | 3 | 4 | 5 ☺ |
|---|-----|---|---|---|-----|
| <i>Satisfaction générale</i>  |     |   |   |   |     |
| Je suis globalement satisfait de ce programme   |     |   |   |   |     |
| Ce programme a répondu à mes attentes   |     |   |   |   |     |
| Je me suis senti bien accompagné depuis la sortie de réadaptation jusqu'à après la fin du programme ? |     |   |   |   |     |
| <i>Concernant le programme d'activité physique</i>  |     |   |   |   |     |
| Les horaires des séances étaient adaptés  |     |   |   |   |     |
| Le lieu des séances était adapté  |     |   |   |   |     |
| Le contenu des séances était adapté   |     |   |   |   |     |
| Je suis satisfait de l'accompagnement réalisé par le professionnel                                    |     |   |   |   |     |
| Je me suis senti en sécurité  |     |   |   |   |     |
| <i>Concernant le module engagement durable</i>  |     |   |   |   |     |
| Le suivi téléphonique m'a aidé  |     |   |   |   |     |
| Je suis satisfait de l'accompagnement réalisé par le professionnel                                    |     |   |   |   |     |
| Je suis satisfait des 3 bilans individuels  |     |   |   |   |     |
| Je suis satisfait des 3 séances collectives   |     |   |   |   |     |
| <i>Concernant l'impact du programme</i>   |     |   |   |   |     |
| Je me sens mieux physiquement grâce à ce programme  |     |   |   |   |     |
| Je me sens mieux mentalement grâce à ce programme   |     |   |   |   |     |
| Je me sens mieux socialement (interaction avec les autres) grâce à ce programme                       |     |   |   |   |     |
| Je vis mieux avec ma maladie grâce au programme   |     |   |   |   |     |
| Je fais plus attention à mon alimentation grâce au programme  |     |   |   |   |     |
| Si fumeur : J'ai diminué ma consommation de tabac grâce au programme                                  |     |   |   |   |     |
| Mon entourage fait plus d'activité physique depuis que j'ai participé au programme                    |     |   |   |   |     |
| Mon entourage fait plus attention à son alimentation depuis que j'ai participé au programme           |     |   |   |   |     |

|   |   |
|---|---|
| Avez-vous utilisé votre journal de bord (carnet que l'on vous a remis en début de programme)                              | Oui/non<br>Précisez pourquoi  |
| Auriez-vous participé à ce programme s'il avait été non remboursé par la CPAM ?   | OUI/NON   |
| Quel montant seriez-vous prêt à mettre pour participer à un programme d'Activité Physique Adapté comme le programme ADC ? | Avant :<br>Après :  |
| Conseilleriez-vous ce type de programme à un ami ?  | Oui<br>Non  |
| Pensez-vous poursuivre une activité physique après ce programme ?   | Oui<br>Non  |
| Si oui, de quelle manière ?   | AVEC UN ENCADRANT dans la même structure<br>AVEC UN ENCADRANT dans une autre structure<br>AVEC DES AMIS SANS ENCADRANT<br>SEUL(E) |

Quels ont été, selon vous, les 3 points forts du programme ?

Quels ont été, selon vous, les 3 points faibles du programme ?

Commentaires libres

**COMPTE RENDU PERIODIQUE D'ACTIVITE PHYSIQUE**

A DESTINATION DU MEDECIN TRAITANT

REPLI PAR L'INTERVENANT EN ACTIVITE PHYSIQUE

Le :

 Accord du patient pour transmission du document au médecin prescripteur

Date du dernier Compte rendu : .....

Mr / Mme (Prénom, Nom du patient).....

1) A pratiqué une activité physique adaptée, que j'ai supervisée pendant .....

Nom du programme/ de l'activité : .....

