



HAL
open science

Quel projet sport-santé pour une association sportive afin de favoriser la pratique d'une Activité Physique Adaptée pour les personnes atteintes de pathologies chroniques sur le territoire réunionnais ?

Thomas Mengin

► To cite this version:

Thomas Mengin. Quel projet sport-santé pour une association sportive afin de favoriser la pratique d'une Activité Physique Adaptée pour les personnes atteintes de pathologies chroniques sur le territoire réunionnais ?. Sociologie. 2013. hal-01866090

HAL Id: hal-01866090

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01866090>

Submitted on 3 Sep 2018

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

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



AVERTISSEMENT

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

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

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

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

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

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

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

Master
« Conduite de Projets &
Développement des Territoires »

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

Parcours « Activités Corporelles, Santé et Société »

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

Quel projet sport-santé pour une association sportive afin de favoriser la pratique d'une Activité Physique Adaptée pour les personnes atteintes de pathologies chroniques sur le territoire Réunionnais ?

Présenté par

Thomas MENGIN

Maître de stage : Noël THOMAS, Président, Association Saint-Paul Handisport, Saint-Paul, La Réunion.

Guidant universitaire : Anne Vuillemin, Professeur d'Université, Université de Lorraine, Nancy

Juin 2013

Remerciements

En décembre 2010, j'embarque à bord d'un avion direction La Réunion en tant qu'assistant sportif d'Olivier, un athlète de Haut Niveau en Boccia. Accompagné d'Anaïs, Sonia et Florent. Nous allons à la rencontre de l'association Saint-Paul Handisports pour un moment sportif, un moment de convivialités et d'échanges. Un séjour d'une quinzaine de jours qui m'a permis de faire connaissance avec le Président de l'association M. Noël THOMAS avec qui j'ai gardé quelques contacts. C'est ainsi que, 2 ans plus tard, je fais mon stage Universitaire de fin d'année de Master au sein de la structure de Saint-Paul, la plus importante de l'île dans sa variété de pratiques, sa régularité et sa qualité de ses interventions. Merci à toute l'équipe de Nancy, Anaïs, Sonia, et Olivier de m'avoir fait découvrir cette région française magnifique.

Je tiens à remercier particulièrement M. Noël THOMAS, Président de l'Association Saint-Paul Handisports pour son accueil et sa générosité. Je tiens à le remercier également en tant que tuteur de stage pour ses conseils, son partage de connaissances et également de m'avoir mis en relation directe avec de nombreux acteurs locaux.

Un grand merci à Nathalie Potel, qui m'a mis à disposition un très beau bungalow dans sa propriété au milieu des palmiers dans un jardin ombragé. Merci également pour son accueil chaleureux et pour m'avoir fait découvrir les différentes facettes de La Réunion.

Un merci particulier à Anne Vuillemin, guidant universitaire à l'université de Lorraine pour ses retours sur mon travail, sa patience et ses conseils pour la réalisation de ce mémoire.

Merci à Sébastien SANJULLIAN, chargé de projet à l'IREPS Réunion pour son aide particulière apportée à la réalisation du projet Bouzanou et de mon mémoire.

Merci à Ronan responsable sportif et Pierre intervenant APA à Saint-Paul Handisport pour leurs partages d'expériences. Merci également à tous les autres intervenants de

l'association, à leurs adhérents et également aux adhérents du projet Bouzanou pour leurs motivations dans les activités et dans les projets de l'association.

Merci à toutes les autres personnes qui ont contribué à mon départ en stage et m'ont encouragé tout le long de l'aventure. Merci également à mes collègues de Master.

Pour terminer, je ne remercierai jamais assez mes parents Monique et Roland qui malgré l'éloignement m'ont encouragé pour la réalisation de mon stage et m'ont soutenu. Merci à Hélène et à Guillaume ma sœur et beau-frère, à Pierre mon frère pour m'avoir également encouragé dans mon projet. Merci à mes oncles, tantes, cousins et cousines pour leurs nombreux encouragements à distance, notamment Emile, Audrey, Mathilde, Filou, Odile et Claude.

Petites dédicaces aux nombreux sentiers réunionnais au cœur du parc naturel régional de La Réunion qui m'ont donné l'inspiration pour la réalisation de mon stage et de mon mémoire.

Sigles et abréviations

AFSSET : Agence Française de Sécurité Sanitaire de l'Environnement et du Travail.

ALD : Affection de Longues Durée

AP : Activité Physique

APA : Activité Physique Adaptée

APS : Activité Physique et Sportive

ARS : Agence Régionale de Santé

BEESAN : Brevet d'Etat d'Educateur Sportif des Activités de la Natation

CF : Cible Finale

CI : Cible Intermédiaire

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

DDJSCS : Direction Départementale de la Jeunesse et des Sports et de la Cohésion Sociale

DOM-TOM : Départements d'Outre-Mer – Territoires d'Outre-Mer

EAPA : Enseignant en Activités Physiques Adaptées

ETP : Education Thérapeutique du Patient

FFEPMM : Fédération Française d'Education Physique et de Gymnastique Volontaire

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche médicale

IREPS : Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé

OG : Objectif Général

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OMs : Office Municipal des sports

OO : Objectif Opérationnel

OS : Objectif Spécifique

OT : Objectif Transversal

PNNS : Plan National Nutrition Santé

PO : Plan Obésité

PRAANS : Programme Régional Alimentation Activité Nutrition Santé

RNCP : Répertoire National des Certifications professionnelles

STAPS : Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives

TCO : Territoire de la Côte Ouest

Table des matières

INTRODUCTION	1
1. CONTEXTE ET IMPLANTATION DE LA PROBLEMATIQUE.....	3
1.1. LES CARACTERISTIQUES DU TERRITOIRE	3
1.2. ORIGINE ET INTERET DE LA PROBLEMATIQUE	5
1.3. LES PATHOLOGIES CHRONIQUES	6
1.3.1. <i>Définition</i>	6
1.3.2. <i>Particularité, à la Réunion</i>	8
1.4. LA SANTE ET L'AP, UNE PROBLEMATIQUE AU CENTRE DES POLITIQUES ACTUELLES DE SANTE	10
1.4.1. <i>Echelle nationale : PNNS ; PO ; Agenda 21</i>	11
1.4.2. <i>Déclinaison pour les DOM volet Réunion : Le PNNS, PO, DOM ; PRAANS</i>	13
1.4.3. <i>Une déclinaison de la politique au niveau local</i>	15
2. LES MOYENS UTILISES POUR DECLINER LES POLITIQUES DE SANTE SUR LE TERRITOIRE.....	18
2.1. L'ASSOCIATION : UN MOYEN POUR DECLINER CES POLITIQUES DE SANTE SUR LE TERRITOIRE.	18
2.1.1. <i>Généralités</i>	18
2.1.2. <i>L'association Saint Paul Handisports</i>	19
2.2. ACTIVITES PHYSIQUES, ACTIVITES PHYSIQUES ADAPTEES ET PATHOLOGIES CHRONIQUES.....	20
2.2.1. <i>Quelques définitions</i>	21
2.2.2. <i>Recommandation en matière d'Activités Physiques</i>	22
2.2.3. <i>Activités Physiques Adaptées et prise en charge</i>	23
3. LA METHODOLOGIE DE PROJET AU SERVICE DE L'ASSOCIATION	25
3.1. PRESENTATION DE LA STRATEGIE METHODOLOGIQUE	25
3.2. ANALYSE DE LA SITUATION	26
3.2.1. <i>Besoins</i>	26
3.2.2. <i>Demande</i> :.....	27
3.2.3. <i>Réponses</i>	28
3.3. DEFINITION DES PRIORITES DE SANTE	34
3.4. ELABORATION DU PROGRAMME BOUZANOU	35
3.4.1. <i>Objectif Général</i>	37
3.4.2. <i>Objectifs Spécifiques</i>	37
3.4.3. <i>Objectifs Opérationnels</i>	39
3.4.4. <i>Objectifs transversals</i>	40
3.5. LIENS AVEC LES PROFESSIONNELS DE SANTE	41
3.6. UN ENVIRONNEMENT FAVORABLE A LA PRATIQUE DES APA.....	42

3.7.	UNE COMMUNICATION DU PROGRAMME ADAPTEE.....	44
4.	MISE EN ŒUVRE DU PROJET ASSOCIATIF ET SON EVALUATION.....	49
4.1.	L'IMPORTANCE DE L'EVALUATION	49
4.2.	L'ELABORATION DU PROGRAMME BOUZANOU ET SON EVALUATION	50
4.3.	L'EVOLUTION DE LA COMMUNICATION	53
4.4.	DISCUSSION SUR LE BUDGET DU PROJET BOUZANOU	57
4.5.	INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES A LA MISE EN ŒUVRE	59
	CONCLUSION	62
	BIBLIOGRAPHIE ET REFERENCES.....	64
	TABLE DES ILLUSTRATIONS	
	ANNEXES	

Introduction

" Les activités physiques et sportives constituent un élément important de l'éducation, de la culture, de l'intégration et de la vie sociale. Elles contribuent notamment à la lutte contre l'échec scolaire et à la réduction des inégalités sociales et culturelles, ainsi qu'à la santé. La promotion et le développement des activités physiques et sportives pour tous, notamment pour les personnes handicapées, sont d'intérêt général."

Article L100-1 du code du sport

Effectivement, le rôle bénéfique de l'activité physique (AP) sur la santé (physique, sociale et mentale) n'est plus à démontrer. L'INSERM a d'ailleurs publié un très bel ouvrage en 2008 sur l'activité physique, contextes et effets sur la santé. On peut y lire explicitement que la pratique régulière d'une activité physique est maintenant reconnue comme faisant partie intégrante de la prise en charge thérapeutique du handicap, des maladies chroniques et dégénératives.

La Réunion, île volcanique de l'Océan Indien, caractérisée par son climat tropical possède de nombreuses caractéristiques. Une variété de cultures différentes, une culture sportive bien marquée mais également un nombre important de personnes atteints de pathologies chroniques (surpoids, diabète, maladies cardio-vasculaires...). Une situation due notamment à l'accumulation de certains facteurs : Habitudes alimentaires trop riches en lipides et en sucres ; conditions de vie inférieures à la moyenne nationale,... Il suffit de suivre l'actualité pour constater que les sodas et yaourts vendus dans les DOM-TOM contiennent jusqu'à 50% de sucre en plus que dans la métropole. Une situation qui va bientôt évoluer avec une loi sur l'alignement des taux de sucres ajoutés dans les produits vendus en outre-mer et en métropole.

Face à cette situation, de nombreux plans nationaux et régionaux de santé sont mis en place. Dans ces plans, l'aspect d'activité physique est toujours présent.

Mais bien qu'elle soit recommandée, l'AP pour les personnes présentant des pathologies chroniques doit être pratiquée avec prudence. C'est pourquoi nous parlerons d'Activités Physiques Adaptée (APA). Une activité nécessitant l'intervention d'un

professionnel de santé pour son enseignement. Nous nommerons ce professionnel comme étant un Enseignant en Activités Physiques Adaptées (EAPA) ou professeur en APA ou encore intervenant en APA. Cet EAPA doit être en collaboration avec le secteur médical pour mettre en place un programme adapté à la personne malade chronique.

Sur le territoire Réunionnais, on constate que les professionnels sont peu nombreux à posséder toutes les compétences nécessaires. (Référence à l'arrêté du 12 octobre 2006 : L'encadrement des Activités Physiques ou Sportives à destination de différents publics dans une perspective de prévention santé, de réadaptation ou d'intégration de personnes présentant une altération d'une fonction physique ou psychique sont du ressort de la licence STAPS APA. Une formation permettant l'obtention d'une carte professionnelle délivrée par la DDJSCS).

Ces professionnels sont présents principalement dans des structures médicalisées tels que des cliniques, des centres de réadaptation lors de la prise en charge médicale d'un patient. Suite à cette prise en charge ou non, nous pouvons nous demander si les individus intéressés peuvent trouver facilement un lieu de pratique d'APA. Nous pouvons également nous poser la question si la réorientation par les professionnels de santé vers une AP se fait correctement. Des questions qui vont permettre de savoir notamment si l'offre actuelle est adaptée à la demande et aux besoins de la population.

Dans ce mémoire nous répondront à ces questions et utiliserons l'association sportive comme étant une structure adaptée afin de promouvoir les APA, encadrée par des professionnels de santé pour une population atteinte de pathologies chroniques. Un projet qui nécessite la prise en compte de divers aspects (la population, les acteurs de santé, les APA pour un public spécifique, etc). Un projet favorisant également l'autonomie de la personne malade dans une optique de santé globale par l'activité physique. D'où l'utilisation du terme : Projet Sport-Santé.

Ce travail, je l'espère, profitera à d'autres associations qui souhaitent mettre en place un tel projet.

1. Contexte et implantation de la problématique

1.1. Les caractéristiques du territoire

L'île de La Réunion est un département d'outre-mer français, une île volcanique située dans l'Océan Indien. Territoire de 2500 km², il bénéficie d'un climat tropical humide et se caractérise par un relief très marqué, il culmine à 3071 mètres d'altitude au sommet du Piton des Neiges. La Réunion présente de fortes différences microclimatiques au niveau des précipitations comme au niveau des températures (La moyenne pour le mois le plus chaud (janvier) est de 30° et 17° pour le mois le plus froid (août)).

Le recensement a dénombré 837868 habitants au 1^{er} janvier 2012, installés pour la plupart sur le littoral. La population réunionnaise est assez jeune, en 2012, 33% des habitants ont moins de 20 ans contre 24% en France métropolitaine. (Insee, 2012)

L'île de La Réunion est représentée par une population particulièrement métissée et multi-ethnique. Effectivement, on retrouve des populations de Madagascar, Des Cafres (Est de l'Afrique continentale), des Malbars (origine indienne), des Zarabes (communauté originaire du sous-continent indien) ainsi que des personnes originaires du Sud de la Chine et de l'Europe. Au niveau de la religion, nous retrouvons différentes religions tels que le christianisme, l'hindouisme, l'islam et le judaïsme. Ce métissage de la population implique des pratiques et des modes de vie spécifiques à chaque groupe d'individus (pratiques alimentaires, relations sociales, vie quotidienne...).

La langue de l'administration est le Français bien qu'une grande partie de la population parle le créole réunionnais dans l'enceinte familiale. L'illettrisme est assez important avec un taux de 8.3% d'analphabètes.

La situation de l'emploi est difficile sur l'île avec un taux de chômage de 27.2% en 2009.

Le taux de mortalité prématurée à La Réunion est un des plus élevés de France : Il atteint 494 décès par an pour 100 000 habitants contre 404 en métropole. (INSEE, 2012)

Pour le présent mémoire, nous concentrerons notre analyse sur la commune de Saint Paul, une des plus vastes communes de France recouvrant 21 128 hectares d'Est en

Ouest, la pente débute de 2 204 mètres du Maïdo jusqu'au front de mer. La population en 2010 est de 103 346 habitants avec une densité de 428hab. au km². Saint Paul est le chef-lieu de 5 cantons et fait partie de la communauté d'agglomération du territoire de la Côte Ouest (TCO) composé de cinq communes (Le Port, La Possession, Saint-Leu, Saint-Paul et les Trois-Bassins) avec une population totale au 1^{er} janvier 2012 de 212 309 habitants soit environ ¼ de la population de l'Ile.

Le relief présent sur la commune de Saint-Paul ne facilite pas les transports pour relier les différents cantons. Effectivement, nous remarquons que les modes de déplacements actifs tels que le vélo, la marche ne sont pas évidents. Ils se font principalement en voiture et en transports en commun qui, au niveau de la commune sont gérés par Kar'Ouest (63 lignes régulières réparties sur les communes du TCO). Une problématique majeure de ces transports en commun : la durée du service. En effet, nous notons au 1^{er} janvier 2013, que sur les lignes les plus courantes, le trafic des transports communs publics s'étalonne de 6h00 à 19h00 pour les plus grandes lignes de 6h00 à 17h30 pour les plus courtes, ce qui implique une difficulté de déplacement en soirée et tôt en matinée.

Le tableau 1 ci-dessous définit succinctement quelques données sur l'état nutritionnel, la consommation alimentaire et l'activité Physique et sédentarité.

Tableau 1 : Données sur l'état nutritionnel, la consommation alimentaire et l'activité physique/sédentarité.

Source : PNNS_PO_DOM, 2011

Données sur l'état nutritionnel	
Surpoids	<ul style="list-style-type: none"> • Hommes 40 %, femmes 33 % (source : <i>État de santé de la population à la réunion</i>, ORS 2008) • Enfants scolarisés en 3e (2003- 2004) : 15,3 % • Enfants scolarisés en CM2 (2004- 2005) : 17,5 % (source : cycle triennal d'enquêtes en milieu scolaire, DREES 2006)
Obésité/ maigreur, insuffisance	<ul style="list-style-type: none"> • Adulte : 15 % (les prévalences de l'obésité augmentent avec l'âge, de 14 % chez les 30-39 ans à 20 % chez les 40-49 ans)

pondérale	<p>jusqu'à 27 % chez les 50-59 ans et infléchissement de cette tendance à partir de 65 ans chez les hommes comme chez les femmes)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfants scolarisés en classe de 3^e (2003-2004) : 5,4 % • Enfants scolarisés en classe de CM2 (2004-2005) : 8,7 % (source : « La santé des enfants scolarisés en CM2 en 2004- 2005 à La Réunion », Infos Réunion Études et statistiques de la DRASS n° 10 janvier 2009)
Diabète	Adultes entre 30 et 69 ans : 17,7 % (source : étude Rédia – Réunion- Diabète – 1999-2001)
HTA	Adultes (18 ans et plus) présentant une hypertension artérielle (tension artérielle élevée (PAS ≥ 140 mm Hg et/ou PAD ≥ 90 mm Hg) et/ou prise d'un traitement médicamenteux hypotenseur : 15 % (source : étude Reconsal, 1999)
Données sur la consommation alimentaire et activité physique/sédentarité.	
Apports alimentaires selon les repères PNNS	<ul style="list-style-type: none"> • 77 % de la population consomment des fruits et légumes régulièrement • 1 % de la population atteint le repère du PNNS • 91 % sont des petits consommateurs (2 fruits et légumes par jour maximum) (source : étude de la santé de la population, 2008)
Activité physique sédentarité	<ul style="list-style-type: none"> • 75 % de la population n'atteint pas le repère du PNNS • 9 % pratique une activité physique de 3 à 4 heures par semaine ; • 31 % ne font jamais ou rarement d'activité physique (source : étude de santé de la population à la Réunion, 2008)

1.2. Origine et intérêt de la problématique

A la lecture du contexte nous pouvons nous poser déjà quelques questions utiles pour répondre à notre problématique. Nous remarquons qu'il est important et urgent de réagir face à la situation nutritionnelle du territoire et que les associations sportives ont leur

rôle à jouer afin de contribuer à la promotion de la santé de la population. Reste maintenant la question du comment l'association va-t-elle s'intégrer à un système qui est peut-être déjà existant sur le territoire et que peut-elle proposer afin de palier à ce phénomène de santé ? Une association seule a-t-elle les moyens de mettre en œuvre un projet correct et correspondant aux besoins et à la demande de la population ?

Pour répondre en partie à cette série de questions, il nous semble important de préciser qu'il est utopiste de penser qu'un projet associatif peut palier à l'ensemble des problèmes de santé. Par son projet, la structure va contribuer à maintenir et/ou améliorer l'état de santé d'une population cible sur une problématique de santé ciblée. C'est donc la raison pour laquelle ce présent mémoire va fixer les pathologies chroniques chez un public adulte ayant un état de santé stabilisé suite à une prise en charge médicale et/ou en prévention d'une surexposition aux développements d'une pathologie chronique. Le tout sur le territoire Saint-Paulois. L'association porteuse du projet va mettre en avant l'activité physique comme outils pour contribuer à atteindre l'objectif de santé visée.

1.3. Les pathologies chroniques

1.3.1. Définition

Pour illustrer nos propos, reprenons la définition de l'OMS qui définit les pathologies chroniques comme étant un problème de santé qui nécessite une prise en charge sur une période de plusieurs années ou plusieurs décennies. Ces problèmes de santé regroupent les maladies non transmissibles (diabète, cancer asthme...) et les maladies transmissibles persistantes (VIH-SIDA) certaines maladies mentales (psychoses...) ou des atteintes anatomiques ou fonctionnelles (cécité, sclérose en plaques...).

Les maladies chroniques sont définies par : (Ministère de la santé et des solidarités, 2007)

- La présence d'une cause organique, psychologique ou cognitive
- Une ancienneté de plusieurs mois
- Le retentissement de la maladie sur la vie quotidienne : limitation fonctionnelle des activités, de la participation à la vie sociale ; dépendance vis-à-vis d'un médicament, d'un régime, d'une technologie médicale, d'un appareillage, d'une

assistance personnelle ; Le besoin de soins médicaux ou paramédicaux, d'aide psychologique, d'éducation ou d'adaptation.

Plus de 15 millions de Français souffrent d'une maladie chronique. Parmi eux, plus de 9 millions sont inscrits en Affection de Longues Durée (ALD), soit 14% de la population (HAS, 2012) (« Les affections de longue durée sont des affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, ouvrant droit, pour ceux qui en sont atteints, à l'exonération du ticket modérateur, c'est-à-dire à une prise en charge intégrale de leurs frais de traitement, dans la limite du périmètre remboursable » (article L.322-3 du code de la sécurité sociale). Les ALD sont à l'origine de 60% des décès dont la moitié survient avant l'âge de 70 ans.

Les principales maladies chroniques sont : (Ministère de la santé et des solidarités, 2007)

- Asthme : 3.5 millions
- Maladies rares (drépanocytose, sclérose latérale amyotrophique, mucoviscidose, myopathies, leucodystrophie) : 3 millions
- Bronchite chronique : 3 millions
- Diabète : 2.5 millions
- Insuffisance Rénale : 2.5 millions
- Maladie d'Alzheimer : 0.9 millions
- Psychose : 0.89 millions
- Cancer : 0.7 millions
- Epilepsie : 0.5 millions
- Polyarthrite rhumatoïde : 0.3 millions
- Maladie de Parkinson : 0.1 millions
- Maladie de Crohn et rectocolite ulcéro-hémorragique : 0.1 millions
- Sclérose en plaque : 0.05 millions
- SIDA : 0.03 millions

En France, les personnes les plus touchées sont les personnes de plus de 50 ans. L'allongement de l'espérance de vie et les progrès médicaux tendent à accentuer les pathologies chroniques. Les personnes vivent plus longtemps et ont donc plus de facteurs à risques de développer une maladie chronique.

Comme nous l'avons évoqué plus tôt, les pathologies chroniques s'inscrivent dans la durée et nécessite donc une prise en charge longue et complexe. Pour traiter de manière efficace les malades, la prise en charge nécessite l'intervention de nombreux acteurs de santé regroupant le secteur sanitaire, médico-social et social. Tout cela afin de personnaliser la prise en charge du patient. L'intérêt est de placer le patient au centre de sa prise en charge.

Il est difficile de déterminer précisément le coût des dépenses de santé du à l'inactivité physique et aux maladies chroniques. Les dépenses de santé en termes de pathologies chroniques sont celles qui évoluent le plus rapidement. Les projections de la CNAM font apparaître que 12 millions de personnes seraient concernées en 2015 et devraient concentrer 70% de leurs dépenses, contre 60% aujourd'hui pour leur santé. Les dépenses représentent 8700 euros par personne et par an, contre 800 euros pour les autres pathologies.

En effet, 65 milliards d'euros sont consacrés à la prise en charge des ALD (Assurance maladie, 2009). Selon les prévisions de la CNAMTS, d'ici 2014, les ALD pourraient représenter 17% de la population.

1.3.2. Particularité, à la Réunion

Il existe de grandes disparités en ce qui concerne la répartition des maladies chroniques sur les différentes régions française. En effet, les DOMs sont principalement touchés par les maladies chroniques et ce beaucoup plus que la France métropolitaine. Nous pouvons nous référer à Xavier DEBUSSCHE (DEBUSSCHE X, 2009) qui met en avant la double problématique de la Maladie Chronique : Celle posée à l'individu malade lui-

même et la problématique relative aux soignants qui doivent prendre en compte la nature chronique et non curative de la maladie.

Nous pouvons constater sur le territoire Réunionnais des inégalités sociales de santé (CATTEAU C, NARTZ E, 2009). De manière générale, les recherches dans le domaine des inégalités sociales de santé font apparaître que les personnes avec un statut socioéconomique élevé et socialement plus intégrées ont des taux de décès plus faibles que les autres. De plus, les progrès dans le domaine de la médecine ne profitent pas à toute la population de manière équitable, l'amélioration de la santé est plus marquée pour les catégories sociales les plus élevées. Des disparités fortes de santé ont été observées pour plusieurs maladies chroniques entre les personnes de faible niveau d'éducation et celles de niveau d'éducation élevée.

Or dans notre contexte, à La Réunion et notamment à Saint-Paul, un grand nombre d'habitants se trouve en situation de difficultés sociales (chômeurs, habitat précaire, faible niveau scolaire, nombre important de bénéficiaires de la couverture maladie universelle et du minima social). L'accès au soin est rendu difficile le plus souvent par la distance qui relie l'habitation au centre de soin. Ce qui explique donc ces disparités de santé au sein de La Réunion, en comparaison avec la Métropole.

Au niveau de l'alimentation, l'étude sur les comportements alimentaires et les activités physiques des Réunionnais (FAVIER F, RACHOU E, RICQUEBOURG M, FIANU A, 2002) met en avant la part importante de la population qui a une consommation insuffisante de fruits, de légumes et de produits laitiers. Une importante consommation d'aliments gras et sucrés, une carence en nutriments, et des apports excessifs en sucres. Constat impliquant une plus forte probabilité chez la population d'être diabétique et de développer des maladies cardiovasculaires et rénales.

Contrairement à la Métropole, peu d'enquêtes existent sur les conditions de vie des ménages. Pour parler de la disparités, nous pouvons prendre comme indicateur l'Indice de Développement Humain qui permet de suivre sur le long terme, les aptitudes ou

capacités humaines à vivre longtemps et en bonne santé, à communiquer et à participer à la vie de la communauté, à disposer des ressources suffisantes pour s'assurer une vie convenable. En 2005, La Réunion arrive au niveau de la France en 1985. Nous observons donc un réel retard de la population Réunionnaise.

En résumé, les maladies chroniques nécessitent une prise en charge individualisée sur la durée. Les conditions de vie, les conditions des ménages, les difficultés sociales, l'alimentation et l'éloignement des centres de soins ne permettent pas toujours une prise en charge médicale efficace des malades que ce soit dans tous les types de prévention (primaire, secondaire, tertiaire). Cela implique de l'isolement, une coupure sociale, un renfermement sur soi. D'où l'intérêt également de proposer un programme d'activités physiques adaptées pour ces personnes en prévention primaire et/ou après une prise en charge médicale. Effectivement, l'activité physique en elle-même va permettre d'améliorer la santé et le fait de participer en petits groupes à ces activités va créer du lien social et lutter contre cet isolement.

Pour améliorer la santé globale des individus, l'état à travers de ses différents ministères, les régions, les départements et les communes mettent en place des plans d'actions, des programmes, des projets pour faire face à cette situation.

1.4. La santé et l'AP, une problématique au centre des politiques actuelles de santé

Face à l'augmentation de certaines maladies, à l'évolution de l'état de santé de la population et à un mode de vie de plus en plus sédentaire, les autorités réagissent et mettent en place des programmes d'actions ou plans qui permettent au niveau nationale de donner des directives et des orientations afin de pouvoir les décliner sur un niveau régional tout en prenant en compte les caractéristiques de chaque territoire.

Nous allons identifier dans cette partie les programmes et plans qui peuvent être intéressants pour développer et justifier notre problématique.

1.4.1. Echelle nationale : PNNS ; PO ; Agenda 21

• Le Programme National Nutrition Santé

Le Programme National Nutrition Santé 3 (PNNS 3) est le troisième volet du programme initié en 2001 et prolongé en 2006. Il fournit un cadre de références et traite de la nutrition comme déterminant de la santé. L'objectif général du PNNS est d'améliorer l'état de santé de l'ensemble de la population, en agissant sur l'un de ses déterminants majeurs, la nutrition.

Au niveau national, le PNNS :

- Assure la coordination, la cohérence et le suivi de la mise en œuvre des interventions.
- Fournit les supports scientifiques indispensables à la mise en place des actions.
- Propose des mécanismes incitatifs pour l'implication des multiples acteurs institutionnels, associatifs et privés dont les actions contribuent à l'atteinte des objectifs fixés.
- Informe et valorise l'action des acteurs.

L'axe de travail qui nous intéresse ici est l'axe 2 qui a pour finalité de permettre l'atteinte des objectifs nutritionnels et des objectifs relatifs aux maladies cardio-vasculaires et métaboliques fixés par le Haut conseil de santé publique. (Annexe 1)

Axe 2 : Développer l'activité physique et sportive (APS) et limiter la sédentarité

- **Mesure 1 :** Promouvoir, développer et augmenter le niveau d'activités physiques quotidiennes pour tous.
- **Mesure 2 :** Promouvoir l'activité physique et sportive adaptée (APA) chez les populations en situation de handicap, défavorisées, âgées ou atteintes de maladies chroniques.

• **Le Plan Obésité**

Le plan obésité 2010-2013 (PO) s'articule avec d'autres plans tel que le programme national nutrition santé, le programme national pour l'alimentation le plan national santé environnement, le plan national alimentation insertion et le plan santé à l'école. Le PO a pour ambition de faire face à la situation d'obésité sur le territoire en axant le travail sur la recherche, la prévention et l'organisation des soins.

Nous retrouverons dans l'axe 2, la problématique de l'activité physique à des fins de santé.

Le volet « prévention » du Plan obésité est caractérisé par cinq objectifs :

- Faciliter la mise en œuvre individuelle et collective des recommandations préventives.
- Agir sur les déterminants environnementaux de l'obésité.
- Réduire la stigmatisation des personnes obèses.
- Contribuer à la réduction des inégalités sociales de santé.
- Promouvoir l'activité physique et lutter contre la sédentarité.