2) Evolution de ses capacités physiques travaillées pendant les séances : Capacités cardio-vasculaires : + = - Force musculaire + = - Souplesse + = - Coordination + = - Equilibre + = -

3) Niveau de réalisation du ou des objectifs fixés en amont (le cas échéant) :

 < 25 %  25 à 50 %  50 à 75 %  >75 %4) Niveau d'assiduité aux  séances par semaine proposées : < 25 %  25 à 50 %  50 à 75 %  >75 %

Evénement à rapporter pendant la période pouvant avoir impacté l'assiduité :

Exemples non exhaustifs : Dégradation de l'état de santé, hospitalisation, baisse de moral...

Propositions concernant la poursuite de l'activité physique.

Risques identifiés :

Signature et coordonnées de l'intervenant

## 11. Bibliographie

1. ANSES. Actualisation des repères du PNNS - Révisions des repères relatifs à l'activité physique et à la sédentarité. 2016.
2. INSERM. Activité physique: Prévention et traitement des maladies chroniques. 2019.
3. BAZEX Jacques, PENE Pierre, RIVIERE Daniel. Les activités physiques et sportives - la santé - la société. Bull Acad Natle Méd n7. 2012.
4. Rivière D, Ruffel L, Pillard F. LES BÉNÉFICES DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE CHEZ LES PLUS DE 50 ANS. REVUE BIBLIOGRAPHIQUE. BEH 30-31. 2015.
5. Guralnik, J. M., Simonsick, E. M., Ferrucci, L., Glynn, R. L., Berkman, L. F., Blazer, D. G. et Wallace, R. B. (1994). A short physical performance battery assessing lower extremity function: Association with self-reported disability and prediction of mortality and nursing home admission. *Journal of Gerontology* 49(2), M85-M94.
6. Sheri R. Colberg, Ronald J. Sigal, Jane E. Yardley, Michael C. Riddell, David W. Dunstan, Paddy C. Dempsey, Edward S. Horton, Kristin Castorino and Deborah F. Tate. Physical Activity/Exercise and Diabetes: A Position Statement of the American Diabetes Association 2016

## Annexe module engagement durable

### Pour une pratique pérenne de l'activité physique

*Pour mémoire : le programme As du cœur ADC est un programme de 5 mois alliant des séances d'activité physique (AP) et des séances « éducatives » d'accompagnement visant à favoriser un engagement durable dans la pratique de l'activité physique. Pour sa phase expérimentale (dispositif article 51 de LFSS), il est destiné aux patients en suite de réadaptation cardiovasculaire et ne présentant pas de contre-indication à la pratique*

|                                 |   |
|---------------------------------|---|
| <b>Public cible du document</b> | Structure ADC et professionnel en charge du module engagement durable |
| <b>Contenu</b>                  | Justification, objectifs, vision et modalités du module               |

#### Justification

- Nécessité de jouer sur les ressorts éducatifs pour une AP durable et favoriser l'engagement, d'adopter une approche sociologique/écologique (prise en compte de l'environnement, rompre avec approche cognitive exclusive) couplé à une approche individuelle centrée sur les processus motivationnels (engagement motivé par le plaisir, l'intérêt et les bénéfices santé physique et mentale) - *INSERM 2019*
- Assurer l'éducation à la santé = 1<sup>e</sup> compétence nécessaire pour les encadrants - *Decret 2016*
- *HAS Guide promotion AP*

#### Objectifs

- Favoriser l'engagement durable dans l'activité physique en agissant sur les déterminants individuels, sociaux et environnementaux de la pratique de l'AP
- Renforcer la motivation du pratiquant

#### Vision

Le module « engagement durable » vise à développer les compétences des pratiquants de façon à ce qu'ils inscrivent l'activité physique dans leur quotidien sur le long terme. Il s'inscrit dans une approche transversale, multimodale (individuelle et collective) et doit s'attacher à agir sur les déterminants individuels, sociaux et environnementaux de la pratique de l'activité physique. Il est complémentaire aux actions d'éducation thérapeutique délivrées lors de la phase de réadaptation.

### *Modalités*

#### Quand ?

Tout au long du programme de 5 mois (avant, pendant et après) **en complément des séances de pratique d'activité physique.**

#### Qui ?

Le professionnel, quel que soit son titre (professionnel de l'APA, professionnels de santé, psychologue clinicien, etc), devra :

- être titulaire d'un diplôme ou d'une attestation de suivi de formation attestant de sa maîtrise des compétences relatives à l'éducation pour la santé
  - o Formation ETP 40H
  - o Formation « promotion/éducation à la santé » - 3 jours minimum abordant des aspects méthodologiques (conduite de projet ou d'action en promotion de la santé) et pratiques (techniques d'animation de groupe par exemple)
- justifier d'une expérience significative dans le domaine (lettre de recommandation d'un IREPS par exemple)

2 cas de figure pourront se présenter :

- le professionnel en charge du module engagement durable est également le professionnel en charge des séances de pratique de l'AP => il devra donc disposer de suffisamment de temps pour assurer les 2 volets du programme
- le professionnel en charge du module engagement durable est différent du professionnel en charge des séances de pratique de l'AP => dans ce cas, il devra prévoir des temps d'échanges réguliers avec le professionnel de l'AP et l'encourager à adopter une posture professionnelle (=forme de coaching) favorable à l'engagement durable du pratiquant et au développement de la motivation tout au long des séances intégrant notamment :
  - o Feedback positif (discours positif : messages encourageants et rassurants permettant aux pratiquants d'être confiants en leurs capacités, de travailler sur le sentiment de compétence et de développer la confiance en soi)
  - o Mode participatif (démarche participative basée sur l'échange et une démarche positive favorisant la réflexion et l'expression des pratiquants sur leur propre situation, temps d'échanges dans le groupe et avec l'intervenant.)
  - o Bienveillance (non jugement)
  - o Autonomisation progressive (proposition de conduite d'une partie de la séance par un des pratiquants, incitation à la pratique de la séance « autonomie » en groupe)
  - o Dynamique de groupe ; lien social (exercice coopératifs et utilisations d'outils favorisant l'interactivité)

### Comment ?

Les modalités de dispensation de ce module sont décrites dans le *Tableau synthétique des actions* en annexe. Il repose sur 3 séances individuelles (entretiens) et 3 séances collectives ainsi qu'un suivi téléphonique (cf schéma ci-dessous)



Les techniques utilisées devront s'appuyer sur les recommandations et les référentiels de bonnes pratiques sur le sujet (notamment EC INSERM 2019 ci-dessous).

#### Techniques permettant d'agir sur la motivation

**Information :** donner et rappeler des informations sur les effets bénéfiques de l'activité physique, sur un ensemble de dimensions (biologiques, psychologiques et sociales), et les mettre en lien avec les situations vécues et changements constatés sur soi.

**Opportunités :** proposer différentes possibilités de pratique d'activité physique, permettant de prendre en compte les goûts individuels et les préférences personnelles (nature de l'activité, supervision ou pratique autonome, pratique conjointe avec d'autres patients ou non).

**Anticipation et gestion des barrières :** anticiper individuellement les barrières à l'activité physique, les conflits potentiels entre l'activité physique et les autres buts et activités, anticiper la possibilité que la personne ne pratique plus d'activité physique pendant certaines périodes ; prévoir la meilleure façon de faire face à ces événements pour l'individu.

**Fixation d'objectifs :** choix personnel de la nature, fréquence, intensité, durée de l'activité physique pratiquée ; rappel des objectifs fixés et des séances prévues ; mettre en place un système pour que les personnes reçoivent des *feedback* leur permettant d'évaluer leur évolution vers leurs objectifs et reçoivent des encouragements.