Axe 2 : Mobiliser les partenaires de la prévention, agir sur l'environnement et promouvoir l'activité physique. (Annexe 2)

La mesure 2.2 : « Actions préventives conduites dans le cadre du PNNS » est la plus pertinente pour notre problématique.

• **L'agenda 21 du sport Français**

L'Agenda 21 du sport français en faveur du développement durable a pour objectif de prendre en compte les initiatives liées au développement durable. Il se décline en 21 objectifs (orientations d'actions) et sont une ligne directrice pour mettre à bien des programmes d'actions en faveur du développement durable.

Cet Agenda 21 peut également être un cadre de référence ici puisque que l'on y retrouve des préconisations et des pistes à suivre pour mener un projet cohérent en termes de développement durable et en accord avec le mouvement sportif.

Nous retiendrons l'objectif 7 présent dans le chapitre « La solidarité sportive au service du développement durable » : Renforcer le rôle du sport au service de la protection et de la promotion de la santé des personnes. (Annexe 3)

1.4.2. Déclinaison pour les DOM volet Réunion : Le PNNS, PO, DOM ; PRAANS

- **Le PNNS, PO, DOM**

Le programme national nutrition santé 2011-2015, plan obésité 2010-2013 en direction des populations d'Outre-mer est une déclinaison spécifique des actions du PNNS et du PO pour les départements d'Outre-mer.

Dans les départements d'Outre-mer, la prévalence de l'obésité mais aussi des autres pathologies associées (diabète, hypertension artérielle, maladies cardiovasculaires) est plus élevée qu'en métropole. Un constat qui s'explique notamment par des conditions socioéconomiques défavorables, des spécificités culturelles et des particularités géographiques et climatiques. C'est pourquoi un volet spécifique a été créé s'appuyant sur le Programme National Nutrition Santé 2011-2015 et le Plan Obésité 2010-2013.

Dans notre démarche nous nous arrêterons sur :

Mesures et actions communes à la Guadeloupe, La Guyane, La Martinique, La Réunion et Mayotte : (Annexe 4)

Axe 1 : Améliorer l'offre alimentaire et favoriser la pratique de l'activité physique.

- **Mesure 2** : Favoriser la pratique d'activités physiques et sportives.
- **Action 5** : Promouvoir, développer et augmenter le niveau d'activités physiques quotidiennes pour tous.

- **Action 6** : Promouvoir l'activité physique et sportive adaptée (APA) chez les populations en situation de handicap, défavorisées, âgées ou atteintes de maladies chroniques.

Axe 3 : Adapter la communication et renforcer l'éducation nutritionnelle

- **Action 11** : Renforcer l'éducation nutritionnelle

Mesures et actions spécifiques à La Réunion (Annexe 5)

Axe 1 : Améliorer l'offre alimentaire et favoriser la pratique de l'activité physique et sportive.

- **Mesure 2** : Favoriser la pratique d'activités physiques et sportives.
 - **Action 32** : Promouvoir la pratique de l'activité physique au quotidien.

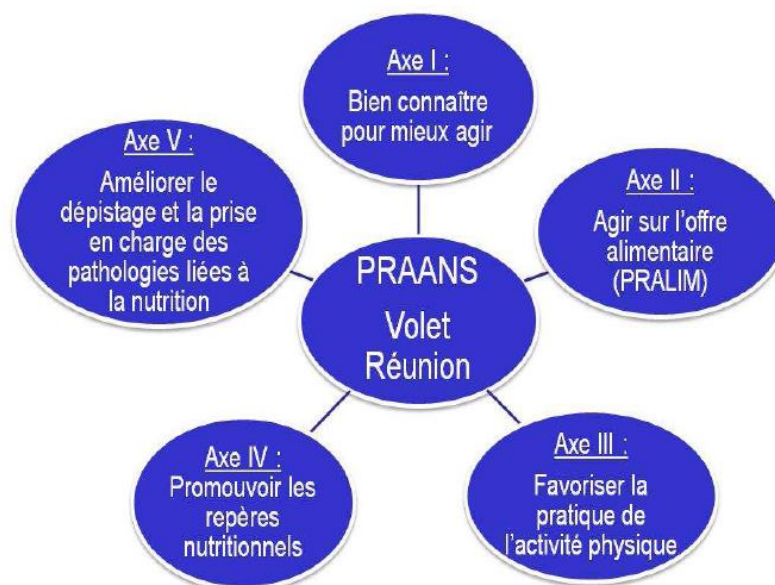
• Le PRAANS

Le Programme Régional Alimentation Activité Nutrition Santé 2012-2016 (PRAANS) volet Réunion s'articule avec la politique nationale et régionale et est en cohérence avec les programmes nationaux correspondants. Il a pour objectif de promouvoir et d'organiser le dialogue entre les acteurs au niveau local dans une logique intégratrice et de décliner les modalités spécifiques d'application des schémas du programme régional de santé, en cohérence avec les plans nationaux consacrés à l'amélioration de l'état nutritionnel de la population et en articulation avec les plans locaux.

Le PRAANS se structure autour de cinq axes :

Figure 1 : Les cinq axes du PRAANS Réunion.

Source : PRAANS 2012-2016



Nous mettrons en avant l'axe 3 pour enrichir notre réflexion.

Axe 3 : Favoriser la pratique de l'activité physique (Annexe 6)

- **Mesure 1 :** Etat des lieux des activités physiques pour la santé
- **Mesure 2 :** Favoriser la pratique de l'activité physique
- **Mesure 3 :** Favoriser l'accès à la pratique de l'APS pour tous

1.4.3. Une déclinaison de la politique au niveau local

- **Le projet Sport-Santé de la ville de Saint-Paul**

Dans notre démarche sur le territoire Saint-Paulois il est important et intéressant de se rapprocher des projets mis en place par l'Office Municipal des sports de Saint Paul (OMs). Effectivement, nous pourrions constater différents projets qui touchent de près à notre problématique. Les projets ci-dessous devraient être mis en place courant 2013/2014.

Projet Sport-Santé, Sports sur ordonnance :

Projet ayant pour objectif la promotion et l'utilisation des activités physiques comme outils thérapeutiques performants dans le traitement de certaines maladies et pathologies chroniques. Il se décline en 2 actions :

- Action « Karavan Sport Santé ». Il s'agit de s'intégrer au dispositif déjà existant mis en place par le service municipal Pôle vie locale : La « Karan Santé » et d'y intégrer un éducateur sportif spécialisé en APA afin de mettre en place des séances d'informations et des ateliers de découvertes sur la thématique Sport-Santé.
- Action création d'un « Espace Sport Santé et Bien-être » mis à disposition de la population avec un éducateur spécialisé et proposer des activités physiques diverses pour tout public et principalement pour les personnes souffrant de pathologies chroniques.

Création d'un annuaire/cartographie :

Il s'agit pour l'OMS de recenser sur le territoire Saint-Paulois les différentes pratiques sportives et les lieux de pratiques. Un annuaire à destination des personnes atteintes de pathologies chroniques en priorité mais également aux professionnels de santé afin d'informer leurs patients sur ce qui existe et à quel endroit.

Cet annuaire a pour projet d'être présent sur le site de l'OMS de Saint-Paul, présent dans les salles d'attentes mais également la création d'une application pour mobile.

Labellisation « Sport Santé Saint-Paul »

L'objectif est de créer un label permettant de mettre en avant les associations intégrant une stratégie de sport santé dans leur projet associatif et de garantir pour la population une qualité de pratique. Le label sera attribué suivant des conditions particulières.

Au vue des recommandations nationale et régionale et de ce qui va se faire au niveau local (projet de l'OMS qui est tributaire des subventions municipales pour le

financement et qui à l'heure actuelle n'est qu'un projet) , nous allons implanter et développer le projet d'APA au centre de ces politiques. Un projet initié en 2011 par l'association Saint Paul Handisport.

2. Les moyens utilisés pour décliner les politiques de santé sur le territoire

2.1. L'association : Un moyen pour décliner ces politiques de santé sur le territoire.

2.1.1. Généralités

En quoi le milieu associatif peut contribuer à développer les politiques de santé nationales et régionales en faveur de l'activité physique ?

Une première réponse peut nous être apportée par l'article 1 de la loi n° 2000-627 du 6 juillet 2000 modifiant la loi n° 84-610 du 16 juillet 1984 relative à l'organisation et à la promotion des activités physiques et sportives. Cette loi dit que « *Les activités physiques et sportives constituent un élément important de l'éducation, de la culture, de l'intégration et de la vie sociale. Elles contribuent également à la santé. Leur promotion et leur développement sont d'intérêt général. L'Etat, les collectivités territoriales et leurs groupements, les associations, les fédérations sportives, les entreprises et leurs institutions sociales contribuent à la promotion et au développement des activités physiques et sportives.* »

Les associations peuvent donc être des acteurs importants sur le territoire afin d'amener la population à une pratique de l'activité physique.

En France, sur environ 900 000 associations inscrites, $\frac{1}{4}$ sont des associations sportives et $\frac{1}{4}$ sont des associations dans le milieu sanitaire et social. En moyenne, une association qui est « *la convention par laquelle deux ou plusieurs personnes mettent en commun d'une façon permanente leurs connaissances ou leurs activités dans un but autre que de partager des bénéfices* » (art 1, loi du 1^{er} juillet 1901) a des ressources entre :

- 40 et 45% en subvention.
- 40% à des dons ou cotisations
- 10 à 20% de fonds propres à l'association générés par des activités lucratives.

On remarque donc qu'une association est très dépendante des collectivités. Mais l'avantage de l'association est d'avoir une gestion simplifiée. Son organisation se fonde sur la volonté et l'investissement de ses membres.

Une association attire le plus souvent une population avoisinante de ses actions mais nous pouvons remarquer que le fait de proposer un projet qui n'existe pas ailleurs sur le territoire peut attirer des personnes des villes avoisinantes à condition :

- De proposer une offre régulière et de qualité.
- L'accessibilité à la pratique soit facilitée.

Dans notre contexte, le statut associatif va permettre de toucher plus facilement la population cible et de proposer des activités régulières et de qualité à moindre coût par rapport à une structure privée.

2.1.2. L'association Saint Paul Handisports

L'association porteuse du projet d'APA pour les pathologies chroniques est Saint Paul Handisports situé à Saint-Paul à l'Ouest de l'Ile de La Réunion.

Cette association créé en 2001 a pour objet « *d'organiser des activités, de former des personnes, de promouvoir l'action, de développer le bien-être grâce aux activités physiques et sportives de compétition et/ou de loisirs, ainsi que grâce à des activités socio culturelles, pour les personnes présentant une déficience motrice, visuelle, auditive, mentale ou psychique, les personnes souffrant d'une maladie invalidante, en vue d'aider à leur insertion [...] Cette association est affilié à la Fédération Française Handisport. Elle peut s'affilier à tout autre mouvement en rapport avec ses activités.* » (Titre I, article 2, Statuts Saint-Paul Handisports au 09/05/2013)

Depuis le début du projet en faveur des personnes malades chroniques en 2011, l'association s'est également affiliée à la Fédération Française pour l'Entraînement Physique dans le Monde Moderne (FFEPMM) Sports pour Tous. C'est une fédération multisports proposant des activités physiques adaptées et variées à tous les âges de la vie.

Les activités principales de l'association sont les activités handisports notamment à travers des journées et des séances dédiées au sport pour les adhérents mais également des interventions dans des institutions spécialisées ou dans des écoles et collèges (CLIS et ULIS).

Le tableau 2 définit les activités de l'association et leurs fréquentations.

Tableau 2 : Fréquentation totale entre le 01/09/12 et le 15/12/12.

Source : Rapport assemblée générale du 9 mars 2013, Saint-Paul Handisports

Activités	Fréquentation (nombre de personne)
Sport Santé Bouz A Nou	140
Ecole Sport Handicap MAS/SAMSAH ASFA	308
Ecole Sport Handicap FAM Levavasseur	100
Ecole Sport Handicap IMPro Cambaie	120
Sport et Femme Activité aquatique	147
Accompagnement éducatif (84 élèves)	1176
Ecole Sport Handicap Lundi/Mercredi	977
Tennis	40
Boccia Haut Niveau	60
Total :	3068

Après avoir décrit la structure qui va être porteuse du projet répondant à notre problématique, nous allons porter notre attention sur l'outil qui va nous permettre de favoriser la santé chez les personnes atteintes de pathologie chronique c'est-à-dire sur l'activité physique. En quoi l'AP est-elle un remède efficace pour favoriser la santé ? Qu'est-ce que l'AP, APA ? Particularité de l'AP sur les maladies chroniques

2.2. Activités Physiques, Activités Physiques Adaptées et pathologies chroniques.

Comme nous avons pu l'identifier dans la partie 1.3, le retentissement d'une ou plusieurs maladies chroniques sur un individu implique chez ce dernier une difficulté à assurer les gestes de la vie quotidienne, il peut également avoir des impacts sur la vie sociale de l'individu, son insertion dans le monde professionnel, sa santé mentale, etc.

L'Activité Physique Adaptées (APA) va dans ce contexte être l'outil privilégié pour améliorer ces difficultés et contribuer à une meilleure autonomie de la personne malade.

Il nous semble important en ce début d'analyse de bien définir ce que sont les APA, par qui et dans quel but interviennent-ils ici dans le cas des pathologies chroniques.

2.2.1. Quelques définitions

Au préalable intéressons-nous à l'activité physique qui « *au sens large inclut tous les mouvements effectués dans la vie quotidienne et ne se réduit pas à la seule pratique sportive. Les principales caractéristiques d'une activité physique donnée sont l'intensité, la durée, la fréquence et le contexte dans lequel elle est pratiquée.* » (OPPERT J-M, SIMON C, RIVIERE D, GUEZENNEC C-Y, 2005). L'AP est également décrite comme tout mouvements corporels produits par la mise en action des muscles squelettiques et entraînant une augmentation de la dépense énergétique au-dessus du métabolisme de repos. Cette activité peut être pratiquée lors des transports ; des activités domestiques ; des activités de loisirs, structurée ou non ; des activités occupationnelles (cadre professionnel, scolaire ou bénévole).

Nous pouvons séparer chez un individu le comportement sédentaire d'un comportement inactif. Nous définirons le comportement sédentaire comme étant une situation d'éveil caractérisée par une dépense énergétique sup ou égal 1.5 METs en position assise ou allongée. Le terme inactif, identifie les individus ayant un niveau insuffisant d'activités physiques d'intensité modérée à intense, c'est-à-dire n'atteignant pas le seuil d'activités physiques recommandées. (TREMBLAY M et al, 2012)

Favoriser la pratique d'une activité physique c'est **agir sur la sédentarité et l'inactivité physique** de la personne et modifier son mode de vie sédentaire caractérisé par trop d'activités sédentaires et pas assez d'activités physiques dans un but, ici, de palier aux effets néfastes de la maladie, de retrouver une autonomie dans la pratique et de diminuer la prise de médicaments.

De plus, au niveau de l'individu, **l'AP est un facteur d'épanouissement personnel**. C'est pour le plaisir que les Français choisissent de pratiquer un sport (89%), les bénéfices pour la santé ne viennent qu'au second rang des motivations (72%) et maigrir n'est que l'objectif de 15% des français. (INSEE, 2001)

Nous parlerons **d'Activités Physiques Adaptées** à partir du moment qu'une activité physique va devoir prendre en compte les aptitudes et les motivations de chacun répondant à des besoins spécifiques empêchant ces individus de pratiquer l'activité physique dans des conditions ordinaires.

Le public ciblé dans notre problématique sont les personnes présentant des pathologies chroniques et donc ayant des besoins spécifiques c'est pourquoi nous aurons à faire à des APA.

Nous allons voir dans notre problématique que les APA vont être l'outil utilisé afin de satisfaire à notre objectif général du programme qui est l'autonomie de la personne. Nous pouvons définir l'autonomie comme le Dr Jaeger l'a défini : *« La dimension physique de la perte d'autonomie comporte une incapacité partielle ou totale de satisfaire ses propres besoins physiques fondamentaux ainsi que d'accomplir les tâches ordinaires de la vie quotidienne. Selon son étymologie, le terme autonomie suggère l'idée d'autodétermination. Au plan psychologique, la perte de l'autonomie découle d'une détérioration de l'identité personnelle avec, pour principales manifestations, des modifications du comportement, telles que l'acceptation complaisante des décisions des autres, la diminution de l'initiative, l'apparition d'une attitude de plus en plus aphasique jusqu'à un abandon du désir de vivre »* (JAEGER C, ATTIQUI P, 1991)

2.2.2. Recommandation en matière d'Activités Physiques

L'inactivité physique est responsable de la charge de morbidité de nombreuses pathologies chroniques (Diabète de type 2 : 7% ; Maladie coronarienne : 6% ; Cancer du sein : 10%...) C'est-à-dire ici que 7% des personnes atteintes de diabète de type 2 pourraient être éliminées si les personnes inactives devenaient actives. Il en est de même pour les maladies coronariennes et cancer du sein cités ci-dessus.

L'apport de l'activité physique pour la santé n'est plus à démontrer, de nombreuses études prouvent ces effets bénéfiques sur la santé. Nous pouvons nous référer notamment à l'expertise collective réalisée par l'INSERM sur l'« activité Physique contexte et effets sur la santé ».

Dans la problématique, nous ciblons un public adultes c'est pourquoi nous allons nous référer aux recommandations faites par l'OMS sur la tranche de la population adulte. Il est préconisé pour les adultes âgés de 18 à 64 ans de pratiquer au minimum 150 minutes d'activité d'endurance d'intensité modérée par semaine ou au moins 75 minutes d'activité d'endurance d'intensité soutenue ou une combinaison des deux activités. Cette activité d'endurance devrait être pratiquée par période d'au moins 10 minutes. Afin de compléter ses recommandations et pour en tirer plus de bénéfices, l'activité d'endurance devrait atteindre 300 minutes par semaine pour une intensité modérée et 150 minutes par semaine pour une intensité soutenue ou une combinaison équivalente des deux activités. Pour terminer, la sollicitation des principaux groupes musculaires devraient être pratiqués au moins deux jours par l'intermédiaire d'exercices de renforcement musculaire. (OMS, 2010)

Pour répondre à ces recommandations, il est préférable pour ce public présentant des besoins spécifiques, de pratiquer des activités adaptées. Il est également recommandé de ne pas pratiquer seul et de faire appel à un professionnel en APA afin d'intégrer les bases d'une activité en toute sécurité et bénéfique pour la santé.

2.2.3. Activités Physiques Adaptées et prise en charge

La prise en charge en APA doit être raisonnée, planifiée, personnalisée. Elle doit faire l'objet d'un suivi individualisé dans un milieu et dans des conditions sécuritaires afin de contribuer au maintien et à l'amélioration de la santé des individus. Comprendons ici la santé comme l'OMS l'a défini en 1946 « *La santé étant un complet état de bien-être physique, social et mental contribuant pas uniquement en l'absence de maladies.* »

Avec les APA, nous allons donc chercher à agir sur les trois composantes (physique, sociale et mentale) au travers d'un projet de promotion de l'activité physique.

Pour pouvoir proposer des séances d'APA de qualité, en toute sécurité et être en règle vis-à-vis de la législation, l'encadrement de ces activités adaptées doit être réalisé par du personnel qualifié APA. Nous insisterons donc sur des professionnels provenant de la filière « Science et Technique des Activités Physiques et Sportives » mention « Activité Physique Adaptée et santé » (STAPS APA). Cette formation donne le droit à une carte professionnelle inscrite au Répertoire Nationale des Certifications Professionnelles (RNCP) permettant d'enseigner les APA. Le détenteur de cette carte professionnelle *« a pour vocation de participer à la conception, la conduite et l'évaluation de programmes, de Réadaptation et d'Intégration par l'Activité Physique Adaptée auprès de groupes de personnes relevant des catégories suivantes : troubles fonctionnels et métaboliques, troubles sensoriels et moteurs, troubles du comportement et de la personnalité, déficiences intellectuelles, inadaptation sociale, troubles liés au vieillissement, maladies chroniques ou létales... »* (Fiche RNCP) (Annexe 7)

Pour ses activités, l'association Saint-Paul Handisport fait appel à des professionnels niveau Licence et Master STAPS APA notamment pour l'encadrement des activités Sport-Santé.

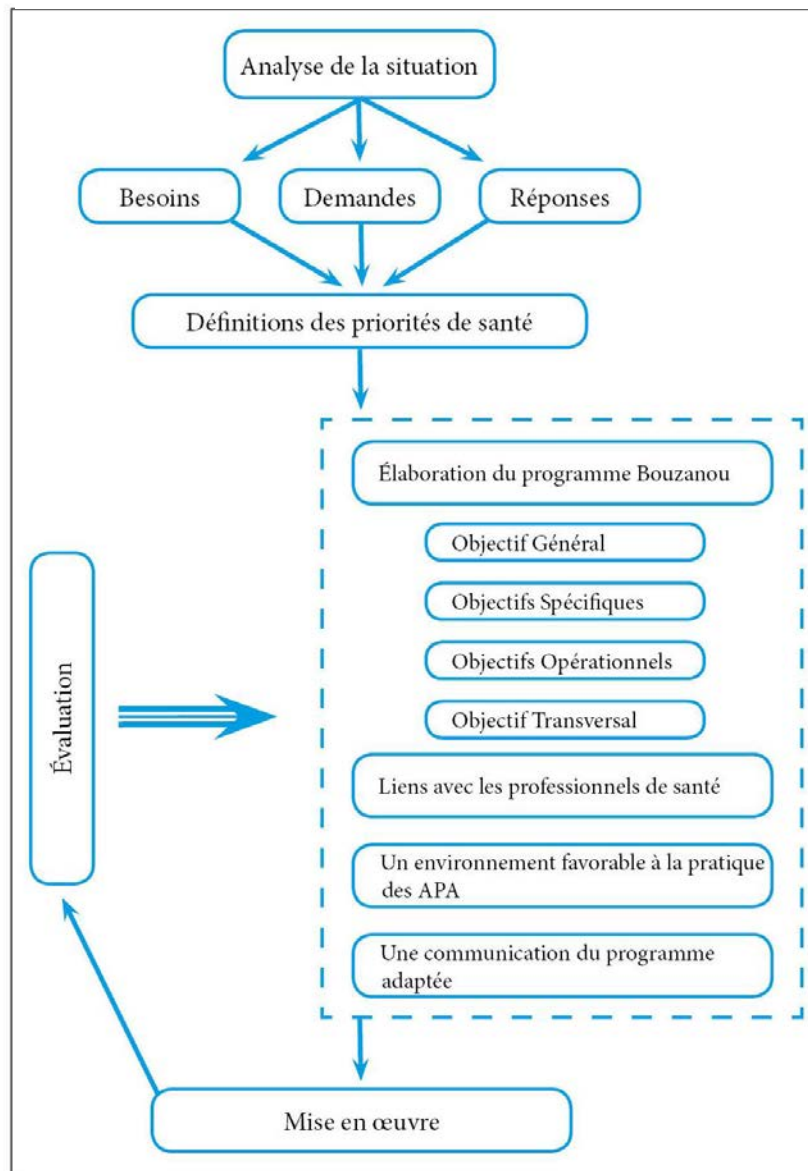
Mis à part l'encadrement des activités, comment construire un projet associatif cohérent avec l'offre actuelle devant répondre aux recommandations nationales et régionales et aux besoins du public, afin de favoriser la pratique d'APA à des personnes présentant une ou des pathologies chroniques sur le territoire Réunionnais ? Pour répondre à cette question nous allons maintenant rentrer dans la méthodologie et la mise en place concrète du projet.

3. La méthodologie de projet au service de l'association

3.1. Présentation de la stratégie méthodologique

La figure 2 présente la stratégie méthodologique que nous allons utiliser pour tenter de répondre le plus précisément possible à la problématique.

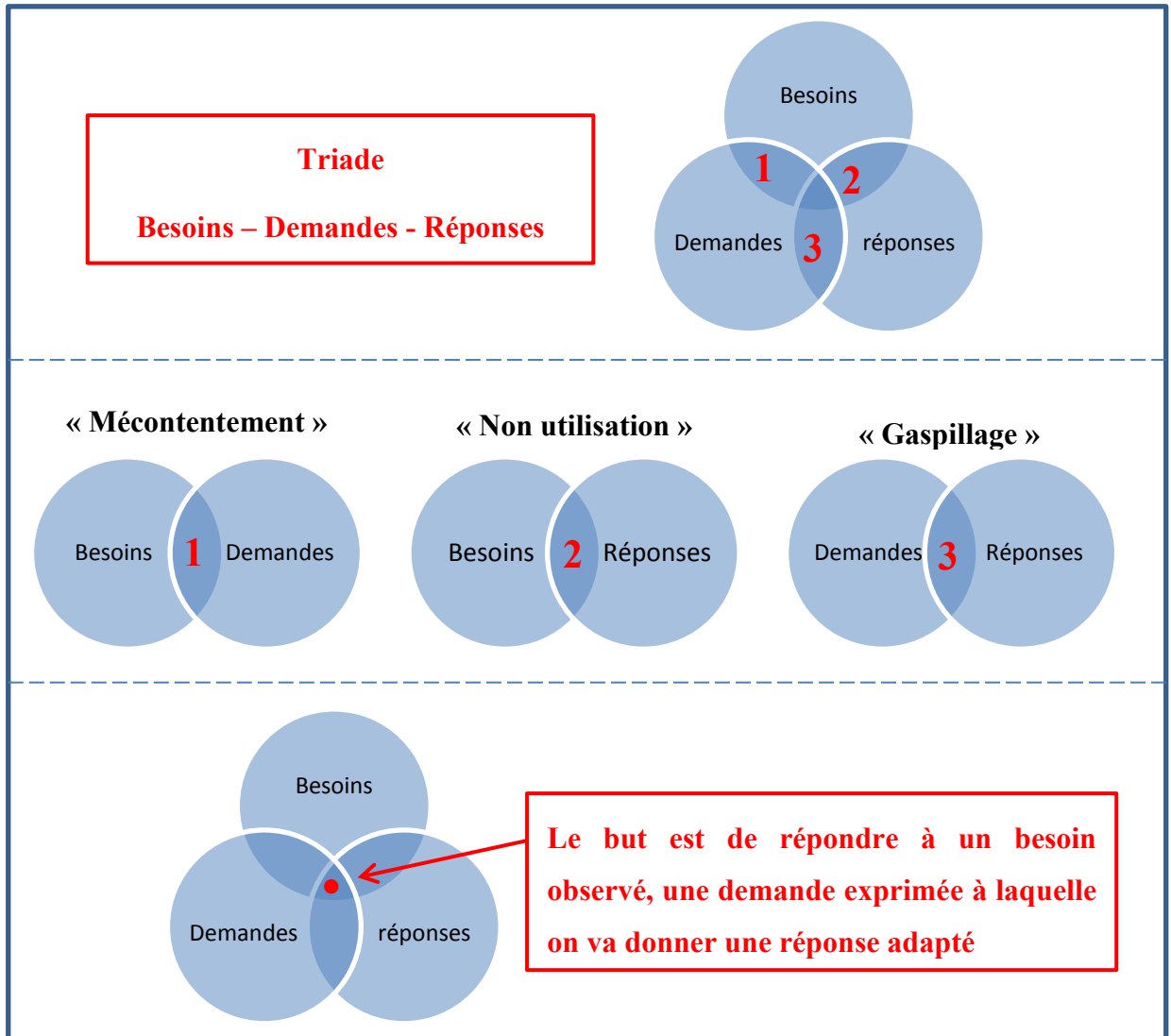
Figure 2 : Stratégie méthodologique, projet Bouzanou



3.2. Analyse de la situation

Avant de monter un projet, il convient d'étudier sa viabilité sur le territoire où nous voulons l'implanter, sinon il est voué à l'échec. Pour analyser la situation nous utiliserons la méthode de la triade Besoins-Demandes-Réponses. (Figure 3)

Figure 3 : Triade Besoins - Demandes - Réponses



3.2.1. Besoins

Dans la réalisation d'un projet, en termes de santé, les besoins reflètent l'expression d'un écart entre un état de santé donnée et un état souhaitable. Il ne faut pas confondre les besoins objectivés des besoins exprimés par la population. En effet les besoins

exprimés par la population sont ceux que nous classerons dans la demande. Les besoins objectivés sont les besoins qui sont mis en évidence de manière subjective, c'est-à-dire par des études, enquêtes, données existantes.

Pour nous aider dans notre analyse, nous pouvons nous appuyer sur l'épidémiologie. *« L'épidémiologie est la science qui étudie la distribution, la fréquence et les déterminants des maladies, des blessures ou de tout autres problèmes de santé auprès d'une population. L'épidémiologie tente de décrire les différents facteurs (biologiques, environnementaux, modes de vie, soins de santé) qui influencent la santé en recherchant les causes et/ou les interventions efficaces »* (AFSSET, 2006). L'épidémiologie va nous permettre de mettre en évidence sur le territoire les besoins de santé de la population de manière objective.

Nous retrouverons les données et les caractéristiques des besoins dans la partie contexte de ce mémoire. Nous comprendrons donc bien qu'il existe sur le territoire Réunionnais un réel besoin en termes de santé envers les maladies chroniques et principalement le diabète, le surpoids et les maladies cardio-vasculaires.

Un projet ne prenant pas en compte ces besoins est un projet que l'on peut qualifier de « gaspillage » puisqu'il va demander de l'investissement humain, matériel et financier qui n'aura pas une utilité particulière en termes de santé.

3.2.2. Demande :

La demande correspond aux besoins exprimés par la population. Cet aspect de la triade prend en compte directement l'individu. Il s'agit d'aller directement à l'écoute de la population, d'observer, de questionner les individus sur le territoire auquel le projet veut s'implanter. Pour récolter ces informations, de nombreux moyens existent tels que des questionnaires à remplir, des boîtes à idées placées chez des médecins, des formulaires sur internet, par mail, par téléphone, via les réseaux sociaux, des questionnaires directs sur voie public, etc.