**Monitoring :** suivi de l'adoption du comportement d'activité physique, pouvant être réalisé par la personne (tenue d'un journal) ou un membre de son entourage ; parfois enregistré avec l'aide d'outils technologiques.

**Rappel d'expérience :** se remémorer une situation personnelle vécue comme une expérience positive de pratique d'activité physique, ou comme une réussite dans ses tentatives d'inscrire l'activité physique dans son nouveau style de vie, constitue une aide lors de phases de découragement.

n



Tableau synthétique des actions

| Action                  | Modalités et objectifs  | Techniques  | Outils préconisés  | Durée  |
|-------------------------|---|---|--|--|
| Entretien initial       | Séance individuelle<br>Connaitre le contexte de vie du patient<br>Evaluer le niveau de motivation, de confiance et d'intention à changer<br>Fixer avec lui un objectif personnalisé     | Information<br>Opportunité<br>Fixation d'objectif | Questionnaires<br>Entretien motivationnel (questions ouvertes)<br>Journal de pratique (carnet) | 45mn   |
| Entretien intermédiaire | Séance individuelle<br>Recueillir l'écart entre le prévu et le réalisé -><br>Feedback/ajustement<br>Préparer la suite   | Monitoring<br>Anticipation des freins             | Entretien motivationnel (questions ouvertes)   | 30 mn  |
| Suivi téléphonique      | Approche individuelle<br>SMS : rappel des séances les 2 premières semaines<br>Appel : 10mn/sem le 1 <sup>er</sup> mois + 5mn/mois pendant 4 mois ET systématique si absence > 2 séances | Monitoring  | Guide entretien téléphonique   | 60 minutes sur 5 mois en fonction du besoin du patient |
| Atelier 1               | Séance collective – bénéfiques de l'AP et confiance en soi mise en relation des expériences de vie des participants   | Rappel d'expérience<br>Information                | Exemple de conducteur de séance (à titre indicatif)  | 45mn   |
| Atelier 2               | Séance collective – anticipation des freins planification apport d'exemples : solutions, astuces, bonnes pratiques.   | Anticipation des freins<br>Opportunité            | Exemple de conducteur de séance (à titre indicatif)  | 45mn   |
| Atelier 3               | Séance collective – poursuite de l'AP post programme (orientation, faire intervenir structures d'accueil en aval)   | Anticipation                                      | Exemple de conducteur de séance (à titre indicatif)  | 45mn   |
| Entretien final         | Séance individuelle<br>Minimum 1 semaine après la fin des séances de pratique   |   | Entretien motivationnel (questions ouvertes)   | 45mn   |



## ANNEXE 2

# CAHIER DES CHARGES STRUCTURE AS DU CŒUR

## PREAMBULE

Ce document s'adresse aux structures qui dispensent de l'activité physique adaptée (APA) et qui souhaitent candidater pour mettre en œuvre le dispositif expérimental As du Cœur multicentrique (ADC MultiC) porté par Azur Sport Santé (A2S).

ADC MultiC vise à expérimenter la prise en charge par l'assurance maladie d'un programme « passerelle » thérapeutique d'activité physique adaptée en relais d'une phase de réadaptation cardiaque en soins de suite (hospitalisation complète ou ambulatoire). Il entre dans le cadre des projets d'expérimentation d'innovation en santé de l'article 51 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) 2018. Son but principal est de compléter le parcours de soins de ces patients et ainsi améliorer l'accès aux soins des plus précaires.

L'objectif de la « séquence » comprenant le programme d'APA et le module d'engagement durable (interventions éducatives) est de favoriser la pratique de l'APA en thérapeutique non médicamenteuse sur le long terme.

Pour sa phase expérimentale, cinq régions (Sud PACA, Bretagne, Auvergne Rhône-Alpes, Occitanie et Centre Val de Loire) et dix centres de soins de suite et réadaptation ont été retenus.