Tous ces outils ont leurs inconvénients et leurs avantages. En ce qui nous concerne, nous voulons cibler une partie de la population présentant des pathologies chroniques. Il n'est donc pas judicieux d'envoyer des questionnaires à toute la population ou

d'interroger des personnes au hasard dans la rue. Comme évoqué dans le contexte, la part de la population auquel nous nous intéressons n'a pas forcément un accès régulier aux technologies de l'information et de la communication tel qu'internet. De plus, en tant qu'association, nous n'avons pas un budget suffisant pour pouvoir envoyer des courriers, passer des appels, réaliser des questionnaires de grandes ampleurs.

La solution la plus probante est donc d'aller voir directement les acteurs de santé qui sont en relation avec cette part de la population et de les utiliser comme intermédiaires pour faire passer un questionnaire. L'idée est également de passer par des réseaux de santé proposant de l'ETP.

Par manque de temps et d'un retour des professionnels qui ne veulent pas trop solliciter leurs patients, nous n'avons pas eu l'occasion de mettre en place de questionnaires. La solution prise pour établir le plus précisément possible cette demande est donc des entretiens avec quelques principaux acteurs de santé (médecins généralistes sur Saint Paul, ARS Océan Indien, IREPS, OMs de Saint-Paul) qui sont en lien direct avec ces personnes et vont nous transmettre ce qu'ils entendent le plus souvent.

Suites à ces entretiens, nous retenons plusieurs remarques :

- Il existe une demande d'activités physiques de la part de la population
- Méconnaissance des lieux et des structures de pratique
- Méconnaissance de leur maladie
- Des aprioris sur le sport et l'activité physique (le sport fatigue le corps...)
- La notion de coût de la pratique sportive

Sans la donnée sur la demande réelle, et si celle-ci n'est pas existante alors le projet est voué à de la « non-utilisation » de la part de la population car celui-ci ne correspondra pas à son attente et elle n'ira donc pas consommer le produit.

3.2.3. Réponses

- **Identification de l'existant sur le territoire**

Le projet se doit de s'inscrire et d'aller dans le sens de l'existant. Il faut donc aller à la rencontre des personnes proposant déjà sur le territoire donné un projet concernant

l'activité physique et les pathologies chroniques. Cela permet notamment de prendre en compte ce qui fonctionne réellement et de repérer les éventuelles failles dans le système. Il serait alors intéressant de les combler pour réussir à avoir un projet constructif et attirant vis-à-vis de la population.

Au niveau du territoire Réunionnais, 241 structures disent développer des activités de sport santé et/ou des activités physiques adaptées. (HOAREAU J-R, 2012) :

- 176 structures dans le domaine du sport-santé.
- 26 structures dans le domaine de l'handisport et sport adapté.
- 39 structures dans le domaine sanitaire et médico-social, associations de prévention.

Toujours dans la même enquête, on remarque que sur les 70 structures questionnées, 37 ont dû refuser du public en 2012 par manque d'encadrement et/ou d'équipement.

Au niveau de la formation des encadrants salariés dans le domaine sport-santé et APA, nous remarquons que 22 salariés sur les 124 recensés doivent acquérir une qualification pour leur emploi (complément lié handicap, BP JEPAS APT, Master APA). Plus de 17% des salariés ne sont pas qualifiés au diplôme requis pour pouvoir intervenir, ce qui représente un risque accru lors de l'encadrement de ce public spécifique. De plus, on dénombre 11 salariés disposant soit d'une licence STAPS APA soit d'un Master STAPS APA sur les 124 recensés (Annexe 8). Au niveau des intervenants extérieurs qui vont pratiquer dans les structures, le bilan est encore plus alarmant. 3 intervenants sur les 59 ont une qualification licence ou Master STAPS APA (Annexe 9).

Nous remarquons principalement que l'accent est mis sur la prévention et moins sur l'APA.

Nous pouvons faire un bilan des structures existantes qui traitent des maladies chroniques. Il est intéressant de les connaître pour proposer aux personnes en fin de prise en charge médicale de venir s'inscrire dans un programme d'APA. Le tableau 3 récapitule les principaux centres et principales structures proches/ou à Saint Paul étant susceptibles de nous intéresser.

Tableau 3 : Liste non exhaustive des structures de soins accueillant des malades chroniques proches de Saint-Paul.

Nom de la structure	Public accueilli	Fonctionnement	Contacts
Clinique Omega (Etablissement de santé privé)	IMC > ou = 30 Obésité avec situation complexe Pathologies nutritionnelles (dénutrition) ou métaboliques (diabète)	Hospitalisation de jour sur deux semaines ou plus. Programme avec différents ateliers (cuisine, sport, vie pratique...) Staff pluridisciplinaires	6 rue Simon Pernic ZAC Mascareignes 97420 Le Port Tél. : 0262 420 430 Fax : 0262 57 63 93 cliniqueomega@cliniqueomega.com http://www.cliniqueomega.com /
Centre Ylang Ylang (centre de rééducation et de réadaptation privée)	Pathologies neurologiques, de l'appareil locomoteur, pathologies diverses (reconditionnements à l'effort, diabète...)	Hospitalisation complète ou de jour, travail sur la diététique, neuropsychologie, sport, kiné...Equipe pluridisciplinaire	Rue Alsace-Lorraine B.P. 325 97828 Le Port Cedex Secrétariat médical: Tél. 02 62 54 99 78 / 02 62 54 99 50 Fax. 02 62 42 89 88
Clinique des Tamarins (soins de suite et rééducation fonctionnelle)	Rééducation neurologique, locomotrice, post-traumatique	Hospitalisation de jour et complète. Travail avec médecins rééducateurs, généralistes, kinés, moniteurs sportifs, psychologue...	1/2 rue Simon Pernic BP 41 007 97 826 LE PORT CEDEX Téléphone : 02 62 45 85 00 Fax : 02 62 45 85 10 www.clinique-tamarins.fr

Nous nous intéressons ensuite aux réseaux de santé et aux programmes d'éducation thérapeutiques du patient. Ceux-ci peuvent également être intéressants à contacter pour les intégrer dans le programme afin qu'ils viennent faire quelques interventions et/ou proposer à leurs adhérents d'intégrer un programme en APA en parallèle de leurs séances d'ETP ou d'informations. (Tableau 4)

Tableau 4 : Liste des organismes proposant des programmes d'ETP autorisés dans l'Ouest de La Réunion pour les adultes (hors addictologie, schizophrénie)

Nom des réseaux de santé ou des programmes ETP	Description	Contact
RéuCARE (Réseau de prévention du risque cardiovasculaire et rénal. ETP, Santé des artères pour les patients à risque cardiovasculaire et rénal	Prévenir le risque cardio-vasculaire et rénal. Mettre en place des bonnes habitudes de vie adaptées à leur situation. Trouver des réponses à leurs besoins en les orientant vers les ressources appropriées. Séances d'ETP de groupe gratuites.	RéuCARE, 97 rue Bois-de-Nèfles 97400 Saint Denis Tèl : 02.62.20.26.32 /06.93.91.92.50 Fax : 02.62.20.12.69 reucare2@wanadoo.fr
Maison du diabète de la Réunion	Lieu d'accueil, rencontre, informations, communication. Informer et éduquer les patients diabétiques sur toute l'île. Informer et dépister le diabète. Atelier ETP par petits groupes (diététique, infirmiers et activité physique théorique)	Maison du diabète 16bis ruelle Lacordaire 97400 Saint-Denis 02.62.20.31.20 ass.saed@wanadoo.fr
ETP du patient diabétique adulte au CHGM	Adultes	directeur@ch-gmartin.fr
ETP insuffisance rénale chronique par l'AURAR	Adultes	slege@aura-run.com
ETP, Troubles nutritionnels, AURAR	Adultes	siege@aurar-run.com

En ce qui concerne la pratique d'une activité physique adaptée, en dehors d'une prise en charge médicale, il existe peu de structures ou d'associations qui proposent des APA pour des personnes atteintes de pathologies chroniques de manière régulière sur la commune de Saint Paul et aux alentours. (Nous entendons ici une à plusieurs fois par semaine et encadré par un professionnel qualifié en APA). Le tableau 5 dresse la liste de ces structures.

Tableau 5 : Liste non exhaustive d'associations proposant des APA pour les personnes malades chroniques sur Saint-Paul et alentours.

Nom de l'association	Description	Contact
APERF (Activité Physique, Prévention, Education, Recherche et Formation)	Association proposant de l'activité physique pour les maladies cardio-vasculaires et respiratoires, diabète et obésité.	APERF BP 159 97492 Sainte Clotilde Tél : 02.62.48.29.37 / 06.92.68.34.34 aperf@orange.fr
ASEC Natation	APA en piscine pour les personnes en surpoids ou diabétiques, qui souhaitent améliorer ou préserver leur santé par l'activité physique. Programme nagez forme santé (aquasanté)	Diane Baillieux 43 boulevard du Front de mer BP 10 077 97862 Saint Paul CEDEX 06.92.36.01.02
Association Diabète Nutrition	APA pour personnes diabétique sur toute l'île. Peu d'activités dans l'OUEST mais très fort développement	Philippe Doki Thonon 14 Boulevard Doret 97400 Saint-Denis 02.62.94.77.00 contact@adn974.re
Saint Paul Handisport	Activités Handisports (boccia, sarbacane, tennis...) projets sport-santé pour les maladies chroniques « Bouz a nou sa ki fo »	Noël THOMAS 4 impasse des Emeraudes 97460 Plateau Caillou stpaulhandi@handireunion.org 06.92.61.25.68

Nous pouvons donc remarquer qu'il n'existe pas une multitude de structures proposant des activités physiques adaptées et qu'il est nécessaire de compléter ces réponses afin de toucher une plus grande partie de la population. Si une réponse n'est pas apportée à une

population présentant des besoins spécifiques et ayant une demande sur ces besoins alors nous parlerons de « mécontentement » de la part de cette population.

- **Zoom sur le projet Bouz a nou Sa ki fo**

Pour illustrer nos propos nous allons prendre appui sur le projet « Bouz a nou Sa ki fo » mis en place par l'association Saint-Paul Handisports sur l'île de La Réunion. Nous apporterons à l'existant une plus-value.

L'origine du projet

Le projet Bouzanou a été mis en place par Matthieu DE PALMA en 2011, ex responsable sportif de l'association Saint-Paul Handisports. En parallèle des activités principales de l'association, il y a eu une volonté du responsable sportif de proposer une prestation de qualité en matière d'activité physique régulière et adaptée aux différentes personnes souffrant de pathologies chroniques. Cela en partant de l'observation et du constat que l'île de La Réunion était particulièrement touchée par les maladies chroniques.

Le projet ayant pour ambition, à l'origine, de proposer des activités physiques adaptées à but de santé pour les personnes âgées et/ou présentant des pathologies chroniques de la région Ouest de l'île. Cela, en partenariat avec l'ASEC Natation afin de permettre une offre horaire plus large pour permettre aux usagers une régularité plus importante dans la pratique.

Des salariés qualifiés (Master STAPS APA et BEESAN + formation « Nagez FORME santé »), concevront, organiseront, animeront et évalueront les séances d'activités physique et d'éducation pour la santé.

L'objectif étant que les personnes bénéficiaires du projet deviennent progressivement autonomes dans leurs pratiques physiques et modifient leur comportement sédentaire de manière durable, cela afin d'améliorer leur qualité de vie et de réduire l'incidence de leurs pathologies chroniques.

Bouzanou a également été présenté au jury régional « Fais nous rêver ». Le projet a terminé deuxième avec pour principale critique qu'il n'y avait pas de suivi après la participation des personnes au programme bouzanou.

Un premier bilan du projet

Après 6 mois de fonctionnement, début février nous pouvons établir un premier bilan sur les activités menées dans le cadre du projet. Ce bilan est présenté dans le tableau 6.

Tableau 6 : Bilan début février des activités Bouzanou (Prévu/Réel)

Prévu	Réel
Deux séances de réentraînement à l'effort par la marche/semaine (8 personnes maximum par séance)	Une séance de réentraînement à l'effort par la marche/sem (6 personnes régulières)
Deux séances de renforcement musculaire aquatique/sem (8 personnes maximum par séance)	Une séance de renforcement musculaire aquatique/sem (4 personnes régulières)
Un créneau d'éducation à la santé	/
Réalisation d'un livret de suivi	Réalisation d'un livret de suivi (Annexe 10)
Liens avec partenaires et professionnel de santé	Peu de liens (Réucar)
Communications	/

Afin de répondre à la problématique nous reprendrons l'exemple avec le développement du projet BOUZANOU à partir de la première phase de projet.

3.3. Définition des priorités de santé

La définition des priorités de santé fait suite au diagnostic et à la triade Besoins-Demandes-Réponses. Ces priorités de santé vont permettre par la suite d'écrire nos objectifs afin qu'ils soient cohérents avec le projet initial.

La triade fait ressortir l'importante part de la population présentant des maladies chroniques. Si nous reprenons les points alarmant sur la situation Réunionnaise, il y a 17.7% de diabète chez les adultes entre 30 et 69 ans. 15% des adultes (plus de 18 ans) présentent une hypertension artérielle. 75% de la population n'atteint pas les repères du PNSS en matière d'activité physique et 31 % ne font jamais ou rarement d'activités physiques. Il y a donc un fort besoin d'aide à la santé pour la population. En ce qui concerne les demandes, la population est demandeuse d'AP mais elle ne sait généralement pas : où s'adresser, le coût des prestations, l'aide pour l'accompagnement de sa démarche, et le transport est un réel problème. Il existe des offres en APA à Saint-Paul et dans les environs mais l'offre n'est pas suffisante et le plus souvent n'est ni régulière ni encadrée par des intervenants qualifiés.

Dans notre cas, nous retrouvons alors comme priorités de santé :

- i. Prévenir et limiter les pathologies chroniques par l'intermédiaire des APA.
- ii. Accompagner la personne dans une démarche d'APA régulière en autonomie.

Pour répondre à nos priorités de santé, nous allons séparer notre méthodologie en plusieurs parties pour bien mettre en évidence les différents points du projet. Nous retrouvons quatre parties distinctes :

- Elaboration du programme Bouzanou
- Liens avec les professionnels de santé
- Un environnement favorable à la pratique des APA
- Une communication du programme adapté

3.4. Elaboration du programme Bouzanou

Un programme dans le sens où nous l'entendons ici est un « *ensemble des projets, des intentions d'actions de quelqu'un, d'un groupe, d'un parti politique, etc* » (Larousse, 2013). C'est un document qui va servir de référence pour la mise en place des actions afin d'arriver aux objectifs qui ont été fixés. La réalisation d'un programme est donc

importante pour clarifier ce qui va être réalisé concrètement dans le projet Bouzanou. De plus, la création d'un programme clair et complet est un gage de qualité du projet.

Le programme va permettre de répondre aux priorités de santé que nous avons établie précédemment. Pour y répondre, il faut que la population concernée adhère au programme et il faut comprendre les déterminants de l'activité physique. Ces déterminants sont de plusieurs ordres : (Figure 4)

- Individuels
- Interpersonnels
- Environnement
- Politique nationale ou régionale
- Général

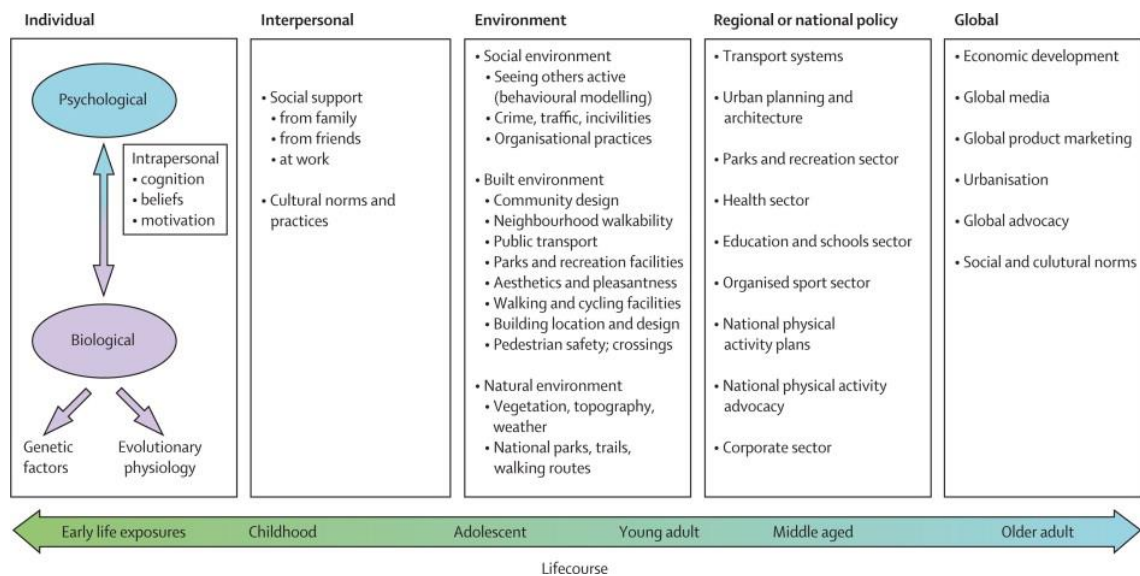


Figure 4 : Adapted ecological model of the determinants of physical activity (Bauman et al. Lancet, 2012)

La pratique et le niveau d'activité physique chez un individu dépend donc de nombreux facteurs que nous allons prendre en compte dans l'élaboration du programme (âge, sexe, plaisir, transport, horaire, lieu, culture, etc)

3.4.1. Objectif Général

L'objectif général est la finalité à atteindre dans notre programme. Il est en relation direct avec nos priorités de santé. C'est cet objectif qui va caractériser ce que le programme va permettre de faire, auprès de quel public, en combien de temps et les résultats attendus.

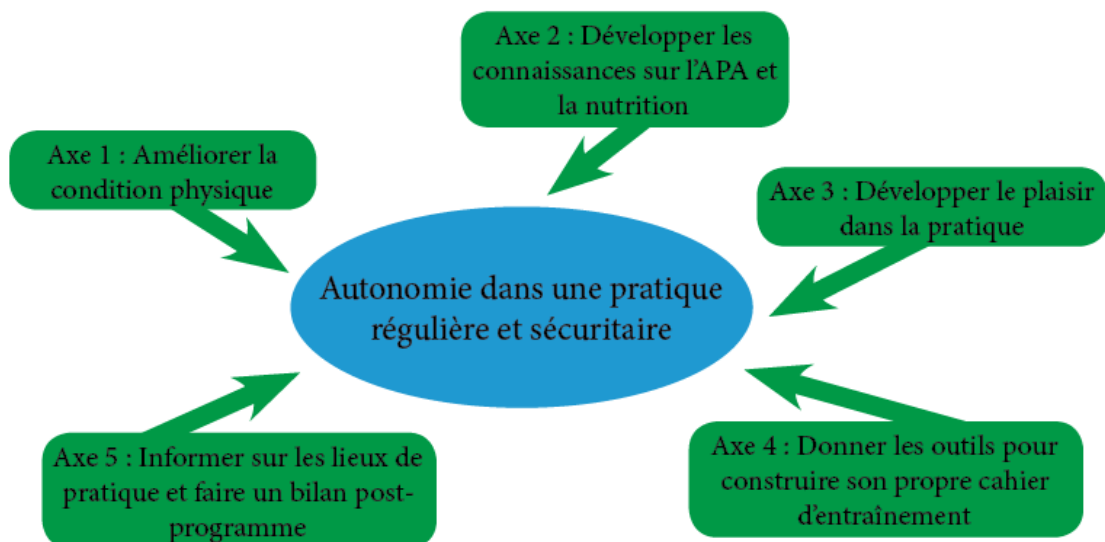
Nous définirons donc ainsi notre objectif général : « **Suite au programme d'un an de bouzanou, 80% des adhérents pratique une Activité Physique régulière au sein d'une association ou au moins 2 fois par semaine en autonomie.** »

Pour atteindre cet objectif général nous allons devoir nous intéresser à différents aspects qui sont repris par les objectifs spécifiques à raison de cinq objectifs.

3.4.2. Objectifs Spécifiques

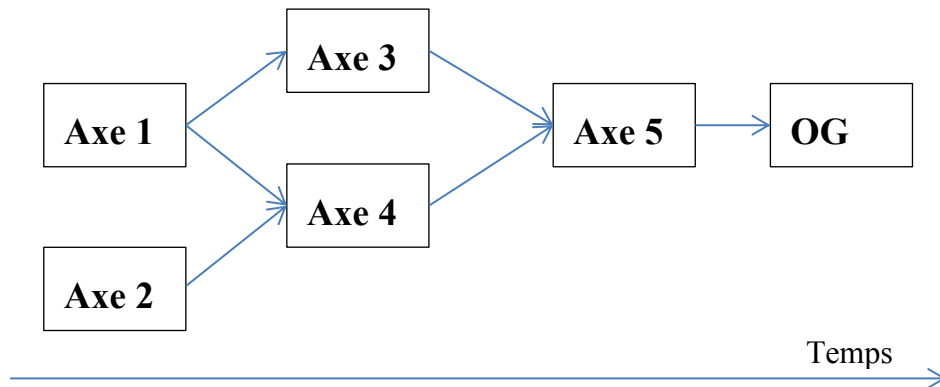
Les objectifs spécifiques que l'on peut appeler également objectifs stratégiques ou intermédiaires vont permettre de contribuer à la réussite de l'objectif général. Dans notre problématique, ils sont à hauteur de cinq. (Figure 5)

Figure 5 : Les objectifs Spécifiques du programme Bouzanou



Nous repérons une certaine chronologie dans ces objectifs spécifiques (figure 6)

Figure 6 : Chronologie des Objectifs Spécifiques



Nous remarquons dans cette chronologie que l'amélioration de la condition physique (Axe 1) peut être travaillée en parallèle du développement, des connaissances sur l'APA et de la nutrition (Axe 2) puisque ces deux objectifs n'ont pas de relations directes. Ils traitent tous les deux de la problématique de l'Activité Physique mais l'un n'induit pas l'autre. Par contre, le développement du plaisir dans la pratique (Axe 3) ne peut se faire qu'après avoir amélioré en partie sa condition physique (Axe 1). L'Axe 4, quand à lui, a pour objectif de donner les outils pour construire ses propres séances d'APA. Il implique une avancée certaine dans l'accomplissement de l'axe 1 et de l'axe 2 puisqu'il va reprendre les bases de ces objectifs, et va s'appuyer sur ses fondements pour mettre en place ces apprentissages. Pour terminer, l'axe 5 arrive à la fin du programme et quelques mois après le programme. Il n'est pas lié directement à un apport de connaissances sur l'AP ou sur de la pratique, il fait plus état d'un suivi individualisé sur la poursuite de l'AP après la participation au programme Bouzanou.

3.4.3. Objectifs Opérationnels

Ce sont les objectifs Opérationnels qui vont concrètement mettre en place le projet. Ils sont directement la mise en application de l'action en fonction des objectifs spécifiques.

Pour chaque objectif spécifique, nous avons définis deux à quatre objectifs opérationnels (tableau 7). Chaque objectif opérationnel fera par la suite l'objet d'une fiche spécifique qui permettra sa réalisation.

Tableau 7 : Les objectifs spécifiques du programme Bouzanou

OG : « Suite au programme d'un an de bouzanou, 80% des adhérents pratique une Activité Physique régulière au sein d'une association ou au moins 2 fois par semaine en autonomie. »	
OS.1 : Améliorer de 20% la condition physique du pratiquant entre le début et la fin du programme	OO.1.1 : Evaluer la condition physique de l'adhérent au début, au milieu et à la fin du programme par l'intermédiaire du test de 6 minutes.
	OO.1.2 : Mettre en place trois séances d'une heure par mois de réentraînement à l'effort par la marche.
	OO.1.3 : Mettre en place une séance d'une heure par semaine de renforcement musculaire aquatique.
OS.2 : Développer les connaissances et faire évoluer les représentations sur la nutrition (activité physique et alimentation)	OO.2.1 : Identifier les représentations et les connaissances des pratiquants sur la notion d'Activité Physique et alimentation par le biais d'entretiens et d'enquêtes.
	OO.2.2 : Durant l'année, proposer quatre séances d'une heure d'informations et d'éducation pour la santé sur l'alimentation, l'activité physique et lien entre alimentation et activité physique.
OS.3 : Améliorer le bien-être et encourager la pratique plaisir d'une activité physique régulière.	OO.3.1 : Mettre en place une séance par mois d'activités variées sur la base de la marche (orientation, marche pleine nature, relais, etc)
	OO.3.2 : Intégrer dans les séances de réentraînement à l'effort par la marche 30 minutes de travail sur la représentation de soi, relaxation et développement du schéma corporel. (respiration,

	souplesse, auto-massage, etc)
OS.4 Donner au pratiquant les moyens de construire ses propres séances d'APA afin de l'amener dans une pratique autonome et sécuritaire	OO.4.1 : Pour la marche et les séances en piscine, proposer à l'adhérent dès la cinquième séance de choisir ses exercices parmi un choix de 2 à 3 exercices types.
	OO.4.2 : A la fin du programme, accompagner l'adhérent dans la mise en place de ses propres séances de marche et de piscine.
	OO.4.3 : Aider le pratiquant à identifier ses forces et ses faiblesses afin d'adapter sa pratique.
OS.5 Informer les pratiquants sur les différentes structures existantes ainsi que les différentes disciplines et faire un bilan de leurs pratiques après le programme Bouzanou	OO.5.1 : Proposer une séance en fin de programme pour présenter l'existant.
	OO.5.2 : Deux mois après le programme bouzanou contacter les personnes et faire un bilan de leurs pratiques actuelles.

3.4.4. Objectifs transversals

L'instauration d'un objectif transversal dans le programme va nous permettre de ne pas surcharger les OS d'un aspect que l'on pourrait retrouver dans la majorité des OO. Ils recouvrent en effet différents points opérationnels du programme et se déclinent en un document unique. Le tableau 8 reprend cet objectif transversal.

Tableau 8 : L'Objectif transversal du programme Bouzanou

OG : « Suite au programme d'un an de bouzanou, 80% des adhérents pratique une Activité Physique régulière au sein d'une association ou au moins 2 fois par semaine en autonomie. »	
Objectif transversal	Réalisation et proposition d'un cahier de suivi en APA, reprenant les différents items abordés lors du programme (panel d'exercices à réaliser, conseil sur la pratique sécuritaire, note sur les cours de nutrition, suivi des séances, etc)

3.5.Liens avec les professionnels de santé

L'article L1111-2 du code de la santé publique indique que les patients ont le droit d'être informés sur leur état de santé. Cette information concerne les traitements ou les actions de prévention, leurs conséquences ainsi que les risques qu'ils comportent et également les autres solutions thérapeutiques possibles.

Il est alors en partie du ressort des professionnels de santé et des médecins en particulier de dispenser des conseils sur l'intérêt de l'activité physique. Mais nous remarquons qu'ils sont très peu à prescrire l'AP (LAURE P, 2007).

Les médecins généralistes ont une place privilégiée pour donner des conseils sur l'AP à leurs patients et les rediriger vers les services adéquats. Les recommandations du médecin vont également compléter l'information qui est transmise à la population par l'intermédiaire de la famille, des amis, des médias...

La prédisposition du médecin à conseiller ses patients est également corrélée avec son expérience propre. Les médecins actifs semblent être plus aptes à partager leurs passions et à donner plus d'importance à l'AP dans leurs consultations. Mais bien que la plupart des médecins donnent une valeur thérapeutique et se montre prêt à donner plus d'importance à l'activité physique, le manque de structure prenant en charge les patients en sécurité ne motive pas le médecin à rediriger ses patients (MARCACCI A, 2006). On peut également y ajouter le fait que les médecins ne sont pas toujours informés des différentes structures proposant ces prestations.

Pour résumer, il existe différents obstacles qui expliquent pourquoi les médecins n'intègrent pas aussi souvent qu'il le faudrait la promotion de l'activité physique (LAURE P, 2007) :

- Le manque de temps pour évaluer l'activité physique d'une personne, sa motivation...
- Le manque de connaissances spécifiques (prescription d'une activité adaptée)
- Le désintérêt personnel pour l'activité physique.
- Le manque de protocole
- Le manque de succès de leurs conseils en AP
- L'âge des patients

- Le manque d'encouragement.

C'est pourquoi nous insistons sur la création de liens et de partenariats entre les professionnels du champ médical et les professionnels de l'APA. Les premiers vont permettre de prendre en charge les aspects médicaux (prescriptions, contre-indications médicales...) alors que les seconds vont se charger de l'aspect programmation des APA aux personnes qui sont adressées par les médecins.

Nous pouvons donc en déduire qu'il est important d'informer et de se rapprocher de ses professionnels de santé afin de communiquer sur le projet et de le faire valoir au plus grand nombre.

3.6. Un environnement favorable à la pratique des APA

Modifier un environnement (urbain ou rural) de manière à faciliter et favoriser la pratique d'activités physiques régulières n'est pas forcément facile pour une association.

Dans un premier temps nous allons donc nous intéresser à l'existant et l'exploiter au mieux afin de créer justement un environnement favorable à la pratique.

Nous avons vu que le contexte Saint-Paulois pose quelques problèmes pour la pratique d'une activité physique adaptée. Le relief ne permet pas de pratiquer la marche comme outils pour le réentraînement à l'effort dans n'importe quel endroit. Les fortes chaleurs, notamment en été, où la température peut atteindre 35°C, les fortes précipitations pendant la saison des pluies, empêchent la pratique extérieure et sont des aspects de l'environnement qu'il faut prendre en compte dans la réalisation du projet.