Pour des raisons de cohérence de parcours et d'accessibilité pour les patients, les structures APA qui porteront le programme passerelle ADC devront se trouver à proximité des établissements de réadaptation et/ou des lieux de résidence des bénéficiaires.

L'ensemble des modalités de mise en œuvre sont décrites dans le chapitre protocole et dans le livret de l'intervenant.

### **Points de vigilance / pré-requis**

Les structures souhaitant candidater doivent :

- ✓ Se situer dans le territoire défini
- ✓ Avoir inscrit dans leur projet de structure le développement de l'APA
- ✓ Avoir déjà en place une offre d'APA
- ✓ Etre en capacité d'apporter les frais d'amorçage nécessaire au lancement du programme / avoir une solidité financière
- ✓ Etre en capacité de faire face à un « surplus d'activité » en lien avec l'expérimentation (RH supplémentaire si nécessaire)



En cas de besoin de soutien méthodologique pour le dépôt de la candidature, il est conseillé de prendre contact avec l'IREPS ou le CRES de la région.

La sélection des structures sera soumise à l'étude d'un comité interdisciplinaire réunissant à minima un représentant de l'ARS et un de la DRDJSCS de la région concernée, un représentant du centre de réadaptation cardiaque concerné et un représentant d'A2S.

## Critères de qualité attendus

Ces critères de qualité s'appuient sur les recommandations [HAS](#) et [INSERM](#) et sur les textes réglementaires relatifs à la prescription et la dispensation de l'activité physique adaptée ([article 144 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016](#), [décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016](#), [instruction du 3 mars 2017](#))

### Caractéristiques de la structure

#### **Aspects réglementaires et éthique**

- Respecter la réglementation au sujet du recueil et du traitement des données personnes (RGPD)
- Détenir une assurance professionnelle protégeant les participants en cas d'accident

#### **Aspects logistiques**

- Disposer ou bénéficier d'une mise à disposition de lieux d'accueil (infrastructures) adaptés :
  - o Pour une pratique en intérieur : une salle avec un accès pompier, des toilettes, et idéalement vestiaires avec douche.
  - o Pour une pratique en extérieur : accès pompier à proximité. Si l'activité « marche » est proposée : prévoir un parcours assez plat en circuit de préférence fermé (stade, parc)
- Mettre à disposition du ou des encadrants
  - o Une trousse de premiers secours et en fonction du lieu de pratique un défibrillateur portatif
  - o Un ou plusieurs cardio-fréquence-mètres en prêt

Un budget spécifique d'amorçage est prévu à cet effet si la structure ne les possède pas déjà.

- Mettre en place un environnement favorable à la prévention des accidents
  - o Affiche 10 réflexes en or
  - o Rappel des signes d'alerte en début de programme

#### **Aspects administratifs**

- Etre en capacité de remettre à chaque patient un compte-rendu périodique d'activité à destination du médecin traitant
- Etre en capacité de réaliser un suivi des actions menées et de rédiger un bilan du programme en fin d'expérimentation comprenant :
  - o Une évaluation quantitative : nombre de patients participants, taux d'assiduité, nombre de séances autonomes réalisées par participant, résultats des tests de conditions physiques



- Une évaluation qualitative : points positifs du programme, ressentis des patients, problèmes rencontrés etc...

- Respecter une gestion administrative et logistique rigoureuse

Une personne devra être nommée « référente » pour porter et coordonner le projet. Dans le cas où la personne référente est également le coach, il devra avoir un certain volume d'heures dédié à cette partie.

#### **Partenariat / collaboration**

- Justifier d'un partenariat avec le centre de réadaptation cardiaque expérimentateur (courrier de recommandation par exemple) et/ou justifier d'une « reconnaissance » de l'ARS de la région qui atteste de l'expérience du porteur dans la conduite de programmes APA (courrier de recommandation, avis favorable d'une réponse à un appel à projet sport-santé, labels, etc)

## Compétences des intervenants

### **Professionnel de l'APA**

Le professionnel devra :

- Détenir une carte professionnelle à jour
- Etre titulaire d'un diplôme lui permettant d'accueillir des personnes porteuses de limitations fonctionnelles jusqu'à modérées selon le [décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016](#) et l'[instruction du 3 mars 2017](#) (hors intervenant bénévole)
- Justifier de la maîtrise des compétences listées dans l'[instruction du 3 mars 2017](#) via une expérience significative dans le domaine (lettre de recommandation) et/ou le suivi d'une formation complémentaire (attestation de suivi, volume horaire et contenu)
- Etre formé aux gestes de 1<sup>er</sup> secours (PSC1)
- S'engager à suivre le module de formation spécifique « As du Cœur »

### **Professionnel en charge du module engagement durable (interventions éducatives)**

Le professionnel, quel que soit son titre (professionnel de l'APA, professionnels de santé, psychologue clinicien, etc), devra :

- Etre titulaire d'un diplôme ou d'une attestation de suivi de formation attestant de sa maîtrise des compétences relatives à l'éducation pour la santé
  - Formation ETP 40H
  - Formation « promotion/éducation à la santé » - 3 jours minimum abordant des aspects méthodologiques (conduite de projet ou d'action en promotion de la santé) et pratiques (techniques d'animation de groupe par exemple)
- Justifier d'une expérience significative dans le domaine (lettre de recommandation d'un IREPS par exemple)

Si la structure ne dispose pas de telles compétences en interne, elle peut faire appel à un prestataire (professionnel externe)

2 cas de figure pourront se présenter :



- Le professionnel en charge du module engagement durable est également le professionnel en charge des séances de pratique de l'APA => il devra donc disposer de suffisamment de temps pour assurer les 2 volets du programme
- Le professionnel en charge du module engagement durable est différent du professionnel en charge des séances de pratique de l'APA => dans ce cas, il devra prévoir des temps d'échanges réguliers avec le professionnel de l'APA et l'encourager à adopter une posture professionnelle (=forme de coaching) favorable à l'engagement durable du pratiquant et au développement de la motivation tout au long des séances.

## Respect du parcours

La « séquence » comprenant le programme d'APA et le module d'engagement durable interviendra après la prise en charge en réadaptation cardio-vasculaire. Les structures devront participer à l'orientation des pratiquants en fin de programme. Elles devront s'assurer de la poursuite de la pratique à l'issue de la séquence. Elles devront donc :

- Participer activement à la nécessaire communication entre les différents acteurs locaux intervenant auprès des pratiquants (professionnels de santé : médecin traitant et médecin du centre de réadaptation, éducateurs sportifs, etc) idéalement dans le cadre d'une réunion de concertation pluridisciplinaire ou à minima via des temps d'échanges dédiés
- Respecter la procédure d'inclusion des pratiquants (recueil de la prescription +/- certificat médical de non contre-indication à la pratique)
- Informer le médecin traitant de la progression du pratiquant via l'envoi du compte-rendu périodique d'APA

## Respect de la méthodologie des interventions

Respecter la méthodologie du programme d'APA construit selon les recommandations nationales ([HAS](#) et [INSERM](#)) :

- Nombre maximum de 10 pratiquants par groupe
- Durée de 5 mois à raison de 2 séances collectives par semaine (soit 40 séances) incluant 1 séance axée endurance et 1 séance axée renforcement musculaire quel que soit le support d'activité choisi
- Individualisation de la pratique et respect des intensités d'entraînement
- Bilan de condition physique en début et en fin de programme
- Forme de coaching incitant au développement de la motivation intrinsèque utilisant des outils de développement de la création d'habitudes et en proposant des séances à réaliser en autonomie à raison d'une séance hebdomadaire

Respecter la méthodologie du module « engagement durable » construit selon les recommandations nationales ([HAS](#) et [INSERM](#)) incluant 3 entretiens motivationnels individuels et 3 séances collectives visant à agir sur la motivation et sur les déterminants de la pratique de l'APA ainsi qu'un suivi téléphonique (cf annexes).