Concernant la mise en place des séances de réentraînement à l'effort par la marche, il va être intéressant d'utiliser le parcours de santé de la Ville de Saint Paul. (Tableau 9)

Tableau 9 : Caractéristique du parcours de santé du front de mer

	Avantages	Inconvénients
Parcours de santé du front de mer	<ul style="list-style-type: none">- Très peu de dénivelé- Longueur d'1.7km- Sol mi-dur- Ombragé	<ul style="list-style-type: none">- Très fréquenté- Non desservi par les transports en communs- Quelques obstacles sont présents sur le sentier (racines, roches...)
Perspective d'amélioration : Utilisation du chemin allant vers Le Port ; indiquer par des marques au sol la distance tous les 100m.		

Pour les séances de renforcement musculaire aquatique, nous devons jongler entre les horaires réservés au public et les horaires réservés aux associations. (Tableau 10)

Tableau 10 : Caractéristiques de la Piscine du Front de Mer

	Avantages	Inconvénients
Piscine du front de mer	<ul style="list-style-type: none">- Seul dans le moyen bassin- Matériel déjà sur place	<ul style="list-style-type: none">- Pratique en plein soleil- Horaire qui n'arrange pas forcément
Perspective d'amélioration : Acquérir plus de matériel (ballons, poids,...)		

Pour les séances de renforcement musculaire, nous utilisons une salle de la piscine du front de mer. (Tableau 11)

Tableau 11 : Caractéristiques de la salle de gymnastique de la piscine du front de mer

	Avantages	Inconvénients
Salle de la	<ul style="list-style-type: none">- Calme	<ul style="list-style-type: none">- La chaleur malgré les ventilateurs

piscine du front de mer	- Grand espace	- Pas d'aménagement spécifique (tapis, ...)
Perspective d'amélioration : Lorsque le temps le permet, proposer l'activité sur le front de mer en extérieur.		

L'utilisation de l'environnement existant et son amélioration va ainsi permettre de mettre concrètement en place le programme dans des conditions favorisant l'atteinte de l'objectif général.

Il reste maintenant à communiquer sur le projet et le programme pour qu'il puisse réellement se concrétiser.

3.7. Une communication du programme adaptée

La communication va permettre en outre de favoriser la demande en Activité physique de la part de la population.

Pour une communication efficace, nous allons chercher à comprendre l'environnement dans lequel nous évoluons, c'est-à-dire connaître les populations que l'on souhaite atteindre grâce à ce programme (TOUSSAINT J-F, 2008). Nous prendrons donc deux classes de cibles :

- La Cible Finale (CF) qui correspond aux personnes adultes atteintes de pathologie chronique sur la commune de Saint Paul.
- Les Cibles Intermédiaires (CI) qui vont permettre de relayer l'information vers la cible finale et d'apporter une plus-value au projet associatif. Cette cible correspond ici aux différents acteurs de santé, à l'OMs, mairie, associations, cliniques, etc.

De nos jours, il est difficile d'ignorer l'importance de pratiquer une activité physique régulière et d'avoir une alimentation équilibrée. En effet que ce soit sur des affiches publicitaires, à la radio, à la télévision sans cesse nous voyons passer les slogans : « Ne pas manger trop gras, trop sucré, trop salé », « Manger 5 fruits et légumes par jour », « Pour votre santé, pratiquez une activité physique régulière » ou encore « Pour votre santé, bougez plus ». La population a donc l'information, mais cela ne suffit pas.

L'information est indispensable mais elle ne permet pas, à elle seule, d'induire une modification durable de comportement (LAURE, 2007). Le problème restant dans l'agissement de la personne. L'intérêt de ce projet est également de faire en sorte que les personnes malades chroniques, aient le réflexe de faire le lien entre ces recommandations et les offres proposées. Nous avons pu constater précédemment que la population comme les acteurs de santé n'ont pas forcément la connaissance de l'existant en matière d'offre en activités physiques adaptées. D'où l'intérêt d'élaborer une stratégie de communication efficace envers ces acteurs de santé et envers la population afin de faire valoir le projet et le programme.

Afin de toucher les personnes malades chroniques et pour éviter tous malentendus ou appréhensions il est nécessaire :

- De communiquer en utilisant une définition large de l'activité physique et en mettant de côté la notion « sport » qui peut faire peur. Il faut donc démontrer que l'activité physique est accessible au plus grand nombre dans une pratique quotidienne, et ce, quelle que soit l'activité à partir du moment où celle-ci est adaptée et sécurisée.
- Axer la communication sur les notions : de plaisir, de bien-être et de sociabilité qui sont généralement mises de côté par les personnes malades.
- D'adapter le message pour qu'il soit accessible et adapté sur le territoire Réunionnais.

• **Les outils de communications**

Pour communiquer à la cible finale comme aux cibles intermédiaires, nous utiliserons une Communication en Contact Direct avec la ou les personnes (ex : téléphone, expositions, manifestations, forums, etc.) et une Communication en Contact Indirect (affiches, mails, flyers, etc.).

Chacune de ces méthodes peuvent-être critiquées. (Tableau 12)

Tableau 12 : Avantages et Inconvénients de la CCD et CCI

	Avantages	Inconvénients
Communication avec Contact Direct	<ul style="list-style-type: none"> - Touche directement la population cible et intermédiaire : Efficacité - Echanges directs avec les intéressés - Possibilité d’argumenter sur le projet et d’apporter une plus-value 	<ul style="list-style-type: none"> - Investissement en temps plus important (mobilisation de journée ou demi-journée dans des manifestations,...) - Coût plus élevé (frais de personnel, déplacement, emplacement dans des salons...)
Communication avec contact Indirect	<ul style="list-style-type: none"> - Communication à grande échelle. - Faible coût 	<ul style="list-style-type: none"> - Peu ciblée sur la population cible et intermédiaire - Informations réduites à l’essentiel

Suite aux différents entretiens avec les professionnels de santé et les acteurs de l’activité physique sur le territoire Saint-Paulois, nous pouvons faire ressortir l’importance d’accompagner les habitants dans la démarche. Il est primordial, non seulement d’aller vers la personne et de l’informer mais encore plus important de l’encourager et de l’inciter à venir découvrir l’activité. Le plus difficile est de faire franchir le pas aux personnes.

Nous en déduisons donc que pour notre public cible, il est plus intéressant de mettre l’accent sur la mise en place d’une communication avec contact direct plutôt qu’une communication avec contact indirect.

Ci-dessous le tableau 13 développe les différents outils de communication qui peuvent être envisagés avec leurs avantages et leurs inconvénients pour le projet Bouzanou.

Tableau 13 : Avantages et Inconvénients des différents outils de communication

Communication avec Contact Indirect			
Outils de communication	Cible visée	Avantages	Inconvénients
Affiches et flyers	CF	Peu coûteux ; grande ampleur	Non ciblée ; peu d'informations ; gaspillage
Dépliants d'informations	CF+CI	Permet de mettre plus d'informations	Peu ciblée
Site internet	CF+CI	Peu coûteux ; permet un accès à l'information à distance 24/24	Public n'ayant pas forcément accès à internet ; Mises à jours nécessaires régulièrement
Mailing	CF	Peu coûteux ; communication ciblée	Public n'ayant pas forcément accès à internet ; Nécessite d'avoir un mailing correct et ciblé

Communication avec Contact Direct			
Outils de communication	Cible touchée	Avantages	Inconvénients
Manifestations, colloques, forums publics...	CF+CI	Relation directe avec la cible ; promouvoir le projet avec plus d'arguments	Prend plus de temps, investissement personnel plus important.

Présentation dans des séances d'ETP	CF	Communication très ciblée ; le sujet est déjà dans une démarche de santé donc plus facile à capter son attention	Difficulté d'intégrer des réseaux ETP par manque de temps de leur part.
Démarchage professionnel de santé	CI	Sensibiliser directement les professionnels	Prise de rendez-vous parfois difficile et longue

• La mise en place de ces outils de communication

Pour la promotion et la reconnaissance de son projet associatif, la création d'une sorte de charte graphique est quasiment incontournable. Une charte qui va permettre la réalisation de tous les documents relatifs au projet. Les couleurs que nous utiliserons principalement pour nos supports de communications seront le jaune qui rappelle le soleil, la chaleur ; le vert qui évoque la nature, la relation entre homme/nature et le bleu incitant à l'évasion, qui rappelle l'eau, la vie.

Dans la communication de Bouzanou, nous avons décidé dans un premier temps de se fixer sur certains types de supports en priorité :

- i. Le logo qui va permettre la reconnaissance : Visuel simple qui implique du mouvement et de la vie.
- ii. Un support de présentation pour les professionnels et institutionnels : Permet notamment la présentation du projet pour se faire connaître mais également à faire les dossiers de demandes de subventions, de partenariats et de soutiens.
- iii. Un dossier de présentation général du projet à destination de tout public : Présenter de manière détaillée le projet et accessible à tout public.
- iv. Une plaquette d'informations : Reprenant les points importants du projet relatifs au déroulement du programme, les horaires, les lieux de pratiques, les contacts...

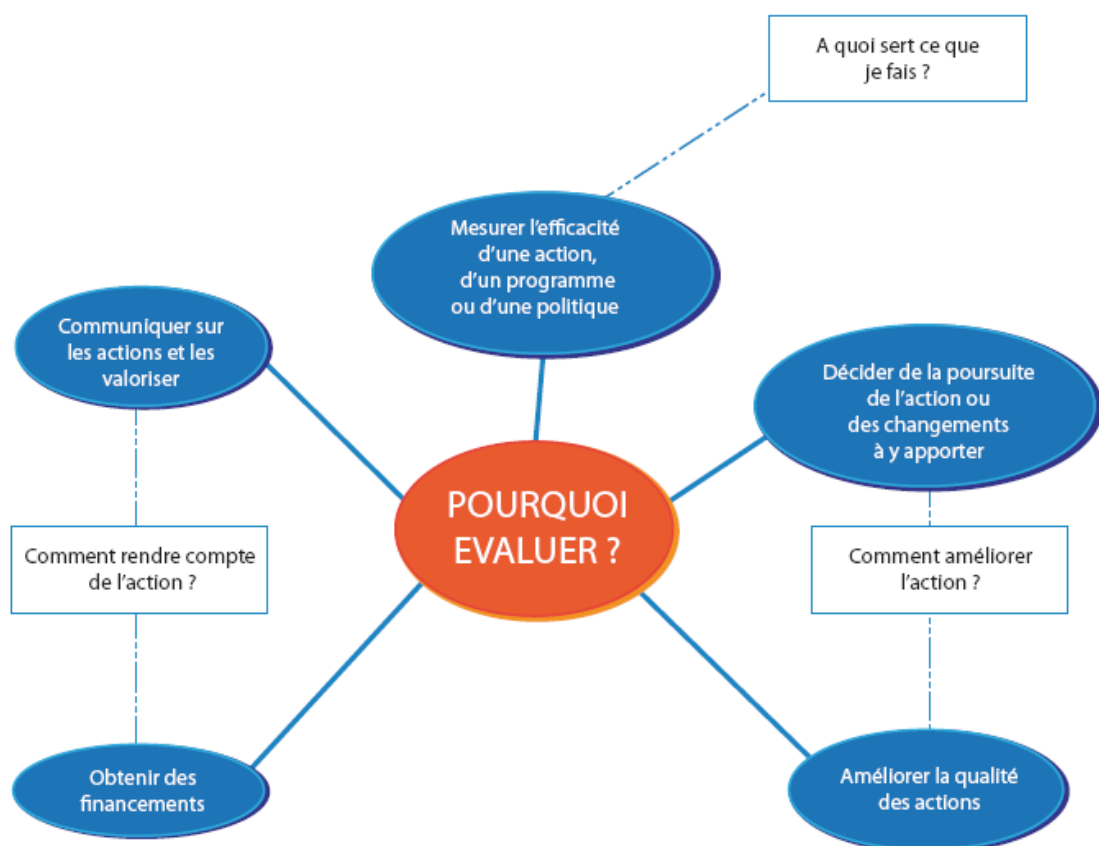
4. Mise en œuvre du projet associatif et son évaluation

4.1. L'importance de l'évaluation

L'évaluation est une étape importante dans la réalisation du projet associatif. Il est préférable de faire l'évaluation à plusieurs pour plus d'efficacité. L'évaluation va permettre de mesurer, de juger, de connaître, d'améliorer et de décider de la valeur, de l'efficacité ou de la qualité de l'action. (Figure 7)

Figure 7 : Pourquoi évaluer ?

Source : Guide « Évaluez vos actions en éducation et promotion de la santé » IREPS Lorraine, 2010



L'évaluation doit se construire au fur et à mesure du projet et non après la réalisation de celui-ci. Pour mener à bien l'évaluation du projet Bouzanou, nous allons diviser l'évaluation en plusieurs parties.

- L'évaluation de processus qui permet d'analyser le déroulement de l'action et donc de s'intéresser aux objectifs opérationnels.

- L'évaluation de résultats qui elle, s'intéresse à l'atteinte des objectifs spécifiques et de l'objectif général du projet.

4.2.L'élaboration du programme Bouzanou et son évaluation

Nous allons voir dans cette partie la construction du programme Bouzanou dans son ensemble ainsi que son évaluation qui y est intégrée. Le document intégral reprenant le programme est disponible dans l'annexe 11.

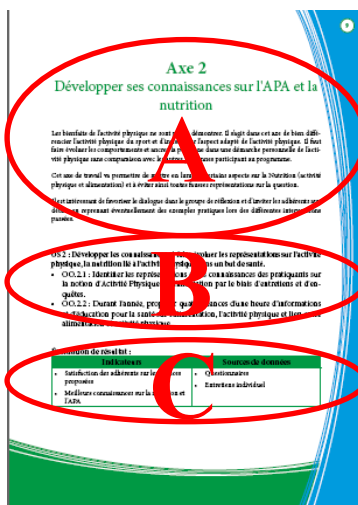
Figure 8 : Programme Bouzanou



La figure 8 représente la couverture du programme Bouzanou qui est le centre du projet.

Le format utilisé pour le programme est le format A4 classique. C'est un document de 26 pages décrivant les différents axes et actions qui vont être mis en place au sein des interventions. C'est le document de référence du projet.

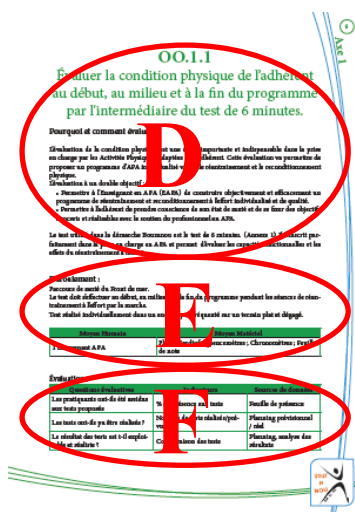
Figure 9 : Programme Bouzanou, les OS



Nous retrouvons dans le document, une description de chaque Objectifs Spécifiques ou Axes (Figure 9). Chacune de ces pages est construite ainsi :

- Partie A : Nom de l'Axe, et description de ses objectifs et son utilité.
- Partie B : Plan de l'Axe, ses déclinaisons en objectifs opérationnels.
- Partie C : Partie évaluation de résultats.

Figure 10 : Programme Bouzanou, les OO



Suite à chaque axe, chaque objectif opérationnel est détaillé. (Figure 10) Les pages sont également toutes construites sur la même base, à savoir :

- Partie D : Nom de l'objectif opérationnel, sa formulation et sa description.
- Partie E : Déroulement de l'action et le matériel nécessaire à son élaboration.
- Partie F : Partie évaluation de processus.

Figure 11 : Programme Bouzanou, les dépenses

The image shows a budget table titled 'Dépenses du programme' with the following data:

Désignation	Quantité	Tarif (€)	Montant (€)
Professionnel ADA (15h)			
• Intervention marquée	40	15	600,00
• Intervention piscine	40	15	600,00
• Intervention rapport au corps/évaluation	20	15	300,00
• Intervention musicale	4	15	60,00
• Outils Bouzanou (preparation atelier, matériel atelier, cart. de matériel...)	35	20	700,00
Sous-total			2260,00
Aide technique			
• Intervention marquée	40	15	600,00
• Intervention piscine	40	15	600,00
Sous-total			1200,00
Matériel			
• Intervention marquée	4	30	120,00
Sous-total			120,00
Dépenses directes (impression, papier, infon...)	1	300	300,00
Sous-total (hors aide au personnel - Dépenses directes + Caisse ADA pour le matériel de fonctionnement)			3780,00
Matériel spécifique piscine:			
• Tapis	40	3,50	140,00
• Planches	20	8,25	165,00
• Tableaux sportif 18g	40	4,90	196,00
Sous-total			491,00
Matériel spécifique marquée:			
• Cartes-dépense-matériau (20110)	30	20,90	627,00
• Produits	30	9	270,00
Sous-total			897,00
Matériel général:			
• Tapis de sol	20	3,50	70,00
• Set de 20 Plans	1	9,90	9,90
• Table 120 x 60	1	120	120,00
Sous-total			199,90
Sous-total global			5767,90
Total (hors aide au personnel)			4907,90 €
Total (hors aide au personnel après la case de notes en blanc)			5760,00 €

Une autre partie importante pour la mise en place du projet est les dépenses liées au programme (Figure 11).

Nous reparlons du budget relatif au projet Bouzanou dans la partie 4.4 de ce mémoire.

Zoom sur l'évaluation du programme :

L'évaluation de résultat et l'évaluation de processus est intégré respectivement dans le programme sur la figure 9 et la figure 10.

En ce qui concerne l'évaluation de résultat, nous prenons appui sur un tableau à deux colonnes avec une colonne qui décrit les indicateurs. Les indicateurs étant les signes qui témoignent de l'existence d'un phénomène, d'un effet. Ils sont observables, concrets et

constituent les données que l'on va recueillir (IREPS, 2008). La deuxième colonne s'intéresse à la source de donnée qui va être utilisée pour pouvoir répondre aux indicateurs.

Pour exemple, le tableau 14 et le tableau 15 reprennent respectivement l'évaluation de résultat de l'OO.2 et l'OO.3 pour le programme Bouzanou.

Tableau 14 : Evaluation de résultat de l'OO.2

Indicateurs	Sources de données
Satisfaction des adhérents sur les séances proposées	Questionnaires
Meilleures connaissances sur la nutrition et l'APA	Entretiens individuels

Tableau 15 : Evaluation de résultat de l'OO.3

Indicateurs	Sources de données
Satisfaction des adhérents sur les séances proposées	Questionnaires Entretiens individuels
L'adhérent prend plus de plaisir à pratiquer une AP	Questionnaires Entretiens individuels

Pour l'évaluation de processus, nous avons réalisé un tableau à 3 colonnes : une première colonne pour la question évaluative, elle va permettre de faire le choix des indicateurs de processus, ces questions nous interrogent sur le déroulement de l'action. Une deuxième et une troisième colonne où nous retrouvons les mêmes items que dans l'évaluation de résultat à savoir les indicateurs et les sources de données.

Pour exemple, le tableau 16 et tableau 17 reprennent respectivement l'évaluation de processus de l'OO.1.3 Et l'OO.2.2 pour le programme Bouzanou.

Tableau 16 : Evaluation de processus de l'OO.1.3

Questions évaluatives	Indicateurs	Sources de données
Les pratiquants ont-ils été assidus du début à la fin du programme ?	% de présence	Feuille de présence
Le planning des séances a-t-il été respecté ?	Nombre de séance réalisés/mois	Planning prévisionnel/réel
Le contenu des séances était-t-il adapté au public ?	% de présence ; participation active des adhérents	Feuille de présence ; Entretiens individuels

Tableau 17 : Evaluation de processus de l'OO.2.2

Questions évaluatives	Indicateurs	Sources de données
Les séances ont-elles été réalisées ?	Nombre de séances réalisées/prévues	Planning prévisionnel/réel
La thématique des séances répondait-elle aux attentes du public ?	% satisfaction des adhérents	Compte rendu des séances, questionnaire de satisfaction. Évaluation de l'OO2.1
Les participants ont-ils été assidus ?	% de présence	Feuille de présences

Suite à la mise en place du programme et de son évaluation, la communication pourra avoir lieu, c'est ce que nous allons voir dans la prochaine partie.

4.3.L'évolution de la communication

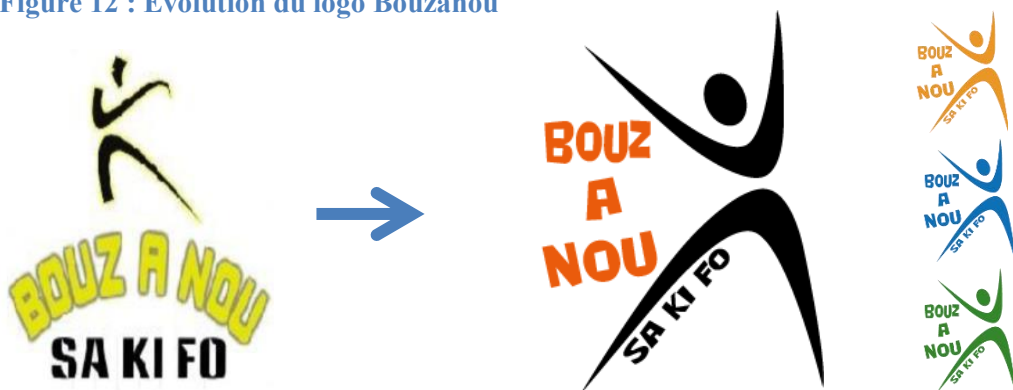
- **Une meilleure reconnaissance du projet**

Dans le cadre du projet, un logo a déjà été créé. Mais on remarque un manque de qualité certain, c'est pourquoi nous l'avons retravaillé dessus afin de le rendre plus lisible et plus attrayant.

Le projet Bouzanou étant un projet sport-santé, avait besoin d'un logo représentant du mouvement et de la vie d'où la représentation d'une personne active dans sa démarche.

(Figure 12). Le logo représente donc une personne qui pratique une activité physique avec plaisir (bras vers le haut, tenue de corps active) et sur lequel on retrouve le slogan : « Bouz a nou sa ki fo » du créole pour toucher et intégrer encore plus le patient dans le programme afin qu'il puisse s'identifier à travers ses activités.

Figure 12 : Evolution du logo Bouzanou



- **Un support de présentation pour les professionnels et institutionnels**

Afin de faire valoir le projet aux professionnels de santé et aux institutionnels, pour recevoir des subventions, du soutien et des personnes, nous avons réalisé une présentation succincte du projet (Annexe 12). Le projet est expliqué en quelques diapos représentant les points importants. L'idée étant de présenter le projet à l'aide d'un vidéoprojecteur ou d'une tablette tactile tout en commentant les différents points. Les diapos servent donc ici uniquement de support à la présentation et à l'échange entre les acteurs.

- **Un dossier de présentation générale**

Le dossier de présentation générale reprend les points du projet en détaillant un peu plus les différents items. Un support papier qui se distribue aux professionnels de santé et aux institutions après une présentation par diapos, dans ce cas c'est une synthèse de ce qui a été dit, ou alors ce support peut être distribué au public voulant en savoir plus sur ce projet et principalement sur le programme en activité physique adaptée.

- **Une plaquette d'informations**

Pour toucher la cible finale et la cible intermédiaire évoquée dans la partie 3.7, nous avons réalisé un dépliant A4, deux plis (Figure 13) Un format petit permettant d'être transporté facilement et permettant tout de même une lecture facile et agréable (Annexe 13).

Figure 13 : Aperçu plaquette Bouzanou



Le dépliant va permettre de développer les principales idées et caractéristiques du projet. Nous retrouverons dans le dépliant les caractéristiques du projet Bouzanou :

- « Pourquoi ? »
- « Quel but ? »
- « C'est quoi ? »

- « Comment ? »
- « Pour qui ? »
- « Partenaires »
- « Faire »
- « Contact »

Ce document d'une taille restreinte permet donc d'indiquer les principales caractéristiques du programme et permet à celui qui veut s'inscrire de savoir comment faire, de regarder si les créneaux et les lieux de pratique correspondent avec leur emploi du temps et leurs possibilités de déplacement.

Pour les cibles intermédiaires, l'agencement des informations et la facilité de lecture doivent permettre rapidement de se faire une idée du programme et de pouvoir orienter le public cible facilement et aisément. Effectivement, cette cible intermédiaire, que ce soit un médecin ou autre, n'a pas le temps d'aller chercher l'information plus loin. Il faut donc une grande lisibilité des informations essentielles afin qu'elles soient lues et puissent intéresser.

- **Autres outils de communication**

Les affiches :

La réalisation d'affiches est intéressante non pas pour placarder dans les rues mais pour les mettre dans des endroits stratégiques comme les salles d'attentes des médecins ou autres professionnels de santé (pharmacie, lieu de dépistage de pathologie comme le diabète, l'hypertension, des kinés...). Les affiches doivent être lisibles, claires et concises.

Effectivement, comme nous avons pu le mettre en évidence auparavant, les personnes ayant besoin d'un programme tel que Bouzanou sont souvent les personnes défavorisées avec une précarité plus ou moins importante.

Le site internet :

Même si le public cible n'a pas forcément accès à internet, il est important de mettre à jour son site internet. Effectivement, c'est un outil permet, non seulement aux personnes atteintes de pathologies d'aller s'informer sur le projet mais également à toutes autres personnes. Cela peut aller du simple médecin qui veut des informations jusqu'aux proches de la personne malade (amis, famille) qui cherche une solution ou des activités favorisant l'autonomie de son proche. C'est également un outil d'informations facilement exploitable pour les personnes souhaitant s'installer dans la région et qui recherchent un programme d'APA pour les personnes malades chroniques.

A travers cette partie, nous pouvons donc constater que de nombreuses démarches ont été entreprises pour permettre une communication de projet efficace et adaptée aux deux types de public (cible finale + cible intermédiaire). Comme dans la mise en place du programme, il est conseillé de construire progressivement l'évaluation de cette communication, c'est ce que nous allons voir par la suite.

4.4. Discussion sur le budget du projet Bouzanou

Dans un projet de ce type, nous ne cherchons pas à faire des bénéfices mais il est important que le budget soit équilibré pour ne pas faire perdre de l'argent à l'association.

Très vite nous sommes confrontés à la problématique de proposer des activités à moindre coût mais également de pouvoir régler les dépenses liées au fonctionnement du projet.

Dépenses : Le programme Bouzanou tel qu'il est rédigé, a pour sa première année de fonctionnement 9060€ de dépenses (Détails en Annexe 11). Si nous déduisons l'investissement matériel, il reste pour les années à venir 7290€ de frais dont 6690€ de frais de personnel (professionnels en APA, nutritionnistes et aides-soignants).

Recettes : Pour un projet de ce type, nous pouvons espérer 1500€ de subventions (CNDS, communes, CG et CR). Pour un déroulement des séances optimales, nous estimons le nombre d'adhérents sur les 2 créneaux de pratique à 15 personnes sachant qu'en règle générale sur les 15 personnes inscrites seulement 10 personnes sont présentes à chaque séance (problème de transport, de santé, de travail...) Ce qui nous fait donc 2250€ d'adhésion (à 150€ l'adhésion à l'année).

Le calcul est rapide, nous avons donc $7290€ - 3750€ = 3540€$ de déficit. Comment mieux maîtriser ce budget ? Plusieurs solutions peuvent être apportées :

- Augmenter le tarif de l'adhésion
- Limiter le programme à une séance/semaine/personne
- Favoriser le partenariat privé
- Diminuer les interventions des professionnels lorsqu'elles ne sont pas une priorité

Pour le projet Bouzanou, nous avons privilégié la qualité des interventions afin de parvenir à notre objectif d'autonomie de la personne. Nous souhaitons que tout le monde puisse participer au programme, il nous reste donc à favoriser les partenariats et à limiter les dépenses de personnelles.

Une fois de plus, nous mettrons en avant le fait d'avoir de bonnes relations avec les professionnels de santé puisque les interventions avec la nutritionniste vont se faire en partenariat et donc sans frais. L'intervention d'une aide-soignante est pour l'instant mise de côté et nous diminuerons le temps de travail du professionnel en APA pour la gestion et le développement du projet.

Nous avons donc maintenant 3750€ de dépenses (dont 3150€ de frais de personnel) et 3750€ de recettes. Le projet peut donc ainsi fonctionner en étant équilibré.

Avant de se lancer dans un projet, il est donc important de bien identifier les dépenses et les recettes liées au projet. Suite à cela, il faut savoir prendre des décisions sur certains

aspects au détriment des autres pour que le projet soit viable et puisse durer dans le temps.

4.5. Informations complémentaires à la mise en œuvre

Nous allons dans cette partie mettre en avant certains aspects et certaines théories qu'ils nous semblent intéressant de prendre en compte et de comprendre pour pouvoir développer le projet d'APA au mieux.

- **L'établissement d'un certificat de non-contre-indication à la pratique d'activités physiques adaptées**

Pour une pratique en toute sécurité, le code du sport prévoit que la première délivrance d'une licence sportive est subordonnée à la possession d'un certificat médical attestant l'absence de contre-indication à l'activité considérée (art L231-2). Il s'agit d'un acte de prévention. Le médecin devra donc réaliser chez le sujet les tests de tolérance à l'effort permettant l'obtention du certificat.

Dans le programme Bouzanou, il est intéressant que le médecin établisse le certificat de non-contre-indication mais également qu'il prescrive les grandes lignes de ce qu'il autorise et de ce qu'il déconseille comme AP ou mouvements pour que le professionnel en APA adapte le programme de manière individualisée et ainsi propose des activités en toute sécurité.

- **Un modèle explicatif des comportements**

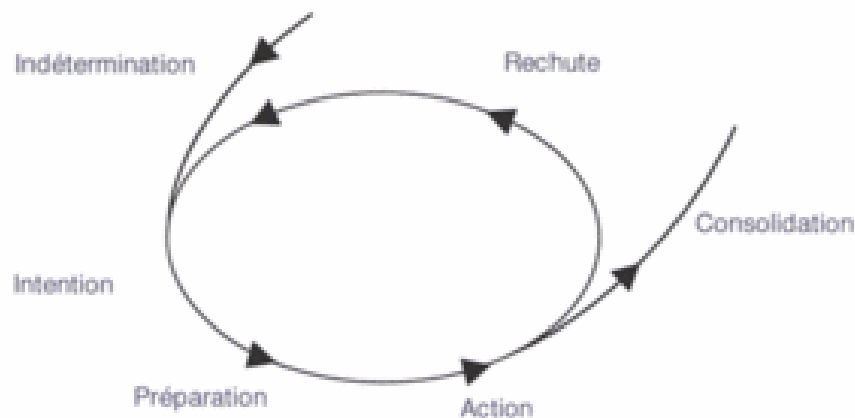
Nous cherchons ici à identifier et à comprendre l'origine des comportements chez un individu afin de l'intégrer au mieux dans le programme en APA.