Respecter la méthodologie d'évaluation du dispositif :



- Fournir un bilan une fois l'action menée (liste d'indicateurs fournis ultérieurement)
- Etablir et pouvoir justifier du nombre de patients inclus





## ANNEXE 3

### QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION PARTICIPANT ADC

Pour chacune des affirmations suivantes, indiquez votre degré d'accord en cochant le chiffre

(de 1 à 5) qui correspond le mieux à votre ressenti :

1. *Tout à fait d'accord*
2. *D'accord*
3. *Sans avis*
4. *En désaccord*
5. *Tout à fait en désaccord*

| Affirmation   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|
| <b>Satisfaction générale</b>  |   |   |   |   |   |
| Je suis globalement satisfait de ce programme   |   |   |   |   |   |
| Ce programme a répondu à mes attentes   |   |   |   |   |   |
| Je me suis senti bien accompagné depuis la sortie du centre de réadaptation jusqu'à après la fin du programme ? |   |   |   |   |   |
| <b>Concernant le programme d'AP</b>   |   |   |   |   |   |
| Les horaires des séances étaient adaptés  |   |   |   |   |   |
| Le lieu des séances était adapté  |   |   |   |   |   |
| Le contenu des séances était adapté   |   |   |   |   |   |
| Je suis satisfait de l'accompagnement réalisé par le professionnel  |   |   |   |   |   |
| Je me suis senti en sécurité  |   |   |   |   |   |
| <b>Concernant le module engagement durable</b>  |   |   |   |   |   |
| Le suivi téléphonique m'a aidé  |   |   |   |   |   |
| Je suis satisfait de l'accompagnement réalisé par le professionnel  |   |   |   |   |   |
| Je suis satisfait des 3 bilans individuels  |   |   |   |   |   |
| Je suis satisfait des 3 séances collectives   |   |   |   |   |   |
| <b>Impact</b>   |   |   |   |   |   |
| Je me sens mieux physiquement grâce à ce programme  |   |   |   |   |   |
| Je me sens mieux mentalement grâce à ce programme   |   |   |   |   |   |
| Je me sens mieux socialement (interaction avec les autres) grâce à ce programme                                 |   |   |   |   |   |
| Je vis mieux avec ma maladie grâce au programme   |   |   |   |   |   |
| Je fais plus attention à mon alimentation grâce au programme  |   |   |   |   |   |
| Si fumeur : J'ai diminué ma consommation de tabac grâce au programme  |   |   |   |   |   |
| Mon entourage fait plus d'activité physique depuis que j'ai participé au programme                              |   |   |   |   |   |
| Mon entourage fait plus attention à son alimentation depuis que j'ai participé au programme                     |   |   |   |   |   |

Remarques

.....



|   |   |
|---|---|
| Avez-vous utilisé votre journal de bord (carnet que l'on vous a remis en début de programme)                              | Oui/non<br>Précisez pourquoi  |
| Auriez-vous participé à ce programme s'il n'avait pas été pris en charge par l'assurance maladie ?                        | OUI/NON   |
| Quel montant seriez-vous prêt à mettre pour participer à un programme d'Activité Physique Adapté comme le programme ADC ? | Avant :<br>Après :  |
| Conseilleriez-vous ce type de programme à un ami ?  | Oui<br>Non  |
| Pensez-vous poursuivre une activité physique après ce programme ?   | Oui<br>Non  |
| Si oui, de quelle manière ?   | AVEC UN ENCADRANT dans la même structure<br>AVEC UN ENCADRANT dans une autre structure<br>AVEC DES AMIS SANS ENCADRANT<br>SEUL(E) |

Quels ont été, selon vous, les 3 points forts du programme ?