Selon le modèle de Prochaska et coll. (1992), dit modèle transthéorique, le changement de comportement d'une personne suppose de sa part une prise de conscience de la nécessité de ce changement, puis des mesures à prendre pour changer et, enfin, des efforts à faire pour maintenir le changement. Il décrit 6 étapes successives dans le changement : (LAURE P, 2007)

- La pré-réflexion (Indétermination) : La personne n'identifie aucun besoin de changer son comportement.
- La réflexion (Intention) : La personne prend conscience d'un problème mais ne s'engage pas encore à agir.
- La préparation : Des mesures concrètes sont prises.
- L'action : La personne modifie son comportement antérieur.
- Le maintien ou la consolidation : Le nouveau comportement est pérennisé au prix d'un certain coût.
- La fin ou la récidive (rechute) : Selon que le nouveau comportement se perpétue durablement ou pas.

La figure 14 décrit ce modèle sous forme de schéma.

Figure 14 : Modèle de Prochaska et coll (1992)



- **Comment engager durablement une personne dans une activité physique ?**

Pour permettre un engagement durable d'une personne dans la pratique d'une AP, Il faut mettre en relation 3 aspects : l'incitation à l'AP, la démarche individuelle et les démarches collectives. (LAURE P et al, 2005)

- Incitation à l'activité physique : La famille, les professionnels médicaux et paramédicaux, enseignants, éducateurs sportifs, cadres d'animation, décideurs, etc... sont concernés pour inciter une personne à pratiquer une activité physique régulière.
- Démarche individuelle :
 - L'élaboration du projet à comme prérequis l'évaluation des habitudes de la personne, son contexte de vie et de santé.
 - L'accompagnement, le suivi régulier, et l'ajustement de la pratique contribue à entretenir l'adhésion de la personne à la pratique d'une AP.
 - Renforcer la motivation se fait en encourageant la personne. Il s'agit d'améliorer la qualité de vie, la confiance et l'estime de soi pour que le sujet devienne acteur de sa propre santé et modifie ainsi son comportement et ses habitudes de vie de manière pérenne.
- Démarches collectives
 - Adhésion de l'entourage immédiat
 - Interventions dans les lieux de vie
 - Actions sur l'environnement, l'accessibilité
 - Implication des décideurs en ce qui concerne la politique de promotion de l'AP et le financement.
 - Développement d'une image positive de l'AP dans la société par l'intermédiaire de campagne d'éducation et de promotion de la santé.

Le projet d'APA pour l'association doit permettre au mieux de favoriser ces 3 aspects à travers ses activités mais également les relations entre les intervenants/professionnels de la santé et les personnes atteintes de pathologies chroniques.

Conclusion

Face à la situation préoccupante du territoire réunionnais en matière de santé, l'association Saint-Paul Handisport basée à Saint-Paul dans l'Ouest de l'île a mis en place un projet sport-santé.

Un projet sport-santé tel qu'il soit ne peut être mené par n'importe quelle association. Il ne s'agit pas d'organiser la balade et le goûter des gens du quartier. Nous avons ici un projet que l'on peut qualifier de projet en santé publique qui nécessite pour sa conception et sa réalisation des compétences avérées dans le domaine de la conduite de projet, dans le domaine de la santé et dans le domaine de l'activité physique adaptée.

Le choix du public visé s'est fait envers des personnes atteintes de pathologie chronique et nécessitant une prise en charge adaptée. C'est donc un projet un projet qui se veut pluridisciplinaire dans lequel l'association va devoir travailler en étroite collaboration avec, non seulement les acteurs de santé du territoire, mais également avec la mairie, l'office municipale des sports, l'institut régional d'éducation et de promotion à la santé, l'agence régionale de santé, la direction départementale jeunesse et sport et bien d'autres acteurs pouvant être utiles de prêt ou de loin à la promotion et au développement d'un tel projet.

Les compétences en conduite de projet dans le domaine du sport et de la santé sont appréciées pour faire ressortir du diagnostic les priorités de santé et ainsi élaborer le programme d'activités physiques adaptées à la situation.

Dans notre démarche nos deux premières priorités : prévenir et limiter les pathologies chroniques par l'intermédiaire des APA et accompagner la personne dans une démarche d'APA régulière en autonomie. Suite à ces priorités, le projet va prendre forme pour ainsi se décliner en objectifs de 4 types (générale, spécifique, opérationnel et transversal). L'objectif général étant d'arriver à une autonomie dans la pratique d'une activité physique chez la personne malade. Nous avons donc ici un projet qui ne s'intéresse pas uniquement à la pratique d'une activité physique. Il s'agit de rendre les

personnes acteurs de leur santé. Nous voulons à travers le programme faire acquérir des connaissances à la population sur la pratique d'une activité physique en autonomie avec des bases de nutrition également. C'est donc un projet d'échanges et d'apprentissages moteur et intellectuel.

Ce type de projet implique également une communication qui soit adaptée aux spécificités de la population pour pouvoir être viable sur le territoire. Un contact direct avec les personnes est à privilégier pour les accompagner au mieux dans une démarche d'activités physiques à but de santé. L'information n'est pas suffisante, c'est à travers des actions concrètes tels que des salons, manifestations, que l'on va devoir impliquer la personne et l'inciter à rentrer dans un programme régulier d'activités physiques.

Pour terminer, le projet Bouzanou mené par Saint-Paul Handisport, à travers ses relations avec les acteurs de santé et autres professionnels, à travers sa communication et à travers son programme peut être assimilé comme étant un programme favorisant la pratique des APA pour les personnes malades chroniques.

Nous noterons quelques difficultés quant à la continuité d'un tel projet. En effet, nous avons remarqué que les relations avec les partenaires s'essouffent vite et doivent être sans cesse réactivées ce qui demande un investissement en temps important. La réorientation des personnes vers des autres structures après l'année du programme Bouzanou n'est pas forcément facile à mettre en place. De plus, nous noterons la difficulté de répondre aux attentes du public mais également d'avoir un budget qui soit équilibré.

Le développement et l'amplification de projets en sport-santé n'attendent qu'une chose, la prescription par le médecin de séances en APA et le remboursement des frais liés à cette prescription.

Bibliographie et références

AFSSET. Portail santé environnement travail, [En ligne]. <http://ww.sante-environnement-travail.fr/> (Page consultée le 12 avril 2013)

CATTEAU C, NARTZ E. Projet d'analyse des inégalités sociales de santé dans un département français spécifique, La Réunion. DRASS de La Réunion, 2009

DEBUSSCHE X. Les inégalités face à la maladie chronique, l'exemple du diabète. Centre hospitalier universitaire de la Réunion, 2009

FAVIER F, RACHOU E, RICQUEBOURG M, FIANU A. Comportements alimentaires et activité physique des Réunionnais, étude RECONSAL. INSERM-ORS, 2002

Haute Autorité de Santé. Lettre d'information de la HAS n°33, maladies chroniques : une vision renouvelée du parcours de soins. Hautes Autorité de Santé, 2012

HOAREAU J-R. Sport santé et activités physiques adaptées, synthèse de l'enquête et répertoire des structures enquêtées. CARIF-OREF Réunion, 2012

INSEE. Site de l'institut national statistique et des études économiques, [En ligne].<http://www.insee.fr/> (Page consultée le 23 avril 2013)

INSEE. Site de l'institut national statistique et des études économiques, [En ligne].<http://www.insee.fr/fr/regions/reunion/> (Page consultée le 14 mars 2013)

Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. Expertise collective : Activité physique, contextes et effets sur la santé. Inserm, 2008

JAEGER C, ATTIQUI P. Encyclopédie de la forme et du bien-être, Editions du Seuil, Paris, 1991

LAURE P et al. Conférence de consensus, activités physiques à des fins préventives, 22 novembre 2005, Nancy. DRDJS Lorraine et de Meurthe et Moselle, 2005

LAURE P, CATAJAR N, ROEGEL M, DE TALANCE N, LAMOUR J-F. Activités physiques et santé. Ellipses, 2007 ;251-3

Le Petit Larousse 2013, Paris, Larousse, 2013

MARCACCI A. Conseil et prescription de l'activité physique au cabinet médical, mémoire de DESS en économie et management de la santé, université de Lausanne, 2006

Ministère de la santé et des solidarités. Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011. Comité de suivi du plan national 2007-2011, pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques, avril 2007

Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. Plan national nutrition santé 2011-2015, plan obésité 2010-2013 en direction des populations d'Outre-mer. Direction générale de la santé, 2011

OPPERT J-M, SIMON C, RIVIERE D, GUEZENNEC C-Y. Activité physique et santé, arguments scientifiques, pistes pratiques. Ministère de la santé et des solidarités, 2005

Organisation mondiale de la santé. Recommandations mondiales sur l'activité physique pour la santé. OMS, 2010

TOUSSAINT J-F. Retrouver sa liberté de mouvement, Plan national de prévention par l'activité physique et sportive. Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, 2008

TREMBLAY M et al. Lettre à l'éditeur, Movement & Sport Sciences, 2012/3 n°77, p.73-76

Table des illustrations

Figure 1 : <i>Les cinq axes du PRAANS Réunion.</i>	15
Figure 2 : <i>Stratégie méthodologique, projet Bouzanou</i>	25
Figure 3 : <i>Triade Besoins - Demandes - Réponses</i>	26
Figure 4 : <i>Adapted ecological model of the determinants of physical activity (Bauman et al.Lancet, 2012)</i>	36
Figure 5 : <i>Les objectifs Spécifiques du programme Bouzanou</i>	37
Figure 6 : <i>Chronologie des Objectifs Spécifiques</i>	38
Figure 7 : <i>Pourquoi évaluer ?</i>	49
Figure 8 : <i>Programme Bouzanou</i>	50
Figure 9 : <i>Programme Bouzanou, les OS</i>	50
Figure 10 : <i>Programme Bouzanou, les OO</i>	51
Figure 11 : <i>Programme Bouzanou, les dépenses</i>	51
Figure 12 : <i>Evolution du logo Bouzanou</i>	54
Figure 13 : <i>Aperçu plaquette Bouzanou</i>	55
Figure 14 : <i>Modèle de Prochaska et coll (1992)</i>	60
Tableau 1 : <i>Données sur l'état nutritionnel, la consommation alimentaire et activité physique/sédentarité</i>	4
Tableau 2 : <i>Fréquentation totale entre le 01/09/12 et le 15/12/12</i>	20
Tableau 3 : <i>Liste non exhaustive des structures de soins accueillant des malades chroniques proche de Saint-Paul</i>	30
Tableau 4 : <i>Liste des organismes proposant des programmes d'ETP autorisés dans l'Ouest de La Réunion pour les adultes (hors addictologie, schizophrénie)</i>	31
Tableau 5 : <i>Liste non exhaustive d'associations proposant des APA pour les personnes malades chroniques sur Saint-Paul et alentours</i>	32
Tableau 6 : <i>Bilan début février des activités Bouzanou (Prévu/Réel)</i>	34
Tableau 7 : <i>Les objectifs spécifiques du programme Bouzanou</i>	39
Tableau 8 : <i>L'Objectif transversal du programme Bouzanou</i>	40
Tableau 9 : <i>Caractéristique du parcours de santé du front de mer</i>	43

Tableau 10 : <i>Caractéristiques de la Piscine du Front de Mer</i>	43
Tableau 11 : <i>Caractéristiques de la salle de gymnastique de la piscine du front de mer</i>	43
Tableau 12 : <i>Avantages et Inconvénients de la CCD et CCI</i>	46
Tableau 13 : <i>Avantages et Inconvénients des différents outils de communication</i>	47
Tableau 14 : <i>Evaluation de résultat de l'OO.2</i>	52
Tableau 15 : <i>Evaluation de résultat de l'OO.3</i>	52
Tableau 16 : <i>Evaluation de processus de l'OO.1.3</i>	53
Tableau 17 : <i>Evaluation de processus de l'OO.2.2</i>	53

Table des annexes

ANNEXE 1 : EXTRAIT DU PNNS 2011-2015	4
ANNEXE 2 : EXTRAIT DU PO 2010-2013	9
ANNEXE 3 : EXTRAIT AGENDA 21 DU SPORT FRANÇAIS	12
ANNEXE 4 : EXTRAIT DU PNNS-PO-DOMS	13
ANNEXE 5 : EXTRAIT DU PNNS-PO-DOMS, PARTIE REUNION	16
ANNEXE 6 : EXTRAIT DU PRAANS VOLET REUNION	18
ANNEXE 7 : FICHE RNCP, LICENCE STAPS APA	25
ANNEXE 8 : DIPLOME DES SALARIES SPECIALISES SPORT/SANTE ET APA.....	28
ANNEXE 9 : DIPLOME ET PARCOURS DES INTERVENANTS SPECIALISES SPORT/SANTE ET APA.....	29
ANNEXE 10 : LIVRET DE SUIVI EN APA, PROGRAMME BOUZANOU.....	30
ANNEXE 11 : PROGRAMME BOUZANOU	34
ANNEXE 12 : COMMUNICATION, DIAPOS DE PRESENTATION BOUZANOU	59
ANNEXE 13 : COMMUNICATION, PLAQUETTE BOUZANOU	61

AXE 2 → Développer l'activité physique et sportive (APS) et limiter la sédentarité

Les mesures prévues dans cet axe ont pour finalité de permettre l'atteinte des objectifs nutritionnels et des objectifs relatifs aux maladies cardio-vasculaires et métaboliques fixés par le **Haut conseil de santé publique** qui sont indiqués ci-dessous (avril 2010).

Objectifs nutritionnels

Objectif général 2 • Augmenter l'activité physique et diminuer la sédentarité à tous les âges

• Sous objectif général 2-1 : augmenter l'activité physique chez les adultes

OS 2-1-1 : augmenter chez les adultes, en 5 ans, la proportion de personnes située dans la classe d'activité physique* :

- « élevée » de 20 % au moins chez les hommes et de 25 % au moins chez les femmes ;
- « moyenne » de 20 % au moins.

* : selon le questionnaire IPAQ (International Physical Activity Questionnaire)

• Sous objectif général 2-2 : augmenter l'activité physique et lutter contre la sédentarité chez les enfants et les adolescents

OS 2-2-1 : atteindre, en 5 ans, au moins 50 % d'enfants et adolescents de 3 à 17 ans ayant une activité physique d'intensité élevée trois fois par semaine pendant au moins une heure.

OS 2-2-2 : diminuer de 10 % au moins, en 5 ans, le temps moyen journalier passé par les enfants et les adolescents de 3 à 17 ans devant un écran.

Objectif général 1 • Réduire l'obésité et le surpoids dans la population

• Sous-objectif général 1-1 : stabiliser la prévalence de l'obésité et réduire le surpoids chez les adultes

OS 1-1-1 : stabiliser, en 5 ans, la prévalence de l'obésité chez les adultes.

OS 1-1-2 : réduire, de 10 % au moins, en 5 ans, la prévalence du surpoids chez les adultes.

OS 1-1-3 : stabiliser, en 5 ans, chez les femmes en situation de pauvreté, la prévalence de l'obésité.

OS 1-1-4 : diminuer de 15 % au moins, en 5 ans, la prévalence de l'obésité morbide.

• Sous-objectif général 1-2 : diminuer la prévalence de l'obésité et du surpoids chez les enfants et les adolescents

OS 1-2-1 : diminuer en 5 ans, de 15 % en moyenne, chez les enfants et adolescents de 3 à 17 ans, la prévalence globale de surpoids et d'obésité.

OS 1.2.2 : diminuer en 5 ans, de 15 % au moins, chez les enfants et adolescents de 3 à 17 ans issus de milieux défavorisés, la prévalence de surpoids et d'obésité.

Objectifs relatifs aux maladies cardio-vasculaires et métaboliques

Objectif général 2 • Diminuer l'hypercholestérolémie et l'hypertension artérielle

OS 2-1 : réduire de 5 %, dans la population adulte, la cholestérolémie moyenne (LDL-cholestérol) en 5 ans.

OS 2-2 : augmenter en 5 ans la proportion de patients atteints d'hypercholestérolémie traités et équilibrés.

OS 2-3 : augmenter en 5 ans la proportion de patients atteints d'hypertension artérielle, traités et équilibrés.

Dans une société qui incite à une plus grande sédentarité, l'expertise collective de l'INSERM sur l'activité physique et le rapport du Professeur Toussaint *Retrouver sa liberté de mouvement*, de 2008, ont montré que la composante « bouger » de la nutrition est essentielle pour l'équilibre énergétique à tous les âges de la vie. Porteuse de valeurs sociales et éducatives, l'activité physique a un effet bénéfique sur la santé, qu'elle soit pratiquée dans les déplacements et les activités de la vie quotidienne, ou encadrée dans un club sportif. Elle est aussi un adjuvant thérapeutique auprès des patients en parcours de soins. Dans cet esprit, un grand nombre d'initiatives ont déjà été développées pour inciter la mise en pratique du repère du PNNS « Au moins 30 minutes d'activité physique par jour ». Cependant, il est nécessaire de renforcer la politique de promotion et d'éducation à la santé par les actions dans ce domaine pour tenir compte des objectifs fixés par le HCSP.

Deux niveaux d'activités physiques et sportives (APS) doivent être développés :

- l'activité physique au quotidien pour tous, durant les temps de trajets, de loisirs et de travail, complétée par une activité physique encadrée régulière ;
- l'activité physique adaptée pour les personnes particulièrement vulnérables, qu'il s'agisse de populations défavorisées, en situation de handicap, de personnes atteintes de maladies chroniques, ou de personnes âgées.

Mesure 1 • Promouvoir, développer et augmenter le niveau d'activité physique quotidienne pour tous

Deux leviers sont préconisés dans les rapports au niveau mondial pour inciter les citoyens à pratiquer une activité physique : l'information et l'amélioration de l'environnement physique.

ACTIONS

14. Promouvoir un environnement propice à la pratique de l'activité physique et limiter la sédentarité par :

(14.1) la valorisation et l'encouragement des modes de transport actifs avec l'intégration de la mobilité active dans les chaînes de déplacements (en lien avec le Plan santé environnement 2) ;

(14.2) la mise en place d'événements grand public pour promouvoir l'APS comme facteur de santé et de bien être.

15. Promouvoir des moyens destinés à développer la pratique de l'activité physique par :

(15.1) le développement de la communication auprès du public sur l'activité physique et sportive, en tenant compte des spécificités par public ainsi qu'en sensibilisant notamment les employeurs, les comités d'entreprise et les collectivités territoriales à l'intérêt de l'activité physique ;

(15.2) la sensibilisation des professionnels des secteurs de la santé, du social et de l'éducation nationale, en contact avec les enfants et les adolescents, aux bénéfices santé de l'activité physique et sportive.

Mesure 2 • Promouvoir l'activité physique et sportive adaptée (APA) chez les populations en situation de handicap, défavorisées, âgées ou atteintes de maladies chroniques

ACTIONS

16. Promouvoir l'accès aux activités physiques et sportives pour les personnes en situation de handicap (physique, mental, psychique ou sensoriel) par :

- (16.1) le développement de la communication, via le portail PNNS, auprès du public et des professionnels sur les bénéfices santé de la pratique des APS chez les personnes handicapées ;
- (16.2) l'accompagnement des maisons départementales du handicap (MDPH) afin qu'elles intègrent dans les plans personnalisés de compensation, élaborés par les commissions départementales, l'accessibilité à la pratique d'une activité physique ou sportive ;
- (16.3) l'accompagnement des centres spécialisés et des associations sportives à la mise en place des APS pour les publics atteints d'un handicap physique, mental, psychique ou sensoriel ;
- (16.4) l'accompagnement des fédérations sportives pour le développement de l'offre pour ce public et des propriétaires d'équipements sportifs à la mise en place d'aménagements nécessaires pour faciliter l'accessibilité de ce public.

17. Promouvoir l'accès aux activités physiques et sportives pour les populations défavorisées par :

- (17.1) le renforcement de la prise en compte de la promotion de l'APS comme facteur de santé au sein de la politique de la ville ;
- (17.2) le développement des APS dans les quartiers défavorisés ;
- (17.3) le développement des APS comme support de l'action d'éducation auprès des jeunes sous protection judiciaire. Le « challenge Michelet » manifestation sportive annuelle à l'attention des jeunes sous protection judiciaire ou pris en charge dans le cadre de la politique de la ville et de la prévention de la délinquance participe à ce développement.

18. Promouvoir l'activité physique et sportive adaptée chez les personnes âgées de plus de 50 ans et les personnes en perte d'autonomie par :

- (18.1) la création et la diffusion d'un annuaire des associations sportives proposant des activités pour les personnes âgées de plus de 50 ans ;
- (18.2) le développement de l'offre d'activités physiques dans les EHPAD et les foyers ou résidences pour personnes âgées ;
- (18.3) l'harmonisation des programmes visant à prévenir les chutes par les APS et la mise en place d'un dispositif national bien identifié.

19. Promouvoir l'activité physique et sportive adaptée chez les personnes atteintes de maladies chroniques, dans les clubs sportifs par :

- (19.1) l'élaboration d'un guide d'aide à la mise en place dans un club d'une offre d'APS destinée aux personnes atteintes de maladies chroniques, après évaluation des expérimentations en cours ;
- (19.2) l'élaboration d'un référentiel de bonnes pratiques, destiné aux clubs sportifs qui souhaitent mettre en place une offre d'APS pour les personnes atteintes de maladies chroniques ;
- (19.3) l'apport d'une aide financière aux fédérations sportives et à leurs comités régionaux et départementaux, pour les inciter à développer l'offre pour cette population.

AXE 2 → Mobiliser les partenaires de la prévention, agir sur l'environnement et promouvoir l'activité physique

Le volet « prévention » du Plan obésité est dominé par les objectifs suivants :

- faciliter la mise en œuvre individuelle et collective des recommandations préventives ;
- agir sur les déterminants environnementaux de l'obésité ;
- réduire la stigmatisation des personnes obèses ;
- contribuer à la réduction des inégalités sociales de santé ;
- promouvoir l'activité physique et lutter contre la sédentarité.

Pour renforcer les mesures préventives dans le domaine de l'obésité, le Plan obésité s'appuie sur le Programme national nutrition santé (PNNS 2011 - 2015), sur le Programme national pour l'alimentation (PNA) et sur le Programme éducation santé (PES). L'articulation de ces programmes est une condition essentielle de leur pertinence et de leur impact. La convergence des analyses et des propositions autorise cette approche concertée. La participation des responsables du Plan obésité aux réunions du PNA, du PNNS et du PES, contribuera à cette cohérence. Nous ne ferons ici que citer les mesures directement en rapport avec les objectifs du Plan obésité, le lecteur se reportera à la description détaillée des mesures dans les documents princeps du PNA, du PNNS et du PES.

L'amélioration de la qualité nutritionnelle et de l'accessibilité à une alimentation équilibrée pour les personnes en situations économique, sociale ou somatiques précaires, représentent le cœur des mesures préventives qui concernent le Plan obésité. Il s'agit également de développer l'activité physique adaptée et en particulier de développer l'activité physique à l'école et dans les collectivités, en augmentant le temps consacré à l'activité physique. Enfin, du fait des liens entre urbanisation et progression de l'obésité, le projet est de labelliser des programmes d'amélioration de l'environnement urbain en s'appuyant sur le Plan national santé environnement (PNSE 2) et le rapport coordonné par le Pr J.-F. Toussaint, *Retrouver sa liberté de mouvement*.

Mesure 2.2 • Actions préventives conduites dans le cadre du PNNS

Pour son volet « Prévention », le Plan obésité s'appuiera sur les axes suivants du PNNS (les actions du PNNS intégrées dans le Plan obésité ont pour numéro 16 (16.1, 16.2...)).

Développer l'activité physique et sportive et limiter la sédentarité (Axe 2)

- Promouvoir, développer et augmenter le niveau d'activité physique quotidienne pour tous (mesure 1).
- Promouvoir l'activité physique et sportive adaptée (APA) chez les populations défavorisées, en situation de handicap, atteintes de maladies chroniques, ou âgées (mesure 2).

Valoriser le PNNS comme référence pour les actions en nutrition ainsi que l'implication des parties prenantes (Axe 4)

- Mettre en place une stratégie de communication du PNNS (mesure 1, action 29).
- Développer les chartes d'engagements des collectivités territoriales actives du PNNS (mesure 2, actions 30, 31 et 32).
- Développer la charte « entreprises actives du PNNS » (mesure 3, action 33).
- Faire connaître et valoriser les actions et documents validés par le PNNS (mesure 4, actions 34, 35 et 36).

Réduire, par des actions spécifiques, les inégalités sociales de santé dans le champ de la nutrition au sein d'actions générales de prévention (Axe 1)

- Mettre en place des interventions spécifiques pour réduire les inégalités sociales de santé (ISS) en matière nutritionnelle (mesure 1, actions 1 à 5).
- Développer et valoriser les chartes d'engagement volontaires de progrès nutritionnel pour une offre alimentaire allant dans le sens des objectifs du PNNS (mesure 2, action 8).
- Développer des actions d'information et d'éducation nutritionnelle (mesure 4) :
 - Développer une communication actualisée sur les repères nutritionnels du PNNS et des outils adaptés à des publics spécifiques ; informer sur les relations entre nutrition et pathologies (action 11) ;
 - Renforcer les messages de santé publique et réduire les effets de la pression publicitaire (action 12).
- Promouvoir l'allaitement maternel (mesure 5, action 13).

Organiser le dépistage et la prise en charge des patients en nutrition (Axe 3)

- Prévenir et prendre en charge les troubles nutritionnels des populations en situation de handicap (Mesure 4, action 28).

Volet transversal : formation, surveillance, évaluation et recherche

- Révision en vue d'une actualisation des contenus et modalités de formation initiale des médecins, pharmaciens, dentistes, sages femmes, diététiciens, paramédicaux dans le domaine de la nutrition, en lien avec le collège des enseignants de nutrition (mesure 1, action 39.1).
- Évolution des cursus des professionnels de l'activité physique formés à l'université et du domaine social dans le domaine de la nutrition santé (mesure 1, action 39.3).
- Maintenir les outils nationaux de surveillance nutritionnelle et créer les outils nouveaux indispensables (mesure 2, actions 40 et 41).
- Évaluer le PNNS et le Plan obésité (mesure 6, action 45).

La question des chartes sera abordée de manière articulée entre PNNS, PNA et Plan obésité. Des chartes spécifiques ont été signées avec les entreprises agroalimentaires dans un objectif d'amélioration de la qualité nutritionnelle des aliments, avec des villes (et des communautés de communes) et des départements. D'autres chartes sont en préparation avec les régions mais aussi les entreprises, pour agir au niveau des salariés.



C'est le concept
"sport santé" que
les fédérations
sportives
développent
depuis longtemps.

OBJECTIF 7

Renforcer le rôle du sport au service de la protection et de la promotion de la santé des personnes.

- 1 | Développer des programmes d'hygiène et de santé par le sport en coopération avec les organisations sanitaires publiques ou privées, pour toutes les personnes et notamment en direction des personnes âgées.
- 2 | Apporter une attention particulière à la pratique sportive des enfants, facteur de santé, en réservant un temps suffisant aux activités physiques et sportives dans les temps scolaires et extrascolaires.
- 3 | Apporter une contribution active aux campagnes de santé et de sécurité publique : lutte contre l'obésité, prévention des maladies cardio-vasculaires, prévention routière.
- 4 | Limiter et évaluer les impacts des manifestations sportives sur la santé du public (bruit, pollution, accidents...).
- 5 | Apporter un soin particulier à la sécurité des pratiques, la prévention des risques et l'organisation des secours.

Mesures et actions communes

À LA GUADELOUPE, LA GUYANE, LA MARTINIQUE,
LA RÉUNION, ET MAYOTTE

AXE 1 → Améliorer l'offre alimentaire et favoriser la pratique de l'activité physique

Mesure 1 • Améliorer l'accessibilité à une alimentation de qualité nutritionnelle favorable à la santé

**Action 1 • Faire en sorte que, pour une gamme comparable de produits,
la teneur moyenne en sucre soit identique dans les territoires
des départements d'Outre-mer et en métropole par :**

- (1.1) la conduite d'enquêtes de terrain réalisées sur la base d'une liste de produits non exhaustive identifiés comme étant plus sucrés que les produits de même marque commercialisés en métropole (services déconcentrés de la DGCCRF et/ou de la DAAF) ;
- (1.2) l'analyse de l'offre en produits transformés dans les territoires concernés (étude de faisabilité conduite par l'Observatoire de l'alimentation) ;
- (1.3) la promotion de la signature des chartes d'engagement de progrès nutritionnel (PNNS) et des accords collectifs (PNA).

Action 2 • Agir sur l'offre alimentaire en milieu scolaire par :

- (2.1) la mise en application spécifique aux départements d'Outre-mer de la loi relative à l'amélioration de la qualité des repas servis dans le cadre de la restauration scolaire (portée par le PNA et reprise dans le PNNS et le PO) ;
- (2.2) l'accompagnement de la circulaire du ministère chargé de l'Éducation nationale sur les prises alimentaires à l'école : en insistant sur l'éducation à la santé nutritionnelle et en sensibilisant sur l'installation de points d'eau en lien avec les collectivités locales ;
- (2.3) la poursuite d'actions pédagogiques auprès des enfants du type : « opération un fruit au goûter » conduite par le ministère chargé de l'Alimentation ;
- (2.4) l'encouragement à la consommation d'eau potable en tant que boisson principale et notamment dans les établissements scolaires ainsi que la garantie de l'absence de sodas de toutes natures (boissons rafraîchissantes sans alcool) dans les enceintes scolaires ;
- (2.5) la mise en forme d'une information pour les élus, ainsi que les parents et les enfants sur la qualité nutritionnelle des aliments vendus à proximité des établissements scolaires (camions boutiques et autres « établissements » de restauration rapide).

Action 3 • Valoriser les ressources et la production agroalimentaire locales qui contribuent aux orientations du PNNS par :

- (3.1) la contribution au développement des filières agricoles locales et à leur valorisation (cf. PNA) pour parvenir à une plus grande consommation des produits locaux bruts et transformés qui contribuent à l'atteinte des objectifs du PNNS ;
- (3.2) la promotion de l'approvisionnement régulier via les circuits locaux (cf. PNA) ;
- (3.3) l'encouragement aux entreprises locales à investir dans la démarche de charte d'engagement de progrès nutritionnel (PNNS) et les accords collectifs (PNA).

Action 4 • Agir sur le dispositif d'aide alimentaire par :

- (4.1) l'amélioration de la logistique et les systèmes d'information des associations œuvrant dans le champ de l'aide alimentaire prévue dans le cadre du plan de relance de l'économie et sur le fondement des recommandations du rapport Igas-CGAAER (2009) (cf. PNA) ;
- (4.2) la sensibilisation et la formation à l'équilibre nutritionnel et aux modes culinaires favorables à la santé des bénévoles de l'aide alimentaire notamment via les actions mises en œuvre dans le cadre du Plan alimentation insertion (PAI) et du PNA ;
- (4.3) l'encouragement à la mise en œuvre d'actions spécifiques à chaque région : jardins familiaux (dans le respect des préconisations du programme JAFA, cf. Plan chlordecone), paniers de la mer, camion solidaire, épicerie solidaire (cf. PNA).

Mesure 2• Favoriser la pratique d'activité physique et sportive

Action 5 • Promouvoir, développer et augmenter le niveau d'activité physique quotidienne pour tous par :

- (5.1) la valorisation et l'encouragement des modes de transport actifs avec l'intégration de la mobilité active dans les chaînes de déplacements (en lien avec le Plan santé environnement 2 et conformément aux mesures du Conseil interministériel à l'Outre-mer) ;
- (5.2) la promotion de l'activité physique des enfants et des jeunes à partir d'une stratégie d'intervention globale du type ICAPS (intervention auprès des collégiens centrée sur l'activité physique et la sédentarité), ou du programme « Bouge, une priorité pour ta santé » ;
- (5.3) l'accompagnement particulier des enfants obèses en établissement d'enseignement (cf. PES et PO) ;
- (5.4) la prise en compte des objectifs préventifs des plans PNNS-PO dans la politique de la ville avec trois niveaux d'actions :
 1. État des lieux des actions engagées sur le thème « activité physique et santé » par les ateliers santé ville (ASV),
 2. Intégration dans les dispositifs de formations des coordinateurs ASV et des animateurs CUCS (contrat urbain de cohésion sociale) de la thématique nutrition santé (alimentation et activité physique), en assurant la coordination avec les contrats locaux de santé,
 3. Favoriser un environnement propice à la mobilité douce ou active dans les quartiers de la politique de la ville.

Action 6 • Promouvoir l'activité physique et sportive adaptée (APA) chez les populations en situation de handicap, défavorisées, âgées ou atteintes de maladies chroniques par :

(6.1) l'organisation de sessions de formations et d'informations en éducation pour la santé et en éducation thérapeutique du patient intégrant la dimension « activité physique ».

Mesure 3 • Impliquer les collectivités locales

Action 7 • Favoriser la participation des collectivités locales à la mise en place d'actions contribuant à l'atteinte des objectifs du PNNS par :

(7.1) la mise en place d'actions contribuant à l'atteinte des objectifs du PNNS et du PO, en développant la coordination régionale des acteurs (villes actives, départements actifs, entreprises actives et convention cadre d'engagement) ;

(7.2) la mobilisation des ateliers santé ville (ASV) sur la thématique « nutrition et santé » en lien avec les contrats locaux de santé des ARS.

LA RÉUNION

AXE 1 → Améliorer l'offre alimentaire et favoriser la pratique de l'activité physique et sportive

Mesure 1 • Améliorer l'accessibilité à une alimentation de qualité nutritionnelle favorable à la santé

Action 29 • Agir sur l'offre alimentaire et l'éducation nutritionnelle en milieu scolaire par :

(29.1 Réu) l'enquête sur les produits sucrés proposés et la réalisation d'actions visant la qualité de l'offre alimentaire à proximité des établissements scolaires.

Action 30 • Valoriser les ressources locales et la production agroalimentaire locale par :

(30.1 Réu) la conduite d'une étude permettant d'optimiser les qualités nutritionnelles du riz consommé ;

(30.2 Réu) la sensibilisation à la consommation de produits locaux « lontan » ;

(30.3 Réu) la réalisation d'une plate-forme internet d'échanges entre les producteurs locaux, les acheteurs publics de la restauration collective et les professionnels de la restauration.

Action 31 • Améliorer le dispositif d'aide alimentaire par :

(31.1 Réu) l'amélioration de la logistique de l'aide alimentaire afin de répondre aux besoins de tout le département. Dans le cadre du plan de relance de l'économie et au regard du rapport Igas-CGAAER réalisé en 2009 : créer une nouvelle plate-forme logistique primaire et quatre entrepôts secondaires ;

(31.2 Réu) le soutien au développement de la production agricole et des industries agroalimentaires locales, dans le cadre du Programme national d'aide alimentaire (PNAA) qui tendent vers l'autosuffisance en achetant pour les personnes les plus démunies, des denrées localement produites ;

(31.3 Réu) la mise en place d'un circuit de distribution permettant de répondre à l'urgence sociale et hors urgence sociale en lien avec les communes et les boutiques solidarité.

Mesure 2 • Favoriser la pratique d'activité physique et sportive

Action 32 • Promouvoir la pratique de l'activité physique au quotidien par :

(32.1 Réu) le renforcement des actions en nutrition, notamment en activité physique et sportive, développées par les ateliers santé ville, en lien avec les établissements scolaires et les contrats locaux de santé.

AXE 2 → Renforcer la surveillance de l'état nutritionnel et améliorer le dépistage et la prise en charge de l'obésité et des pathologies associées (diabète, HTA...)

Action 33 • Renforcer la surveillance de l'état nutritionnel de la population par :

(33.1 Réu) la centralisation des données disponibles issues de différentes sources (Rectorat, Conseil général, etc.) en favorisant une approche intersectorielle et en intégrant une dimension territoriale ;

(33.2 Réu) le recueil régulier d'indicateurs partagés pour palier le déficit de données en matière de nutrition, en réalisant des enquêtes supplémentaires permettant notamment de renseigner les indicateurs du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ARS Océan indien-État (CPOM ARSOI-État).

Annexe 6 : Extrait du PRAANS Volet Réunion

Axe III : Favoriser la pratique de l'activité physique

Mesure	Etat des lieux des activités physiques pour la santé	FICHE PROJET
		III-1
Pilote	DJSCS	
Acteurs concernés	Collectivités territoriales, acteurs institutionnels.	
Lien avec	PSS Réunion-Mayotte ; SP-Orientation 1-Axe 1.	

1 Diagnostic

Les activités des clubs, associations et ligues sportives sont le plus souvent axées vers des pratiques compétitives à l'exception des fédérations de sport pour tous (EPGV, EPMM, FNOMS...). Face à une demande sociale très changeante, les fédérations sportives et leurs clubs affiliés dont la finalité n'est pas la pratique sportive pour tous adoptent des stratégies d'ouverture afin d'accueillir le plus grand nombre de pratiquants et d'accroître ainsi leur nombre de licenciés (exemple : licence à la journée, journée découverte, loisir...).

Comment et quelle stratégie déployer pour attirer, fidéliser, le plus grand nombre de personnes à une pratique régulière d'une activité physique dans un souci de santé ?

Pour avoir un début de réponse à ces problématiques, il est judicieux d'établir un inventaire le plus exhaustif possible des organismes ou structures qui proposent des pratiques physiques dans un contexte de loisirs et également dans le cadre de prise en charge adaptée (obésité, diabète...), médicalisée (post affection cardio-vasculaire, BPCO, etc.).

Cette connaissance permettrait d'autres investigations : mieux connaître les personnes concernées (tranche d'âge, milieu socio-économique et culturel, sexe, etc.), la fréquence dans la pratique, le type de pratique, les modalités de pratique, etc.

Ce diagnostic établi, les axes de travail seraient alors clairement objectivés.

2 Définition du projet

— Description

Il n'y a pas que le sport pour augmenter les dépenses énergétiques pour l'équilibre nécessaire à la santé. L'activité physique (tout mouvement corporel produit par les muscles du squelette et entraînant une dépense d'énergie supérieure à celle dépensée au repos) peut être dans la vie quotidienne, professionnelle, dans les transports, les loisirs et non exclusivement dans le sport.

L'OMS a défini la nécessité de pratiquer de l'activité physique pour la santé et a établi des recommandations pour cela (*Recommandations mondiales sur l'activité physique pour la santé, OMS, 2010*). La sédentarité est le 4^{ème} facteur de risque de mortalité au niveau mondial. Pour enrayer sa progression et ses méfaits et après avoir clairement établi la relation entre absence d'activités



physiques et augmentation des maladies non transmissibles, entre pratique des APS (activités physiques au sens large) et prévention de pathologies cardio-vasculaires, respiratoires, métaboliques (obésité, diabète), musculo-squelettiques, cancer (sein et colon), équilibre et prévention des chutes, dépression, l'OMS a préconisé des niveaux d'activité selon les classes d'âge, des politiques de soutien visant à promouvoir l'activité physique, en adaptant celles-ci aux pays à faible revenu ainsi qu'aux publics les plus démunis.

Afin de favoriser ces pratiques, il convient de mieux identifier les organismes et les acteurs proposant des APS, non compétitives dans un but de santé : prévention ou prise en charge de pathologies (obésité, pathologies cardio-vasculaires, pneumologiques, cancers, etc.) ou d'états particuliers (seniors, adolescent(e)s, femmes avec enfants, etc.).

— Objectifs

Cet état des lieux permettra d'obtenir une meilleure lisibilité de terrain pour une meilleure coordination, pour améliorer l'offre sur le territoire et permettre une prise en charge adaptée à chacun en fonction de son âge ou de sa condition physique (et de sa pathologie éventuelle).

— Population cible

Les acteurs proposant des APS dans un but de santé et in fine la population réunionnaise.

3 Actions à mettre en œuvre

— Identifier les opérateurs en activité physique pour la santé :

- Les associations, clubs, réseaux ;
- Les organismes dans les communes (ASV, OMS, Services municipaux des sports, CCAS, etc.).

— Créer une base de données géographique des actions d'APS ;

— Valoriser et faire connaître par une large diffusion ces organismes à :

- La population ;
- Les acteurs du sport (mouvement fédéral, mouvement olympique, services de l'Etat) ;
- Les acteurs de la santé (professions médicales et paramédicales, URPS, ordres (médecins, infirmier(e)s), etc.).

4 Indicateurs de suivi et de réalisation

Mesure	Indicateurs retenus
PRAANS III-1	Réalisation du recensement des opérateurs en activité physique pour la santé.



Axe III : Favoriser la pratique de l'activité physique

Mesure	Promouvoir l'activité physique au quotidien	FICHE PROJET
		III-2
Pilote	DJSCS.	
Acteurs concernés	ARS OI, Communes, OMS, Conseil Régional, DEAL, Rectorat, IREPS, Conseil Général, Associations.	
Lien avec	SP-Orientation 3-Axe 1 ; PRSE 2 de La Réunion ; PNNS 2011-2015.	

1 Diagnostic

L'activité physique est l'un des principaux facteurs de santé liés au mode de vie. Il faut largement faire connaître la notion suivante : « La sédentarité est un important facteur de risque susceptible de développer un certain nombre de maladies chroniques. »

La recherche épidémiologique a déjà produit des conclusions convaincantes quant aux avantages que présente pour la santé une activité physique suffisante. La pratique régulière d'une activité physique d'au moins 30 min chaque jour de la semaine a des effets bénéfiques pour la santé. Les activités physiques qui n'impliquent aucune compétition, contribuent au bien-être et à la santé, telle que définie par le *Préambule à la Constitution de l'organisation mondiale de la santé (OMS) de 1946*.

2 Définition du projet

— Description

De nombreuses personnes ne s'inscrivent pas dans des clubs ou associations sportives dont l'offre est parfois trop centrée sur des activités sportives compétitives trop stimulantes et/ou contraignantes qui ne correspondent pas à leurs aspirations, à leurs capacités ni à leurs besoins.

Il existe cependant des associations de sport pour tous qui proposent des pratiques physiques centrées sur l'entretien, la santé, le mieux être, la convivialité.

Il paraît nécessaire de faire la promotion d'une part de ces clubs de sport pour tous et d'autre part de proposer des animations pour les personnes qui ne souhaitent pas pour des raisons diverses adhérer à ces associations et qui en ont cependant un réel besoin.

L'activité physique peut être pratiquée régulièrement. L'idéal serait qu'elle s'intègre à la vie quotidienne de chaque personne, à son cadre de vie, à ses déplacements (aller à son lieu de travail, à l'école, promener le chien...) à ses loisirs (jardinage, bricolage, activités physiques ou sportives, jeux intra ou extrascolaires...).

— Objectifs

La promotion de l'activité physique pour la santé a pour objectif de :

- Lutter contre la sédentarité ;
- Prévenir l'altération de la santé ;



- Prévenir la dépendance ;
- Répondre aux enjeux de Santé Publique liés au développement des pathologies chroniques par des propositions d'Activités Physiques Adaptées Santé (APAS).

— Population cible

La population réunionnaise.

3 Actions à mettre en œuvre

— Promouvoir les modes de déplacements actifs ;

- Développer des modes de déplacements non motorisés (pédibus®, vélobus, roller, trottinette, etc.) (Annexe 28) ;
- Mettre en place une signalétique piétonne pour favoriser la marche en ville (Annexe 29) ;
- Mobiliser les collectivités locales à encourager la pratique des APS pour la santé (Annexe 30).

— Encourager l'activité physique en milieu scolaire ;

- Sensibiliser les enseignants à la pratique des activités physiques et sportives dans le premier degré et à tout âge du cursus scolaire ;
- Promouvoir les récréations actives (par la mise en place de dispositif adapté (marelle, etc.)) ;
- Favoriser et multiplier les activités d'accompagnement éducatif sportif pendant les temps extra-scolaires au sein des établissements scolaires et dans l'environnement proche ;
- Utiliser de façon optimale les temps de pratique de l'enseignement obligatoire de l'EPS dans le second degré en favorisant l'accès des élèves à des équipements de proximité ;
- Adapter les équipements sportifs pour permettre une pratique sportive scolaire de masse ;
- Mettre à disposition des établissements des équipements permettant des déplacements actifs : cheminements pédestres, pistes cyclables, parc de vélos.

— Encourager l'activité physique en milieu extra-scolaire ;

- Favoriser les actions des associations sportives et notamment celles de L'Union Sportive de l'Enseignement du Premier degré (USEP) et de l'Union Nationale Sportive Scolaire (UNSS) :
 - Actions sportives inter-écoles ;
 - Actions sportives inter-degrés ;
 - Activités spécifiques hors contexte de compétition (UNSS) : développer les rencontres dans les activités du domaine de l'entretien de soi ;
 - Activités sportives dans le cadre de l'accompagnement éducatif hors établissement scolaire ;
- Favoriser les jeux informels en multipliant et sécurisant les aires de jeux ;
- Promouvoir les activités physiques d'entretien et de loisir entre élèves et parents en reliant activités scolaires et extra scolaires, pratiques associatives scolaires et civiles de l'environnement de l'école ;
- Encourager les « journées du sport scolaire » en les intégrant dans de plus vastes projets (comme les journées Sport-Santé Bien-Etre).

— Favoriser les actions de plein air ;

- Encourager les activités « sports de nature » ;
- Favoriser l'organisation des rencontres sport, telles que :
 - Les journées sport santé des OMS ;
 - Les journées nationales sport-santé-bien-être ;
 - L'équivalent des Journées « Sport en famille » : La famille donne l'exemple...



– **Faire connaître les bienfaits des APS pour la santé ;**

- Journée débat ou concertation sur Sport-APS-Santé avec les différents acteurs ;
- Publications dans des journaux locaux, à destination du public, des acteurs du sport et de la santé ;
- Partage des pratiques entre les acteurs.

– **Former les acteurs de terrain à la promotion de l'activité physique et santé à tous les âges de la vie et au plus près des milieux de vie des personnes.**

4 Indicateurs de suivi et de réalisation

Mesure	Indicateurs retenus
PRAANS III-2	Nombre de villes ayant adhéré à un projet de signalétique urbaine ; Nombre d'actions APS mises en place dans le cadre de la Politique de la Ville.



Axe III : Favoriser la pratique de l'activité physique

Mesure	Favoriser l'accès à la pratique de l'APS pour tous	FICHE PROJET
		III-3
Pilote	DJSCS	
Acteurs concernés	Communes, Conseil Général, Conseil Régional, DEAL, OMS, Clubs et associations sportives, Associations de seniors, CREPS, UFR STAPS, ARS OI, CGSS, CAF, IREPS.	
Lien avec	SP-Orientation 3-Axe 1 ; PRSE 2 de La Réunion ; PNNS 2011-2015.	

1 Diagnostic

La façon dont nous construisons nos villes, concevons le cadre urbain et donnons accès à l'environnement naturel peut être très favorable ou au contraire faire obstacle à l'activité physique et à une vie active. Le cadre social dans lequel les êtres humains travaillent, apprennent, jouent et vivent peut receler d'autres obstacles. Les personnes défavorisées sur les plans financier et social sont plus touchées que les autres par l'obésité et les maladies chroniques.

Il est indispensable de répondre aux besoins et d'utiliser les contributions de l'ensemble des citoyens dans les différents cadres de la vie quotidienne pour tout mettre en œuvre, pour favoriser l'activité physique et une vie active.

2 Définition du projet

— Description

Il convient d'améliorer l'information des différents publics pour la promotion de l'APS et d'améliorer l'environnement et l'accessibilité à ces activités physiques.

— Objectifs

Favoriser la pratique de l'activité physique pour le plus grand nombre et en particulier les populations les plus éloignées des APS et ceux à tous les âges.

— Population cible

La population réunionnaise.



3 Actions à mettre en œuvre

– Développer des actions d'APS pour tous les âges de la vie ;

- **Pour les jeunes filles ;**
 - Redonner le goût des APS aux jeunes adolescentes notamment dans le but d'une meilleure forme et de l'impact positif de l'activité physique sur la perception de leur propre image ;
 - Proposer des activités adaptées et conviviales incitant à la poursuite des APS sur le long terme (*Annexe 31*) ;
- **Pour les seniors :**
 - Poursuivre la mise en place d'activités physiques régulières adaptées et accessibles financièrement pour les seniors autonomes de plus de 60 ans dans chaque commune. Ainsi que progressivement pour les seniors fragilisés et dépendants (*Annexe 32*) ;
 - Pérenniser le projet « Challenges des seniors » ;
- **Pour les jeunes en surpoids :**
 - Mettre en place un réseau d'activités physiques adaptées, non compétitives, régulières (au moins bi-hebdomadaires), sécurisées, mais non médicalisées sur le terrain, et accessibles financièrement pour les enfants et jeunes en surpoids dans chaque commune en tenant compte des groupes existants qui le font et en relation avec les professionnels chargés de leur suivi (*Annexe 33*) ;
- **Pour les enfants avant la maternelle :**
 - Favoriser le développement des activités physiques pour les jeunes enfants de 0-6 ans et leurs parents dans le but de resserrer les liens familiaux (*Annexe 34*).

– Favoriser la coordination des partenaires offrant des prestations d'activités physiques ;

- Créer une plate-forme de recensement des actions d'APS pour le partage d'informations : site Internet alimenté avec la base de donnée de la fiche projet axe III-1 et proposant des informations sur les activités et pratiques des uns et des autres, le calendrier des appels à projet, l'annuaire des acteurs...

– Mettre à disposition des informations pour la promotion de la santé par les APS lors de rencontres sportives telles que :

- Les dimanches sur la route libérée des Tamarins ;
- Les journées sport santé des OMS ;
- Les journées nationales sport-santé-bien-être.

– Améliorer l'accessibilité (physique, financière...) aux infrastructures sportives, en lien avec les communes :

- Dans l'espace ;
- Dans le temps ;
- A tous publics (personnes handicapées, seniors, mères de famille, personnes démunies, personnes détenues, jeunes en difficulté, etc.).

4 Indicateurs de suivi et de réalisation

Mesure	Indicateurs retenus
PRAANS III-3	Nombre de villes participant au « Challenges des seniors » ; Nombre de villes mettant en place une offre d'activités physiques adaptées pour les enfants en surpoids ou obèses.



Annexe 7 : Fiche RNCP, licence STAPS APA

Le Répertoire National des Certifications Professionnelles (RNCP)

[Imprimer](#)

Résumé descriptif de la certification

Intitulé

Licence : Licence Activité Physique Adaptée et Santé

Autorité responsable de la certification

- UNIVERSITE DE PARIS XI - PARIS SUD
- UNIVERSITE DE BORDEAUX II - VICTOR SEGALEN
- UNIVERSITE DE BOURGOGNE
- UNIVERSITE DE PICARDIE - JULES VERNE
- UNIVERSITE DE FRANCHE COMTE
- MINISTERE CHARGE DE L'EDUCATION NATIONALE
- UNIVERSITE DE PARIS V - RENE DESCARTES
- UNIVERSITE DE VALENCIENNES ET DU HAINAUT-CAMBRESIS
- UNIVERSITE DU LITTORAL
- UNIVERSITE D'ARTOIS
- UNIVERSITE DE GRENOBLE I - JOSEPH FOURIER
Modalités d'élaboration des références :
CNESER

Qualité du(es) signataire(s) de la certification

- Président de l'université de Picardie
- Président de l'université de Bourgogne
- Président de l'université de Franche Comté
- Président de l'université d'Artois
- Président de l'université de Valenciennes
- Président de l'université de Paris V
- Président de l'université de Paris XI
- Président de l'université de Bordeaux II
- Président de l'université du Littoral

Niveau et/ou domaine d'activité

II (Nomenclature de 1967)

Code NSF:

335 Animation sportive, culturelle et de Loisirs

Résumé du référentiel d'emploi ou éléments de compétence acquis

Le professionnel a pour vocation de participer à la conception, la conduite et l'évaluation de programmes de Prévention, de Réadaptation ou/et d'Intégration par l'Activité Physique

LISTE DES ACTIVITES VISEES PAR LE DIPLOME

- 1- Participer à la conception de projet
Identification des besoins des populations concernées par la Prévention, la Réadaptation et l'Intégration.
- 2- Concevoir et organiser des programmes d'intervention
Evaluer les capacités des pratiquants avec les méthodologies adéquates.
Planifie la prise en charge des personnes au travers des séquences, des séances et des situations
Planifie les conditions de gestion et d'administration des programmes
S'assurer que les programmes respectent les conditions de sécurité de la prise en charge et l'intégrité sanitaire, physique et morale des personnes et leurs intérêts.
- 3- Conduire et évaluer des programmes d'intervention
Conduit les séquences, séances et situations qui constituent les modalités de l'intervention
Mets en place l'évaluation des effets de l'intervention
Rend compte de son activité et fait des propositions de régulation de la prise en charge
- 4- Participer au pilotage du projet
Présente le programme dont il a la charge dans son contexte : aux pratiquants, aux institutions, aux responsables, partenaires, familles
Communique avec le public ou la famille et les médias dans le respect des règles de déontologie et dans l'intérêt des pratiquants.

1- Participer à la conception de projet

Il situe son action à l'intérieur d'un projet global : politique et institutionnel, de Prévention, de Réadaptation ou d'Intégration par l'activité physique.

Il relie les caractéristiques des populations prises en charge aux effets attendus de la pratique physique
Identifie les caractéristiques des populations prises en charge pour faire une proposition de programme intégré au projet

Identifie les caractéristiques des Activités Physiques pertinentes au regard des besoins du pratiquant, et des objectifs de l'institution et les adapte.

2- Concevoir et organiser des programmes d'intervention

Maîtrise les principaux outils et méthodes de l'évaluation des capacités des populations concernées et leur condition de mise en œuvre

Maîtrise les principaux paramètres de la planification de la prise en charge (programme, séquence, séance, situation)

Maîtrise le cadre juridique et réglementaire des programmes et des structures concernées

Maîtrise les connaissances scientifiques nécessaires à l'élaboration de son intervention

Intègre les conséquences de la pratique physique dans une prise en charge globale et quotidienne de la personne (Hygiène de vie, « Bien-être », « qualité de vie »)

Réunit les ressources humaines et la logistique nécessaires à son intervention

3- Conduire et évaluer des programmes d'intervention

Maîtrise les éléments essentiels de la relation à la population tant dans ses aspects humains, pédagogiques que déontologiques

Détermine et adapte les modalités et contenus de son intervention

Maîtrise les outils et méthodes d'évaluation des capacités des populations concernées

Maîtrise les outils et techniques nécessaires à son intervention

4- Participer au pilotage du projet

Maîtrise les techniques de communication visant la promotion de sa structure et de son activité

Présente et argumente, à l'écrit et à l'oral, les projets et les bilans de ses interventions.

Secteurs d'activité ou types d'emplois accessibles par le détenteur de ce diplôme, ce titre ou ce certificat

Le professionnel a pour vocation de participer à la conception, la conduite et l'évaluation de programmes, de Réadaptation et d'Intégration par l'Activité Physique Adaptée auprès de groupes de personnes relevant des catégories suivantes : troubles fonctionnels et métaboliques, troubles sensoriels et moteurs, troubles du comportement et de la personnalité, déficiences intellectuelles, Inadaptation sociale, troubles liés au vieillissement, maladies chroniques ou létales...

Le professionnel a pour mission de participer à la conception, la conduite et l'évaluation de programmes de Prévention, de suivi et d'Education de la Santé par l'Activité Physique Adaptée auprès de tout public.

Ce professionnel peut prétendre aux métiers suivants :

- Coordonnateur de programmes d'Intégration par l'Activité Physique Adaptée (APA), la Prévention et l'Education à la Santé, le Réadaptation et le réentraînement.
- Professeur en APA en milieu spécialisé
- Entraîneur en Activités Physiques et Sportives adaptées
- Spécialiste de la Prévention par l'Activité physique (AP)
- Cadre formateur en APA, en AP et Santé
- Educateurs spécialisés en APA.

Codes des fiches ROME les plus proches : 32151

Modalités d'accès à cette certification

Descriptif des composantes de la certification :

Les principales composantes de la certification s'organisent autour des éléments suivants:

Connaissances techniques, pratiques et technologiques des pratiques physiques

Connaissance des caractéristiques des populations prises en charge

Connaissance juridique et réglementaire des structures et des institutions des secteurs d'intervention

concernés

Connaissance scientifiques liées à la Prévention, la Réadaptation et l'Intégration dans les champs :

- Des Sciences de la Vie et de la Santé
- Des Sciences Humaines et Sociales
- Des Sciences juridiques et de Gestion
- Des Sciences et Techniques de l'Information et la Communication

Connaissances méthodologiques de :

- La Conception et la Conduite de programmes
- L'Intervention dans les secteurs concernés

Connaissances des outils et méthodes de :

- L'observation et l'évaluation des capacités des personnes
- Traitement des données (informatique, statistique, analyse de données)
- La communication (langue, expression écrite et orale)

Professionnalisation et stage

Validité des composantes acquises : non prévue

Conditions d'inscription à la certification	Oui	Non	Composition des jurys
Après un parcours de formation sous statut d'élève ou d'étudiant	X		Jury d'enseignants chercheurs et de professionnels détachés du second degré
En contrat d'apprentissage		X	
Après un parcours de formation continue	X		Commission des validations d'acquis professionnels
En contrat de professionnalisation		X	
Par candidature individuelle		X	
Par expérience	X		Jury des validations d'acquis de l'expérience (enseignants chercheurs et professionnels)

Liens avec d'autres certifications	Accords européens ou internationaux

Base légale

Référence arrêté création (ou date 1er arrêté enregistrement) :
 Arrêté du 23/04/2002 relatif aux études universitaires conduisant au grade de licence.

Pour plus d'informations

Statistiques :

Autres sources d'information :

- <http://www.u-bordeaux2.fr/>
- <http://www.u-bourgogne.fr/>
- <http://www.u-picardie.fr/>
- <http://www.ujf-grenoble.fr/>
- <http://www.univ-artois.fr/francais/port1024/index1024.htm>
- <http://www.univ-fcomte.fr/>
- <http://www.univ-metz.fr/>

Annexe 8 : Diplôme des salariés spécialisés Sport/santé et APA



Ressources humaines – Salariés sport/santé et APA

Diplôme des salariés spécialisés Sport/Santé et APA

	HANDI-SA	SportTous	SSMS- prévention	ENSEMBLE
PSC1			1	1
TRX		1		1
BAFA, BAFD	1	7		8
Brevet fédéral	1	3	1	5
BNSSA		2		2
CQP animateur loisir sportif		1		1
BAPAAT		8		8
BE, BPJEPS	1	63	3	67
Biquelification BE, BP JEPS, autre	1	3		4
BEES2		4		4
DEJEPS	1			1
DESJEPS		1		1
Licence STAPS APA	2	1	4	7
Master STAPS APA	1		3	4
Bi qualification Master STAPS , BE, autre		1		1
Educateur spécialisé			1	1
Educateur spécialisé et BAFA	1			1
Sans diplôme	3	4		7
TOTAL	12	99	13	124



www.cariforef-reunion.net



Annexe 9 : Diplôme et parcours des intervenants spécialisés Sport/santé et APA



Ressources humaines – Intervenants sport/santé et APA Diplôme et parcours des intervenants spécialisés Sport/Santé et APA

	HANDI-SA	SportTous	SSMS-prévention	TOTAL
Aide-soignante			2	2
Infirmier			1	1
Instructeur Zumba		1		1
Brevet fédéral		1		1
CQP animateur loisir sportif		3		3
Formation gym volontaire		3		3
BNSSA		3		3
BE, BPIEPS	1	28		29
Bi qualification BE, DEUST métiers de la forme		1		1
Bi qualification Licence STAPS, BE		1		1
BEEES2		1	1	2
Bi qualification BEEES2, DU éducation à la santé			1	1
DESJEPS		1		1
Licence STAPS APA			2	2
Master STAPS			1	1
Sportif haut niveau	2			2
Sans qualification	3	2		5
Ensemble	6	45	8	59



www.cariforef-reunion.net



Annexe 10 : Livret de suivi en APA, programme Bouzanou



Page 3 LA GESTION DE MON TEMPS

Planning

	LLN	MNK	NKR	JEU	ZEN	SMB
8-13h						
10h12h						
13h-14h						
14h-16h						
16h-18h						
18h-20h						

Page 4 MON CAHIER

Le document suivant pourra vous aider à faire le point..