Quels ont été, selon vous, les 3 points faibles du programme ?

Autres remarques



## ANNEXE 4

### Evaluation processus EFFECTEURS

#### CARACTERISTIQUES STRUCTURE ET INVESTISSEMENT

|   |  |
|---|--|
| <b>AVANT ADC</b>  |  |
| Statut juridique  |  |
| RH : nb, qualifications et temps de travail (en ETP)                              |  |
| Nb d'adhérents  |  |
| Nb de créneaux « AP en thérapeutique »  |  |
| Partenariats existants (avec le milieu médical notamment)                         |  |
| <b>APRES ADC</b>  |  |
| Y a-t-il eu des modifications de RH en interne en lien avec les programmes ADC ?  | Oui/non<br>Si oui de quel ordre ? (nb, qualifications et temps de travail) |
| Avez-vous fait appel à un prestataire externe pour le module engagement durable ? | Oui/non<br>Si oui, précisez (nb, qualifications et temps de travail)       |
| Nombre et type de réunions partenariales réalisées pour ADC                       |  |
| Avez-vous engagés des fonds propres pour ADC ?                                    | Oui/non<br>Si oui, combien et de quelle nature ?                           |
| Avez-vous fait appel à des investisseurs externes pour ADC ?                      | Oui/non<br>Si oui, combien et de quelle nature ?                           |

Remarques :

.....



## MISE EN ŒUVRE

|  |                               |
|--|-------------------------------|
| Nb de programmes ADC mis en œuvre                                  |                               |
| Pour chaque programme :  |                               |
| Délai nécessaire pour obtenir un groupe de 10                      |                               |
| Nombre de participants en début de programme                       |                               |
| Nombre de participants en fin de programme                         |                               |
| Date de début et date de fin du programme                          |                               |
| Un incident est-il survenu pendant la conduite de vos programmes ? | OUI/NON<br>Si oui, précisez : |

Remarques :

.....



Satisfaction

A. **Globalement par rapport à cette action, vous diriez que vous êtes :**

- Très satisfait
- Satisfait
- Peu satisfait
- Pas satisfait du tout

B. Quels ont été, selon vous, les points forts de cette action ?

.....

.....

C. Quels ont été, selon vous, les points faibles de cette action ?

.....

.....

D. Quelles sont les points d'amélioration qui vous semblent intéressants à apporter à cette action ?

.....

.....

**Au sujet du projet dans sa globalité, avec quel degré de facilité êtes-vous parvenu à mettre en œuvre les éléments ci-dessous : de 1 (très difficile) à 4 (très facile)**

|  |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|
| Partenariat avec le centre de réadaptation | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Accompagnement Azur sport santé            | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Versement des forfaits patients            | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Rédaction des CR périodiques               | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Communication avec les médecins traitants  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Recueil des données pour l'évaluation      | 1 | 2 | 3 | 4 |

Remarques :

.....



**Au sujet du programme d'AP, avec quel degré de facilité êtes-vous parvenu à mettre en œuvre les éléments ci-dessous : de 1 (*très difficile*) à 4 (*très facile*)**

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| Accueil des participants « au fil de l'eau »                    | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Réalisation des bilans initiaux et finaux de condition physique | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Séances individuelles en amont du programme                     | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Séances collectives   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Orientation des participants à l'issue du programme             | 1 | 2 | 3 | 4 |

Remarques :

.....

**Au module engagement durable, avec quel degré de facilité êtes-vous parvenu à mettre en œuvre les éléments ci-dessous : de 1 (*très difficile*) à 4 (*très facile*)**

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| Partenariat coach-professionnel de l'éducation santé (si différents)                  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Réalisation des bilans initiaux, intermédiaires et finaux                             | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Séances collectives   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Accompagnement téléphonique   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Incitation des participants à poursuivre une activité physique à l'issue du programme | 1 | 2 | 3 | 4 |

Remarques :

.....