Ce livret peut vous permettre de faire le bilan, de constater et d'adhérer aux activités physiques conseillées.

NOM : _____ PRÉNOM : _____

AGE : _____ TAILLE : _____ POIDS : _____

PROBLEME(S) PHYSIQUE(S) : _____

AVEZ-VOUS DÉJÀ PRATIQUÉ DU SPORT ?

OUI NON

Si oui le(s)quel(s) ? _____

Dans quel(s) contexte(s) ? _____

Page 5 MON ETAT DE FORME

Ma Forme Physique

Une activité physique ciblée et régulière améliore la santé et la qualité de vie.

Page 6 MON CORPS

Entourez les zones douloureuses du corps

Notes

Page 7 MA SANTE

Le questionnaire est à compléter chaque semaine, si possible dans les mêmes conditions (et avant une activité).

Date	MON ETAT DE SANTE				

Page 8 MON NIVEAU D'ACTIVITE

1. Considérez une période d'une semaine. Combien de fois, en moyenne, vous adonnez-vous aux types d'activités physiques suivantes pendant plus de 15 minutes durant vos temps libres ? (inscrivez le nombre approprié sur chaque ligne).

Nombre de fois/semaine

a) ACTIVITE PHYSIQUE D'INTENSITE ELEVEE (FREQUENCE CARDIAQUE ELEVEE)
(exemple : jogging ou course à pied, cyclisme intensif sur longue distance, nage intensive...)

b) ACTIVITE PHYSIQUE MODEREE (SANS ETRE EXHAUSTANT)
(exemple : marche rapide, tennis, badminton, tennis, volley ball, promenade à vélo...)

c) ACTIVITE PHYSIQUE D'INTENSITE FAIBLE (EFFORT MINIMAL)
(exemple : marche lente, bowling, golf, jardinage, ménage...)

2. Considérez une période d'une semaine. Durant vos temps libres, à quelle fréquence pratiquez-vous une activité physique régulière suffisamment soutenue pour provoquer une transpiration (le cœur bat rapidement) ?

Souvent Parfois Jamais/peu

(1) (2) (3)

Page 9 LA MARCHÉ FRACTIONNÉE



Marche fractionnée



Reprendre une activité aérobique, apprendre à gérer un effort physique, me confronter à mes difficultés.

Page 10 TEST DE MARCHÉ DE 6 MINUTES

Objectif(s) :

	ENTREE	DLAN 1
Temps effectués		
Distance parcourue	mètres	mètres
Fréquence cardiaque	Bat/min	Bat/min

A REMPLIR PAR L'ENCADRANT

DEBUT DE PROGRAMME

Réentraînement à ... % de la Fc maximum estimée

Distance de réentraînement à parcourir en 6 minutes :

Distance de réentraînement à parcourir en 20 minutes :

Distance de réentraînement à parcourir en 30 minutes :

FIN DE PROGRAMME

Réentraînement à ... % de la Fc maximum estimée

Distance de réentraînement à parcourir en 6 minutes :

Distance de réentraînement à parcourir en 20 minutes :

Distance de réentraînement à parcourir en 30 minutes :

Page 11 ECHAUFFEMENTS ET ETirements

La marche (avant et après)
Environ 7 minutes



Ces étirements faciliteront les mouvements de la marche.

Page 12 NOTES

Renforcement musculaire



Une meilleure souplesse, force et endurance musculaire me permettent une meilleure autonomie dans la vie quotidienne.



Etre capable de pratiquer seul une activité physique après son suivi, rechercher de l'information, réaliser des apprentissages durables.

Aide mémoire

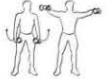
► **Elevation frontale** : debout, pieds écartés de la largeur des épaules, et le dos bien droit (si besoin appui contre un mur), inspiration en montant les bras dans l'axe des épaules, jusqu'à ce qu'ils soient parallèles au sol, et expiration en freinant la descente.



But : renforcement des épaules et des dorsaux

► **Elevation latérale** : idem précédent mais bras sur le côté : le bras remonte en inspirant jusqu'à hauteur d'épaule puis je freine la descente en expirant.

But : renforcement des deltoïdes et des triceps



► **Développé couché** : allongé sur le dos au sol ou sur un banc de musculation, coudes dans l'axe des épaules, on tend les bras dans l'axe en soufflant.

But : renforcement des pectoraux et des épaules.



RECOMMANDATIONS

Des précautions sont à prendre pour le renforcement musculaire, en piscine ou en plein air :

- ⇒ Ne pas pratiquer si contre indication médicale
- ⇒ Gardez toujours le dos et la tête droite; si nécessaire s'appuyer contre un mur.
- ⇒ Travaillez à vide ou avec des poids/objets très légers.
- ⇒ Au sol, toujours conserver la tête posée
- ⇒ Travaillez lentement est plus efficace (freiner la charge).
- ⇒ Pensez à bien respirer (utiliser la bouche et le nez).
- ⇒ Toujours **échauffer** les membres concernés avant les exercices

En position debout, à réaliser soit à vide, soit avec haltères/objets légers (entre 500g et 2 kg) à chaque main :

► **Flexion-extension des bras** : debout, tête levée, dos droit, jambes (faibles et écartées, pieds parallèles, étirez les bras vers l'arrière et les tendre devant vous, parallèles au sol. Expirez en ramenant devant vous (cet exercice peut aussi se réaliser au sol).

But : renforcement des épaules et des trapèzes.



► **Élévations d'un bras après l'autre** : cf précédent (dos immobile).

But : renforcement triceps, des épaules et des dorsaux



► **Extension des pieds en position debout, avec pointe de pieds surélevées** (barre de bois/marche/trottoir) : on reste quelques secondes en l'air sur pointe de pieds (2 à 5s) puis on revient en position initiale.


But : renforcement des jarrets/mufler



► **Elevation alternée des jambes** : allongé, lombaires au sol, bras le long du corps, une jambe pliée. On inspire en levant la jambe bien tendue du sol puis on expire en freinant sa descente. Attention à ne pas laisser son pied toucher par terre et à garder son pied en flexion dorsale (doigts de pieds vers vous le plus possible).

But : renforcement des quadriceps (muscles des cuisses)

LES MEMBRES INFÉRIEURS Page 19

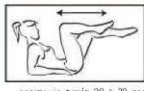


▶ **Debout en position de fente avant :** en appui surant sur la jambe avant qui est fléchie et pen sur la jambe arrière qui est plié, les deux pieds dans la même direction, épaules tirées vers l'arrière, dos droit. On va pratiquer de petites élévations sur les jambes (pointes de pieds) puis on redescend mais sans repasser le talon au sol si possible. N'hésitez pas à vous appuyer contre un mur latéralement.
But : renforcement des quadriceps

▶ **Debout, pieds écartés de la largeur des épaules :** mains sur les cuisses. Inspiratif puis on descend comme pour s'asseoir en arrière (dos bien droit / tête dans le prolongement des épaules), expiration dans cette position quelques secondes puis retour debout. Attention à ne pas aller trop loin (ou d'être pas revenu), à la position des rotules (jamais plus loin que nos pieds) et à l'angle cuisse mollet qui doit être à peu près 90°.
But : renforcement des quadriceps

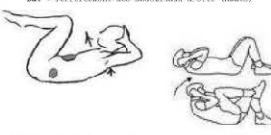


LES ABDOMINAUX Page 21



▶ **Pédalage :** Allongé sur le dos, en appui sur les coudes ou sur le sol, tête dans l'axe de la colonne, dos bien droit / mouvement des jambes type « vélo » avec jambe quasi tendue et fil de mouvement. On essaie de tenir 20 à 30 secondes.
But : renforcement des abdominaux droits (hauts)

▶ **Crunch au ventral :** Allongé au sol, mains derrière les oreilles, tête et colonne vertébrale alignées, jambes en l'air et croisées. On inspire l'air au sol et on expire en décollant légèrement les épaules et la nuque.
But : renforcement des abdominaux droits (hauts)



▶ **Obliques :** allongé sur le dos, les jambes allées, au sol, on croise une de ses jambes sur l'autre. Quand on remonte on cherche à mettre le coude sur le genou opposé (coude droit sur genou gauche / coude gauche sur genou droit). Ne pas lier sur la nuque avec les mains pour s'aider à monter.
But : renforcement des abdominaux obliques

Page 23 NCTES

Page 26 LES MEMBRES INFÉRIEURS



▶ **Élévation latérale des jambes :** Au sol, allongé sur le côté, la tête en appui sur le coude le bras, les deux jambes dans l'axe de la colonne vertébrale. En inspirant, on lève la jambe tendue (avec pointe de pied vers vous !), jusqu'à 45° environ ; en expirant on ramène la descente de la jambe et on empêche le contact avec le reste du corps.
But : renforcement des quadriceps et des ischio-jambiers (muscles postérieurs de la cuisse).

▶ **Au sol :** à quatre pattes en appui sur les mains, dos bien droit. On élève la jambe tendue (pointe de pied au sol) vers l'arrière. On réalise des petits battements de jambe. Après une série de mouvement, on change de jambe. Même position initiale. On tend la jambe derrière, dans l'axe de la colonne vertébrale; on tient cette position 5 à 5 secondes puis on ramène sa jambe pliée sous son ventre, sans toucher le sol.
But : renforcement des muscles fessiers



Page 22 LES ABDOMINAUX

▶ **Freiner la descente des jambes :** allongé au sol sur le dos ou sur les coudes, bras le long du corps on inspire et remontait ses jambes pliées vers sa poitrine puis on élève les jambes, tendues et croisées, sans le pied. On fixe au haut on expire on laissez descendre ses jambes tendues (freiner la descente).
But : renforcement des abdominaux droits (bas)



▶ **Allongé au sol sur le dos, jambes fléchies en appui sur les talons :** bras le long du corps (mains des mains vers le ciel), tête dans l'axe de la colonne au sol. On monte légèrement les épaules, les bras et le torse en tirant, on maintient la position entre 2 et 5 secondes, puis on redescend le plus lentement possible on expire, pendant le maintien de la position contracter abdomen et fessiers.
But : renforcement des abdominaux droits



Répétition et récupération :
Effectuer **2 à 3 séances** maximum par semaine
Répéter **10 à 30 fois** les mouvements pour un exercice
Répéter les exercices entre **2 et 4 fois**
Prendre entre **30 secondes à 1 minute** de récupération entre chaque série
Vous pouvez augmenter le nombre de mouvements ou de répétitions de l'exercice avec l'entraînement.

Exemple de programmation :
Semaines 1 & 2 → 2 fois tous les exercices avec 10 répétitions
Semaines 3 & 4 → 2 fois tous les exercices avec 15 répétitions
Semaines 5 & 6 → 2 fois tous les exercices avec 20 répétitions
Semaines 7 & 8 → 3 fois tous les exercices avec 15 répétitions
Semaine 9 & 10 → 3 fois tous les exercices avec 15 répétitions
Semaine 10 & 11 → 3 fois tous les exercices avec 20 répétitions

Mis en place par :
Mathieu DE PALMA

Programme

BOUZ A NOU

SAKI FO

**BOUZ
A
NOU**

SAKI FO

Activité Physique Adaptée
Pour les personnes porteuses de
pathologies chroniques

S A I N T - P A U L
handisports

Fédération Française EPMM
Sports pour Tous

A.S.E.C. NATATION
SAINT-PAUL
REUNION

MINISTÈRE DES SPORTS,
DE LA JEUNESSE,
DE L'ÉDUCATION
POPULAIRE ET DE
LA VIE ASSOCIATIVE

CNDS
CENTRE NATIONAL
POUR LE
DÉVELOPPEMENT
DU SPORT

© **imroi.fr**

Réalisation : MENGIN Thomas, 2013

Sommaire

- Introduction _____ p°3
- Comprendre le programme BOUZ A NOU SA KI FO _____ p°4
- Axe 1 : Améliorer la condition physique _____ p°5
- Axe 2 : Développer les connaissances sur l'APA et la nutrition _____ p°9
- Axe 3 : Développer le plaisir dans la pratique _____ p°12
- Axe 4 : Donner les outils pour construire ses propres séances d'APA _____ p°15
- Axe 5 : Informer sur les lieux de pratique et faire en bilan post-programme _____ p°19
- Objectif Transversal : Réalisation et proposition d'un cahier de suivi APA _____ p°22
- Dépenses du programme _____ p°23
- Sigles, références et bibliographie _____ p°24
- Partenaires et Remerciements _____ p°25
- Contact pour le programme BOUZ A NOU SA KI FO _____ p°26

Introduction

Les bénéfices de l'activité physique pour la santé sont aujourd'hui largement vérifiés et reconnus. L'exercice physique d'intensité modérée est associé à une réduction de la mortalité toutes-causes et de la mortalité cardio-vasculaire.

De plus au niveau de l'individu, l'activité physique est un facteur d'épanouissement personnel. C'est pour le plaisir que les Français choisissent de pratiquer un sport (89%), les bénéfices pour la santé ne viennent qu'au second rang des motivations (72%) et maigrir n'est que l'objectif de 15% des français (INSEE, 2001)[1]

L'île de la Réunion est particulièrement touchée par les maladies chroniques. Des réseaux de santé se sont formés en réponse à ce phénomène et proposent actuellement diverses prestations (Dépistage, Éducation Thérapeutique du Patient).

Cependant, on remarque **un manque d'activités physiques adaptées (APA) régulier** envers le public malade chronique sur l'agglomération Saint-Pauloise.

Exemple du diabète :

Prévalence du diabète traité pharmacologiquement (SNIIR-AM 2010)		
	La Réunion	France générale
Augmentation de 2006 à 2009	+ 1.5 %	+ 0.6 %
2009	8.8 %	4.4 %

Les pathologies chroniques s'inscrivent dans la durée et nécessitent donc une prise en charge longue et complexe. Pour traiter de manière efficace les malades, la prise en charge nécessite l'intervention de nombreux acteurs de santé regroupant le secteur sanitaire, médico-social et social. Tout cela afin de personnaliser la prise en charge du patient. L'intérêt est de placer le patient au centre de sa prise en charge.

Le programme Bouzanou se situe en aval de la prise en charge et concerne les adultes dont la maladie est stabilisée et aux personnes possédant un avis médical positif à la pratique d'une activité physique adaptée.

La pratique régulière d'une activité physique est maintenant reconnue comme faisant partie intégrante de la prise en charge thérapeutique des maladies chroniques. L'activité physique est ici un outil de prévention et de traitement des principales pathologies chroniques. (INSERM 2008, activité physique, contextes et effets sur la santé, expertise collective).

C'est donc par le biais du projet BOUZ A NOU SA KI FO que l'association souhaite agir face à ce constat et proposer une prestation de qualité en matière d'activité physique régulière et adaptée aux personnes présentant des pathologies chroniques.



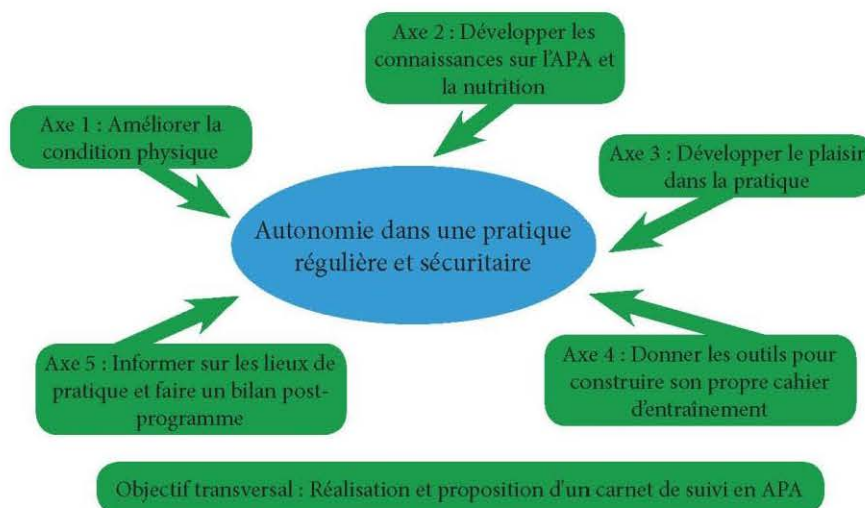
Comprendre le programme BOUZANOU SA KI FO

Le programme BOUZ A NOU SA KI FO vise à faire adopter chez la personne malade chronique de bonnes habitudes de vie en ce qui concerne la pratique d'une activité physique adaptée, régulière, autonome et sécurisante dans un but de santé.

L'objectif général du programme est :

« Suite au programme d'un an de bouzanou,
80% des adhérents pratiquent une Activité Physique régulière
au sein d'une association ou au moins 2 fois par semaine en autonomie. »

Pour satisfaire à cet objectif général, le programme s'articule autour de 5 axes qui caractérisent 5 objectifs spécifiques, ainsi qu'un objectif transversal.



Le programme se déroule sur 40 semaines de pratique hors période de vacances scolaires.

- 40h de réentraînement à l'effort par la marche et variantes
- 40h de renforcement musculaire aquatique
- 20h de relaxation, travail sur les compétences psychosociales à travers l'AP. Travail sur la relation au corps.
- 4h d'information et d'éducation à la santé par l'Activité Physique



Axe 1

Amélioration de la condition physique

La condition physique correspond à "la possibilité que les individus ont, ou acquièrent, de réaliser différentes activités physiques". C'est "l'état fonctionnel dans lequel se trouvent les différents systèmes organiques d'un individu donné par rapport à leur niveau optimum de fonctionnement qui lui-même dépend du patrimoine génétique, du sexe et de l'âge" [2] La condition physique dépend des capacités cardiorespiratoires, de l'état nutritionnel, de la composition corporelle et de l'appareil locomoteur du sujet.

L'évaluation de la condition physique est une étape incontournable de la prise en charge. Elle nécessite une adéquation entre les capacités physiques (niveau habituel d'activité physique, aptitude naturelle à se bouger, niveau de risque potentiel à l'effort) et mentales de la personne. [3]

Améliorer sa condition physique est la première étape pour parvenir à une pratique autonome en toute sécurité. La condition physique contribue de manière globale au bon fonctionnement de l'organisme, développer son endurance cardiovasculaire, son endurance cardiorespiratoire, renforcer et développer l'endurance des grands groupes musculaires, ses articulations et également améliorer sa souplesse.

- Le développement de l'endurance cardiovasculaire aura pour effet de fortifier le cœur, les poumons et le système circulatoire et favorisera dans la vie de tous les jours une activité quotidienne plus intense sans fatigue excessive.
- Le développement de l'endurance des grands groupes musculaires permettra à l'adhérent d'avoir une meilleure aisance et une facilité lors des déplacements demandant une intensification de la force musculaire (monter les escaliers, bricoler, monter une côte...)
- L'amélioration de la souplesse (souplesse musculaire et articulaire) permet une aisance dans les gestes de la vie quotidienne comme se baisser pour ramasser un objet. Cela conditionne directement la qualité de vie de la personne.

OS.1 : Améliorer de 20% la condition physique du pratiquant entre le début et la fin du programme

- OO.1.1 : Évaluer la condition physique de l'adhérent au début, au milieu et à la fin du programme par l'intermédiaire du test de 6 minutes.
- OO.1.2 : Mettre en place trois séances d'une heure par mois de réentraînement à l'effort par la marche.
- OO.1.3 : Mettre en place une séance d'une heure par semaine de renforcement musculaire aquatique.

Évaluation de résultat :

Indicateurs	Sources de données
<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de personnes ayant amélioré leur condition physique de 20% et plus • Nombre de personnes ayant amélioré leur condition physique de moins de 20% • Nombre de personnes n'ayant pas amélioré leur condition physique 	<ul style="list-style-type: none"> • Analyses des tests et des résultats

OO.1.1

Évaluer la condition physique de l'adhérent au début, au milieu et à la fin du programme par l'intermédiaire du test de 6 minutes.

Pourquoi et comment évaluer ?

L'évaluation de la condition physique est une étape importante et indispensable dans la prise en charge par les Activités Physiques Adaptées de l'adhérent. Cette évaluation va permettre de proposer un programme d'APA individualisé visant le réentraînement et le reconditionnement physique.

L'évaluation à un double objectif :

- Permettre à l'Enseignant en APA (EAPA) de construire objectivement et efficacement un programme de réentraînement et de reconditionnement à l'effort individualisé et de qualité.
- Permettre à l'adhérent de prendre conscience de son état de santé et de se fixer des objectifs concrets et réalisables avec le soutien du professionnel en APA.

Le test utilisé dans la démarche Bouzanou est le test de 6 minutes. (Annexe 1) Il s'inscrit parfaitement dans la prise en charge en APA et permet d'évaluer les capacités fonctionnelles et les effets du réentraînement à l'effort.

Déroulement :

Parcours de santé du Front de mer.

Le test doit s'effectuer au début, au milieu et à la fin du programme pendant les séances de réentraînement à l'effort par la marche.

Test réalisé individuellement dans un endroit peu fréquenté sur un terrain plat et dégagé.

Moyen humain	Moyens matériels
1 intervenant APA	Plots ; Cardiofréquencemètres ; Chronomètres ; Feuille de note

Évaluation :

Questions évaluatives	Indicateurs	Sources de données
Les pratiquants ont-ils été assidus aux tests proposés ?	% de présence aux tests	Feuille de présence
Les tests ont-ils pu être réalisés ?	Nombre de tests réalisés/pré-vus	Planning prévisionnel / réel
Le résultat des tests est t-il exploitable et réaliste ?	Comparaison des tests	Planning, analyse des résultats



OO.1.2

Mettre en place trois séances d'une heure par mois de réentraînement à l'effort par la marche

Pourquoi la marche ?

Le réentraînement à l'effort par la marche est un travail ayant pour but d'améliorer la condition physique. Les objectifs de ce réentraînement est de stimuler et de développer les fonctions cardiovasculaires, cardiorespiratoires, articulaires ainsi que les différents groupes musculaires. L'activité marche est très adaptée pour travailler l'endurance. Activité accessible à bon nombre de personnes malades et ne demandant pas un effort intense si elle est pratiquée de manière raisonnée. La marche sur un sol mi-dur tel que des chemins en terre type sous-bois est à privilégier pour permettre de ne pas traumatiser les articulations et les muscles.

Avant la séance, un personnel médical va s'assurer que les pratiquants peuvent participer à la séance sans problème, prendre les constantes et suivre en temps réel la pratique des adhérents. Toutes les séances de réentraînement à l'effort par la marche doivent être précédées d'une séance d'échauffement d'environ 15 minutes. Celui-ci va permettre à l'organisme de se préparer à l'effort. Il est nécessaire afin de prévenir le risque d'accident. Il va permettre une mobilisation des articulations et des muscles qui vont être sollicités ainsi qu'à la préparation cardio-respiratoire. L'échauffement se fait en groupe mais à l'allure de chacun.

Le corps de séance est individualisé pour chaque participant. Il est en fonction des résultats du test de 6 minutes, des capacités de chacun et évolue au fur et à mesure des séances suivant l'évolution du niveau de condition physique. Le plus souvent il se base sur une distance à parcourir, sur un temps donné, un rythme cardiaque à respecter.

Les étirements et le retour au calme en fin de séance se réalisent en groupe

Déroulement :

Parcours de Santé du Front de mer : Terrains ombragés et aérés, chemin accessible mi-dur favorisant la pratique de la marche dans de bonnes conditions.

Moyens humains	Moyens matériels
1 intervenant APA 1 personnel médical	Plots ; Cardiofréquencesmètres ; 1 DEA ; podomètre

Évaluation :

Questions évaluatives	Indicateurs	Sources de données
Les pratiquants ont-ils été assidus du début à la fin du programme ?	% de présence	Feuille de présence
Le planning des séances à t-il été respecté ?	Nbr de séances réalisés/mois	Planning prévisionnel/ réel
Le contenu des séances était t-il adapté au public ?	% de présence ; participation active des adhérents	Feuille de présence ; Entretien individuel



OO.1.3

Mettre en place une séance d'une heure par semaine de renforcement musculaire aquatique.

Pourquoi le renforcement musculaire aquatique ?

Le renforcement musculaire permet l'augmentation du métabolisme de repos donc des dépenses énergétiques, de l'augmentation de la force et du tonus musculaire, de l'amélioration du métabolisme glucidique et de l'amélioration du profil lipidique [2]

Il est intéressant de travailler avec un exercice par groupe musculaire et une intensité : 50-70%max à vitesse contrôlée, pendant une durée de 8 à 10 exercices mobilisant les différents groupes musculaires, 10 à 15 répétitions de chaque exercice. La souplesse est aussi travaillée entre deux séries de musculation. [3]

Le milieu aquatique apporte de nombreux avantages contrairement à l'activité physique sur terre et encore plus sur le territoire de La Réunion où règne un climat tropical.

Le travail en piscine va permettre d'améliorer la force, l'endurance et la résistance musculaire que ce soit en position debout, assis, avec des appuis... La résistance du milieu aquatique va permettre de réaliser des mouvements corporels sans créer de traumatismes articulaires, musculaires, et limite considérablement le risque de blessures. Le milieu va permettre un travail spécifique intéressant en utilisant la résistance de l'eau.

Déroulement :

Piscine municipale du front de mer

- Échauffements : 10 à 15 minutes
- Corps de séance : 35 à 45 minutes
- Étirements et retour au calme : 10 à 15 minutes

Le travail se réalise en groupe et certains exercices (type, durée, intensité, fréquence) sont adaptés en fonction des capacités de chacun.

Moyen humain	Moyens matériels
1 intervenant APA	Frites ; Planches ; Poids ; Haltères aquatiques

Évaluation :

Questions évaluatives	Indicateurs	Sources de données
Les pratiquants ont-ils été assidus du début à la fin du programme ?	% de présence	Feuille de présence
Le planning des séances à t-il été respecté ?	Nbr de séance réalisés/mois	Planning prévisionnel/ réel
Le contenu des séances était-il adapté au public ?	% de présence ; participation active des adhérents	Feuille de présence ; Entretien individuel



Axe 2

Développer ses connaissances sur l'APA et la nutrition

Les bienfaits de l'activité physique ne sont plus à démontrer. Il s'agit dans cet axe de bien différencier l'activité physique du sport et d'insister sur l'aspect adapté de l'activité physique. Il faut faire évoluer les comportements et ancrer la personne dans une démarche personnelle de l'activité physique sans comparaison avec les autres personnes participant au programme.

Cet axe de travail va permettre de mettre en lumière certains aspects sur la Nutrition (activité physique et alimentation) et à éviter ainsi toutes fausses représentations sur la question.

Il est intéressant de favoriser le dialogue dans le groupe de réflexion et d'inviter les adhérents aux débats en reprenant éventuellement des exemples pratiques lors des différentes interventions passées.

OS 2 : Développer les connaissances et faire évoluer les représentations sur l'activité physique, la nutrition lié à l'activité physique dans un but de santé.

- OO.2.1 : Identifier les représentations et les connaissances des pratiquants sur la notion d'Activité Physique et alimentation par le biais d'entretiens et d'enquêtes.
- OO.2.2 : Durant l'année, proposer quatre séances d'une heure d'informations et d'éducation pour la santé sur l'alimentation, l'activité physique et lien entre alimentation et activité physique.

Évaluation de résultat :

Indicateurs	Sources de données
<ul style="list-style-type: none"> • Satisfaction des adhérents sur les séances proposées • Meilleures connaissances sur la nutrition et l'APA 	<ul style="list-style-type: none"> • Questionnaires • Entretiens individuel

OO.2.1

Identifier les représentations et les connaissances des pratiquants sur la notion d'Activité Physique et alimentation par le biais d'entretiens et d'enquêtes.

Pourquoi et comment ?

L'identification des représentations et des connaissances des pratiquants sur la notion d'AP et d'alimentation va permettre d'axer le travail sur des thèmes précis et utiles à l'adhérent. Il est intéressant de travailler sur des aspects qui vont apporter des connaissances plutôt que sur des généralités liées à la nutrition.

Déroulement :

L'identification des représentations se fait lors des séances de pratiques sportives, à tout moments. Il s'agit d'être à l'écoute des adhérents au bon moment et d'en retirer leurs représentations sur le sujet.

Moyen humain	Moyen matériel
1 intervenant APA	Carnet de note

Évaluation :

Questions évaluatives	Indicateurs	Sources de données
Les pratiquants ont-ils été impliqués dans la démarche ?	% de réponses et de répondants	Carnet de note, observations
Les entretiens et les enquêtes ont-ils permis l'identification des représentations et des connaissances ?	Analyse des réponses	Entretiens et enquêtes



OO.2.2

Durant l'année, proposer quatre séances d'une heure d'informations et d'éducation pour la santé sur l'alimentation, l'activité physique et le lien entre alimentation et activité physique.

Pourquoi et comment ?

En parallèle de la démarche de reconditionnement physique, il est important que l'adhérent comprenne les fondements de l'activité physique et de l'alimentation ainsi que les bénéfices qu'ils peuvent apporter sur la santé physique, mentale mais également sociale.

Ces séances d'informations et d'éducation pour la santé sur la nutrition visent à rendre la personne plus autonome dans sa pratique en s'appropriant des savoirs et des compétences sur le sujet. L'appropriation de ces connaissances et le développement de nouvelles compétences visent à faire évoluer le comportement pratique de l'adhérent et d'améliorer sa qualité de vie.

Ces séances s'intègrent parfaitement dans le programme en complément des autres objectifs opérationnels.

Pour plus d'efficacité, il est préférable, de privilégier le travail en petits groupes (10 personnes maximum)

Déroulement :

Salles spécifique permettant le travail en groupe.

Moyens humains	Moyens matériels
1 intervenant APA 1 nutritionniste	Supports de cours, outils pédagogiques

Évaluation :

Questions évaluatives	Indicateurs	Sources de données
Les séances ont-elles été réalisées ?	Nombre de séances réalisées/ prévues	Planning prévisionnel/ réel
La thématique des séances répondait-elle aux attentes du public ?	% satisfaction des adhérents	Compte rendu des séances, questionnaire de satisfaction. Évaluation de l'OO2.1
Les participants ont-ils été assidus ?	% de présence	Feuille de présence



Axe 3

Développer le plaisir dans la pratique

Il a été démontré que la pratique régulière d'une activité physique améliore le bien-être physique, émotionnel, la qualité de vie et la perception de soi.

Mais pour arriver à cet état de bien-être, il est nécessaire de passer par quelques étapes. L'amélioration de la condition physique travaillée dans l'OO.1 est un des premiers points clé dans cette démarche de conquête de la plénitude personnel. Si l'on peut pratiquer une activité physique au minimum 45 minutes sans s'essouffler, le pratiquant va pouvoir penser à autres choses qu'à ses douleurs internes (essoufflement notamment).

Ensuite prendre du plaisir en pratiquant une activité n'est pas forcément abordable tout de suite. Le plaisir dans la pratique peut avoir différentes racines. Pour certaines personnes le plaisir peut se trouver dans la pratique en elle-même (type d'AP ; difficultés ; intensité ; ...), ou dans le contexte où est effectuée l'AP (activité en groupe ; lieu de pratique ; ambiance générale ; ...). Le plaisir peut aussi se retrouver dans les caractéristiques propres à la personne (estime de soi, recherche de sensations, valeurs ; ...).

Quelques soit les motivations qui conduisent à trouver du plaisir dans la pratique, il s'agit dans cet objectif de favoriser un milieu permettant à l'adhérent de trouver du plaisir à pratiquer une activité physique.

OS 3 : Améliorer le bien-être et encourager la pratique plaisir d'une activité physique régulière.

- OO.3.1 : Mettre en place une séance par mois d'activités variées sur la base de la marche (orientation, marche pleine nature, relais, etc)
- OO.3.2 : Intégrer dans les séances de réentraînement à l'effort par la marche, trente minutes de travail sur représentation de soi, relaxation et développement du schéma corporel. (Respiration, souplesse, automassage, etc)

Évaluation de résultats :

Indicateurs	Sources de données
<ul style="list-style-type: none"> • Satisfaction des adhérents sur les séances proposées 	<ul style="list-style-type: none"> • Questionnaires • Entretiens individuels
<ul style="list-style-type: none"> • L'adhérent prend plus de plaisir à pratiquer une AP 	<ul style="list-style-type: none"> • Questionnaires • Entretiens individuels

OO.3.1

Mettre en place une séance par mois d'activités variées sur la base de la marche (Orientation, marche pleine nature, relais, etc)

Pourquoi et comment ?

Le réentraînement à l'effort ne se limite pas uniquement à la pratique de la marche. D'autres activités physiques sur la base de la marche peuvent contribuer à améliorer la condition physique.

Il s'agit dans cet objectif de faire découvrir d'autres AP que les adhérents pourront pratiquer après le programme bouzanou pour se maintenir en forme. Pour ce faire la sollicitation d'autres associations sportives semble être judicieuse afin de diversifier également l'encadrement et varier les formes d'interventions.

L'enseignant en APA doit prendre en compte le pratiquant pour la mise en place de l'AP choisie pour l'intégrer pleinement dans la démarche de sport-santé.

Déroulement :

Lieu à définir suivant l'activité proposée

Moyens humains	Moyen matériel
1 intervenant APA Intervention d'autres associations	Matériel varié suivant la séance.

Évaluation :

Questions évaluatives	Indicateurs	Sources de données
Les séances ont-elles été réalisées ?	Nbr de séances réalisées/ prévues	Planning
La nature des séances étaient-elles en cohérence avec l'OG du programme ?	Relation entre l'OG et les thèmes de séances. Analyse	Compte Rendu des séances
Les participants ont-ils été assidus ?	% de présence	Feuille de présence
Les partenariats avec les autres associations ont-ils été bénéfiques ?	Nombre d'interventions des partenaires et implication	Compte-rendu des séances et des réunions préparatoires et bilan de séances.



OO.3.2

Intégrer dans les séances de réentraînement à l'effort par la marche 30 minutes de travail sur la représentation de soi, relaxation et développement du schéma corporel. (Respiration, souplesse, automassage, etc)

Pourquoi et comment ?

Après une séance d'activité physique quelle que soit son intensité, il est intéressant suite aux étirements de faire de la relaxation et un travail sur le rapport au corps.

La relaxation fait partie intégrante de la démarche sport-santé. La relaxation est une méthode qui va permettre le relâchement musculaire et la tranquillité mentale. Elle va avoir pour effet entre autre l'amélioration de la perception des sensations. L'obtention d'un repos physique total grâce au ralentissement du fonctionnement de toutes les fonctions vitales, en particulier cardiorespiratoires, une disponibilité accrue du sujet et l'apprentissage de la notion d'énergie [4].

Ce travail a pour objectif également de s'intéresser à la conscience du corps et au rapport au corps par la pratique de l'automassage par exemple qui est simple et facile à mettre en place. Les automassages ont pour effet de se détendre rapidement, de procurer un plaisir tactile, le toucher étant un besoin fondamental, vital, et pleinement sentir son corps, d'être présent et de participer au maintien de l'autonomie la personne devant se prendre en mains [5]

Déroulement :

Privilégier le milieu extérieur : Front de mer de Saint Paul ou gymnase de la piscine du front de mer en cas de météo défavorable.

Moyen humain	Moyens matériels
1 intervenant APA	Tapis de sol ; poste de musique ; petites balles de massages

Évaluation :

Questions évaluatives	Indicateurs	Sources de données
Les séances ont-elles été réalisées ?	Nbr de séances réalisées/prévues	Planning prévisionnel/réel.
Les pratiquants ont-ils été impliqués dans la démarche ?	% de présence et % satisfaction des adhérents	Feuille de présence Entretiens individuels
Le travail a-t-il permis d'atteindre les bénéfices attendus	Analyse des séances	Observations, questionnaires.



Axe 4

Donner les outils pour construire ses propres séances d'APA

L'intérêt du programme est d'inculquer de nouvelles connaissances sur l'activité physique aux adhérents. Cela pour qu'ils puissent continuer à pratiquer en autonomie dans un club ou avec des proches.

Le programme Bouzanou place la personne au centre de son projet en APA. Il va rendre acteur le sujet et va le faire participer activement dans sa prise en charge.

Il est nécessaire que la personne se crée une « banque d'exercices » à réaliser en autonomie et en toute sécurité c'est pourquoi le programme doit permettre à certains moments lors des séances de laisser la personne pratiquer elle-même certains exercices sans conseils préalables. Cela pour que par la suite la personne puisse réaliser ses séances d'APA seule.

OS 4 : Donner au pratiquant les moyens de construire ses propres séances d'APA afin de l'amener dans une pratique autonome et sécuritaire

- OO.4.1 : Pour la marche et les séances en piscine, proposer à l'adhérent dès la cinquième séance de choisir ses exercices parmi un choix de 2 à 3 exercices types.
- OO.4.2 : A la fin du programme, accompagner l'adhérent dans la mise en place de ses propres séances de marche et de piscine.

Évaluation de résultat :

Indicateurs	Sources de données
• Satisfaction des adhérents sur les séances proposées	• Questionnaires • Entretiens individuel
• Une variété d'exercices ont-été proposée	• Compte Rendu des séances

OO.4.1

Pour la marche et les séances en piscine, proposer à l'adhérent dès la cinquième séance de choisir ses exercices parmi un choix de 2 à 3 exercices types.

Pourquoi et comment ?

Cette étape du programme va permettre de responsabiliser la personne. En parallèle et après lui avoir transmis les connaissances nécessaires, il est temps de mettre en application les savoirs, toujours sous l'œil attentif de professeur en APA.

L'enseignant en APA doit favoriser l'autonomie dans la pratique en toute sécurité et ce progressivement. Pendant les séances précédentes, l'adhérent a acquis une certaine connaissance et expérience dans la réalisation de certains exercices. Il s'agit donc de lui laisser le choix à certains moments de la séance, des exercices à réaliser. (Type d'exercices, durée, intensité, fréquence). L'EAPA observe des difficultés dans la prise de décision, il peut également proposer 2 à 3 exercices différents travaillant le même groupe musculaire et l'adhérent doit faire le choix.

Le professeur en APA reste proche pour intervenir si les exercices ne sont pas forcément adaptés.

Déroulement :

L'intervenant laisse libre choix à l'exercice ou propose 2 ou 3 exercices différents.

Moyen humain	Moyen matériel
1 intervenant APA	Matériel utilisé lors des séances de marche et piscine

Évaluation :

Questions évaluatives	Indicateurs	Sources de données
A quel moment cette démarche a-t-elle pu être mise en place dans les séances ?	Présence de la démarche	Compte Rendu des séances
Les participants ont-ils été assidus et impliqués dans la démarche ?	% de présence % de participation active	Feuille de présence Observation Compte Rendu des séances



OO.4.2

A la fin du programme, accompagner l'adhérent dans la mise en place de ses propres séances de marche et de piscine.

Pourquoi et comment ?

Cet objectif met en avant la dernière étape du programme visant à l'autonomie de la personne dans la pratique d'une activité physique autonome.

L'EAPA va encourager et accompagner la personne à réaliser seule sa séance (échauffement, corps de séance et étirements/retour au calme). Il s'agit d'observer concrètement si les séances mises en place durant l'année ont été bénéfiques.

En laissant l'adhérent faire sa propre séance (avec l'aide ou pas du professionnel en APA) nous pouvons concrètement voir ce qu'il a appris et corriger les quelques erreurs. Reparler sécurité et donner les derniers conseils avant l'autonomie.

Suivant le nombre de personnes dans le groupe et la cohésion qui c'est installée, c'est à l'EAPA de définir l'organisation de cet objectif. Le professionnel en APA peut proposer à une personne de faire l'échauffement, le corps de séance et les échauffements/retour au calme).

Déroulement :

Lieu à définir suivant la séance (piscine ou parcours de santé)

Moyen humain	Moyen matériel
1 intervenant APA	Tout le matériel disponible est mis à disposition de la personne.

Évaluation :

Questions évaluatives	Indicateurs	Sources de données
La séance a-t-elle été mise en place et sous quelle forme ?	Nombre de séances réalisées et déroulement	Compte-rendu des séances
Les participants ont-ils été assidus et actifs ?	% de présence % de participation active	Feuille de présences Compte-rendu des séances



OO.4.3

Aider le pratiquant à identifier ses forces et ses faiblesses afin d'adapter sa pratique.

Pourquoi et comment ?

Il est important d'axer les interventions sur l'aspect sécuritaire de la pratique. Pour pratiquer en toute sécurité, il faut non seulement inculquer les bonnes postures de travail, la qualité du geste... Mais il est important également de faire comprendre à l'adhérent que l'activité doit être adaptée à ses forces et ses faiblesses.

Cet objectif vise donc à faire le rapport entre la pathologie et l'activité physique. Ce qu'il convient de faire ou ne pas faire. L'adhérent suite à cela doit pouvoir seul être capable de réaliser une pratique adaptée et sécuritaire.

Déroulement :

Cet objectif se déroule pendant les séances de marche et de piscine au fur et à mesure du programme.

Moyen humain	Moyen matériel
1 intervenant APA	/

Évaluation :

Questions évaluatives	Indicateurs	Sources de données
Les adhérents ont-ils conscience de leurs forces et faiblesses ?	Connaissance de leurs pratiques et pathologie.	Questionnaires, entretiens individuels.
A la fin du programme le pratiquant est-il capable d'adapter sa pratique en fonction de ses capacités ?	Mise en place de séances adaptées et sécuritaires	Observation de la mise en situation. Entretien individuel



Axe 5

Informer les pratiquants sur les différentes structures existantes ainsi que les différentes disciplines et faire un bilan de leurs pratiques après le programme Bouzanou

Après le programme d'un an Bouzanou, l'objectif est que la personne puisse continuer à pratiquer une activité physique régulière en autonomie. Soit au sein d'une association ou alors seule (en famille, entre amis,...).

Pour accompagner l'adhérent jusqu'au bout de sa démarche, le rôle du programme est d'informer le pratiquant sur l'existant au fur et à mesure en termes d'activité physique. Mais également de faire un bilan après le programme pour pouvoir faire un suivi et établir un bilan sur l'utilité du programme.

OS 5 : Informer les pratiquants sur les différentes structures existantes ainsi que les différentes disciplines et faire un bilan de leurs pratiques après le programme Bouzanou

- OO.5.1 : Proposer une séance en fin de programme pour présenter l'existant.
- OO.5.2 : Deux mois après le programme bouzanou contacter les personnes et faire un bilan de leurs pratiques actuelles.

Évaluation de résultat :

Indicateurs	Sources de données
<ul style="list-style-type: none"> • Les adhérents connaissent-ils les possibilités de pratiques extérieures à Bouzanou ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Entretiens et questionnaires
<ul style="list-style-type: none"> • Le bilan de leurs pratiques après le programme répond-il à l'OG ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Bilan individualisé du programme • Données sur la pratique après le programme

OO.5.1

Proposer une séance en fin de programme pour présenter l'existant.

Pourquoi et comment ?

Tout au long du programme, il est du rôle de l'intervenant de faire référence, à des associations, des lieux de pratique possible notamment à travers l'OO.1.2, OO1.3 et de l'OO.3.1 ou à des intervenants extérieurs participant à l'élaboration de la séance.

Il est intéressant, en plus de ces conseils durant le programme, de réaliser un bilan en fin d'adhésion avec la présence d'associations qui peuvent accueillir potentiellement ces personnes.

Déroulement :

Dans la salle de réunion de la piscine

Moyens humains	Moyen matériel
1 intervenant APA Bouzanou Intervenants de différentes associations	/

Évaluation :

Questions évaluatives	Indicateurs	Sources de données
La séance d'information a-t-elle été mise en place ?	Mise en place de la séance	Planning réel
La participation des intervenants extérieurs a-t-elle été efficace ?	Nbr d'intervenants extérieurs	Compte-rendu de la séance, feuille de présence
Les participants ont-ils été impliqués dans la démarche ?	% de satisfaction des adhérents	Questionnaires, entretiens individuels



OO.5.2

Deux mois après le programme bouzanou contacter les personnes et faire un bilan de leurs pratiques actuelles.

Pourquoi et comment ?

Faire un Bilan quelques mois après le programme va permettre de faire un suivi des anciens adhérents et ainsi évaluer en partie l'efficacité des actions.

Cet objectif consiste à demander au minimum deux mois après leur participation à Bouzanou s'il pratique encore une Activité Physique Régulière. Si oui comment ? Et si non pourquoi ?

Si les personnes pratiquent toujours, il est intéressant de connaître leur manière de pratiquer (seul, en groupe, dans une association), la fréquence de ces activités, l'intensité... Ainsi faire le lien avec ce que leur a apporté le programme Bouzanou dans la vie de tous les jours.

Si les personnes ne pratiquent plus, il va être intéressant d'en demander la raison (problèmes personnels, temps...) et d'éventuellement proposer un renouvellement de l'adhésion à Bouzanou en travaillant différemment et spécifiquement selon les objectifs du pratiquant.

Déroulement :

Entretien direct en salle ou entretien téléphonique (privilégier la communication direct plutôt que par des mails ou courriers.

Moyen humain	Moyen matériel
1 intervenant APA	Téléphone si entretien téléphonique

Évaluation :

Questions évaluatives	Indicateurs	Sources de données
Un bilan a-t-il été réalisé après la participation au programme ?	Date de réalisation du bilan	Planning réel
Les participants ont-ils été impliqués dans la démarche ?	% de réponses aux questions et qualité des réponses	Analyse de l'entretien



Objectif transversal

Réalisation et proposition d'un cahier de suivi en APA, reprenant les différents items abordés lors du programme (panel d'exercices à réaliser, conseil sur la pratique sécuritaire, note sur les cours de nutrition, suivi des séances, etc)

La réalisation et la proposition d'un cahier de suivi en APA est un véritable outil qui va être mis au service de l'adhérent. C'est un carnet individualisé dans lequel nous allons retrouver, des informations personnelles, des conseils en APA, des exemples d'exercices sur la marche et le renforcement musculaire aquatique à réaliser en dehors des activités encadrées ; un panel d'exercices d'étirement et de relaxation ; les comptes rendu des séances sur la nutrition et autres informations ; un répertoire des associations existantes en activité physique ; des pages de notes personnelles.

Évaluation de résultat :

Indicateurs	Sources de données
<ul style="list-style-type: none"> Réalisation et proposition d'un cahier 	<ul style="list-style-type: none"> Compte Rendu du programme
<ul style="list-style-type: none"> Le cahier reprend les différents items du programme 	<ul style="list-style-type: none"> Analyse du cahier réalisé.

Dépenses du programme

Les dépenses sont calculées pour des groupes allant jusque 20 personnes maximum. Les tarifs indiqués sont en euros TTC.

Désignation	Quantité	Tarifs (€)	Montant (€)
Professionnel en APA			
• Intervention marche	40	30	1200
• Intervention piscine	40	30	1200
• Intervention rapport au corps/relaxation	20	30	600
• Intervention nutrition	4	30	120
• Gestion Bouzanou (<i>préparation séances, réalisation cahier, suivi des adhérents...</i>)	35	30	1050
Sous total			4170.00
Aide Soignant			
• Intervention marche	40	30	1200.00
• Intervention piscine	40	30	1200.00
Sous total			2400.00
Nutritionniste			
• Intervention nutrition	4	30	120
Impression cahier de suivi en APA (50)	1	300	300
Dépenses diverses (<i>impressions, papiers, stylos...</i>)	1	300	300
Sous total frais de personnel + Dépenses diverses + Cahier APA pour une année de fonctionnement			7290
Matériel spécifique piscine :			
• Frites	40	4	160
• Planches	20	9	180
• Haltères aquatiques 1kg	40	5	200
Sous total			540
Matériel spécifique marche :			
• Cardio-fréquencemètre (SE128)	10	30	300
• Podomètre	10	10	100
Sous total			400
Matériel général :			
• Tapis de sol	20	4	80
• Set de 20 Plots	1	10	10
• Lecteur CD MP3 (<i>relaxation et travail sur le corps</i>)	1	140	140
• Rétroprojecteur (<i>séances nutrition</i>)			600
Sous total			830
Sous total matériel			1770
Total (1ère année de fonctionnement)			9060 €
Total (fonctionnement après 1 an de mise en place)			7290 €

Sigles

OG : Objectif Général
OO : Objectif Opérationnel
OS : Objectif Spécifique
OT : Objectif Transversal
AP : Activité Physique
APA : Activité Physique Adaptée
EAPA : Enseignant en Activité Physique Adaptée

Références et Bibliographie

[1] : INSEE. Enquête « comportements vis-à-vis de la santé » Partie variable de l'enquête permanente sur les conditions de vie de mai 2001 (www.insee.fr)

[2]: Rieu M. Santé, sédentarité et activité physique. Santé publique 1990 ; 2ème année, 4 : 26-35.

[3][4] : Depiesse F. Prescription des activités physiques : en prévention et en thérapeutique. MASSON, 2009 chap4 p°59-73

[5] : Choque J, Quentin O. Gym douce pour les personnes handicapées (ou à mobilité réduite). Amphora, 2007, 240p, p°194



Un projet mené par :



Partenaires :



Réalisation : MENGIN Thomas, 2013

Annexe 12 : Communication, diapos de présentation Bouzanou

30/05/2013

Présentation du Projet



Responsable du module :
www.bouzanou.fr
contact@bouzanou.fr
06 92 54 58 95

Présentation de BOUZ A NOU

BOUZ A NOU est un projet mené par l'association Saint Paul Handisports affiliée à la Fédération Française de sport pour tous EFMV.



Proposer une activité physique régulière à but de prévention santé pour des personnes présentant des pathologies chroniques.

Projet en réponse au contexte actuel que connaît la Réunion en termes de pathologies chroniques.

Contact : contact@bouzanou.fr - 06 92 54 58 95

Pourquoi BOUZ A NOU ?

Les pathologies chroniques

Prévalence importante de personnes présentant des pathologies chroniques à la Réunion.

Prévalence du diabète traité par insuline (malbouzanou)	La Réunion	France générale
Augmentation de 2005 à 2009	+ 1,5%	+ 0,6%
2009	8,8%	4,4%


Création de réseaux de santé (dépistage, Education Thérapeutique du Patient)

Manque d'activités physiques adaptées sur l'agglomération Saint-Pauloise.

Contact : contact@bouzanou.fr - 06 92 54 58 95

Pourquoi BOUZ A NOU ?

Les Activités Physiques Adaptées



Proposer une prestation de qualité en matière d'activité physique régulière et adaptée aux personnes présentant des pathologies chroniques.

L'activité physique est un outil de prévention et de traitement des principales pathologies chroniques (INERM 2009).

Contact : contact@bouzanou.fr - 06 92 54 58 95

Objectif du projet BOUZ A NOU

Proposer des activités physiques adaptées afin de prévenir l'apparition ou l'évolution de pathologies chroniques (surpoids, obésité, diabète).

« accompagnement » assurant le passage de la phase de consultation au diagnostic en charge médicale vers une pratique autonome régulière.

Dans ce cadre nos missions sont :

- 1) Déterminer une offre de sport-santé
- 2) Ancrer nos actions dans les politiques actuelles de santé publique.
- 3) Améliorer l'état de santé général
- 4) Limiter les effets néfastes de la pathologie
- 5) Développer les connaissances
- 6) Développer l'adhésion de nos



Contact : contact@bouzanou.fr - 06 92 54 58 95

Fonctionnement de BOUZ A NOU

Programme d'un an, encadrément par une maître STAPS APA



3 créneaux hebdomadaires proposés

- Deux créneaux de Renforcement musculaire aquatique.
- Deux créneaux de Renforcement à l'effort par la marche.

Modules éducatifs à la santé une fois par mois.

Groupes réduits => Qualité et sécurité => 7 à 10 personnes max

Cahier de suivi en APA. Suivi de la démarche sport-santé.




Contact : contact@bouzanou.fr - 06 92 54 58 95

1

Zone d'action et public

Toute personne adulte présentant une pathologie chronique et souhaitant s'inscrire dans un programme d'APA régulier avec un suivi et des conseils individualisés.



Piscine et parcours de santé du front de mer, Saint-Paul.

Contact : contact@nouvoim.fr - 06 92 54 54 05

- Introduction
- Présentation
- Pourquoi PRAANS ?
- Objectif
- Fonctionnement
- Zone d'action et public
- Piscine et parcours de santé
- Nos partenaires

Un projet s'appuyant sur les politiques actuelles de santé publique



- Programme Alimentation Activités Nutrition Santé (PRAANS) Volet Réunion 2 012-2016
- Plan National Nutrition Santé 2011-2015 et Plan obésité 2010-2013 en direction des populations d'Outre-mer.

Contact : contact@nouvoim.fr - 06 92 54 54 05

- Introduction
- Présentation
- Pourquoi PRAANS ?
- Objectif
- Fonctionnement
- Zone d'action et public
- Piscine et parcours de santé
- Nos partenaires

Nos partenaires



Contact : contact@nouvoim.fr - 06 92 54 54 05

- Introduction
- Présentation
- Pourquoi PRAANS ?
- Objectif
- Fonctionnement
- Zone d'action et public
- Piscine et parcours de santé
- Nos partenaires

Annexe 13 : Communication, plaquette Bouzanou

POURQUOI

L'île de la Réunion est particulièrement touchée par les maladies chroniques. L'exemple du diabète est très significatif :

Prévalence du diabète traité (SNIIR-AM 2010)		
	La Réunion	France
Hausse de 2006 à 2009	+1.5 %	+0.6 %
Pop. touchée en 2009	8.8 %	4.4 %

QUEL BUT

Proposer des activités physiques adaptées afin de prévenir l'apparition ou l'évolution de pathologies chroniques (surpoids, obésité, diabète).

Bénéfice sur la santé

Phase de sédentarité ou fin de prise en charge médicalisée

↓

Accompagnement BOUZ A NOU

↓

Pratique autonome régulière

PARTENAIRES



FAIRE

Lundi	15h30 16h30	Renforcement musculaire aquatique Piscine front de mer Saint-Paul
	16h30 18h30	Réentraînement à l'effort par la marche + gym douce Parcours de Santé front de mer Saint-Paul
Mercredi	16h00 18h00	Réentraînement à l'effort par la marche + gym douce Parcours de Santé front de mer Saint-Paul
	15h30 16h30	Renforcement musculaire aquatique Piscine front de mer Saint-Paul

Autres horaires avec l'ASEC Natation partenaire BOUZ A NOU
Aqua Santé : Mardi ou Vendredi de 19h à 19h45

CONTACT

www.bouzanou.fr
contact@bouzanou.fr
Tél : 06 92 54 58 95

BOUZ A NOU SA KI FO
4, impasse des Emeraudes Plateau Caillou 97460 SAINT-PAUL
Tel siège social : 06 92 61 25 68

PROGRAMME



**ACTIVITÉ PHYSIQUE
ADAPTÉE**
pour les personnes porteuses
de pathologies chroniques

www.bouzanou.fr - contact@bouzanou.fr

Réalisation Thomas MENGIN

C'EST QUOI

BOUZ A NOU SA KI FO est un programme d'activités mené par l'association Saint Paul Handisports affiliée à la Fédération Française de sport pour tous EPMM.

Ce programme répond aux orientations ministérielles en faveur de l'activité physique adaptée pour les personnes porteuses de maladies chroniques.

Le programme se déroule dans le cadre naturel de la forêt domaniale bordant la baie de Saint-Paul sur le parcours de santé parfaitement adapté.



« Les maladies chroniques sont des affections de longue durée qui en règle générale, évoluent lentement. Responsables de 63% des décès, les maladies chroniques (cardiopathies, accidents vasculaires cérébraux, cancer, affections respiratoires chroniques, diabète...) sont la toute première cause de mortalité dans le monde.» (OMS, 2013)



COMMENT

La pratique régulière d'une activité physique est maintenant reconnue comme faisant partie intégrante de la prise en charge thérapeutique des maladies chroniques. (INSERM 2008)



BOUZ A NOU a mis en place un programme d'Activités Physiques Adaptées se déroulant sur une période de 1 an et encadré par un personnel hautement qualifié titulaire d'une Maîtrise Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives spécialité Activité Physique Adaptée.

Le programme prévoit deux séances hebdomadaires :

- Renforcement musculaire aquatique.
- Ré entraînement à l'effort par la marche.

Des modules d'éducation à la santé sur différentes thématiques relatives à l'activité physique sont proposés.

Pour permettre un suivi individualisé de qualité et une pratique en toute sécurité, les activités se font en groupes réduits de 7 à 10 personnes.

Chaque participant reçoit son cahier de suivi en APA lui permettant de gérer sa démarche sport santé. Il y trouvera notamment :

- Des informations personnelles.
- Une évaluation de son état de santé et de sa pratique passée.
- Le suivi des progrès réalisés à chaque étape du programme.
- Des exemples d'exercices d'échauffement, d'éirements et de renforcement musculaire à faire chez soi.



POUR QUI

BOUZ A NOU est ouvert aux adultes présentant une pathologie chronique et souhaitant s'inscrire dans un programme d'activité physique adaptée régulière avec un suivi et des conseils individualisés.

Parlez-en à votre médecin traitant. Il établira un certificat de non contre indication et vous conseillera utilement pour la pratique régulière d'une activité physique sous le contrôle d'un moniteur hautement qualifié.



MEMOIRE DE FIN D'ETUDE



Quel projet sport-santé pour une association sportive afin de favoriser la pratique d'une Activité Physique Adaptée pour les personnes atteintes de pathologies chronique sur le territoire Réunionnais ?

Mengin Thomas

Université de Lorraine

Juin 2013

Activité physique adaptée ; sport-santé ; pathologie chronique ; programme de santé

Le nombre de personnes atteintes de pathologies chroniques à La Réunion notamment diabète et surpoids est beaucoup plus important qu'en Métropole (habitudes alimentaires, mode de vie, précarité, etc). Les personnes malades chroniques ont des besoins et des attentes spécifiques qu'il faut prendre en compte pour la mise en place d'une réponse adaptée.

Nous allons nous intéresser au développement d'un projet sport-santé en réponse à cette situation. La mise en place d'un programme d'activité physique adapté, les relations avec les différents acteurs de santé du territoire et la communication sur le projet sont des aspects à mettre en liens pour contribuer à un projet viable et de qualité.

Adapted Physical activity ; sport, health ; chronic disease ; health programs

The number of people suffering from diseases – especially diabetes and overweight - is considerably higher on the island of Réunion than in mainland France (eating habits, lifestyle, precarious conditions, etc.). The chronically ill have specific needs and expectations that must be taken into account to establish an appropriate response.

We will focus on the development of a sport-health project in response to this situation. The implementation of an adapted physical activity program, relationships with health sector stakeholders and communication aspects of the project must be linked for the quality and the sustainability of the project.