

**Table ronde :**  
**Associations engagées dans les actions facilitant**  
**l'activité physique et sportive**

**Patrick MAGALOFF, directeur, commission médicale du CNOSEF**

Les trois intervenants que vous allez écouter représentent trois associations que vous ne connaissez, peut-être, pas. Chacun va présenter la sienne, vous expliciter leurs actions et leurs raisons, puis réfléchir avec vous comment pourrait se mettre en route une collaboration future avec les fédérations, CROS, CTOS et CDOS.

Nous attendons beaucoup du débat qui s'engagera à la suite de leurs trois interventions puisque nous espérons voir, le plus vite possible, des actions communes.

**Monsieur Jean-Michel RICARD**  
**Directeur général du Groupe SIEL BLEU**

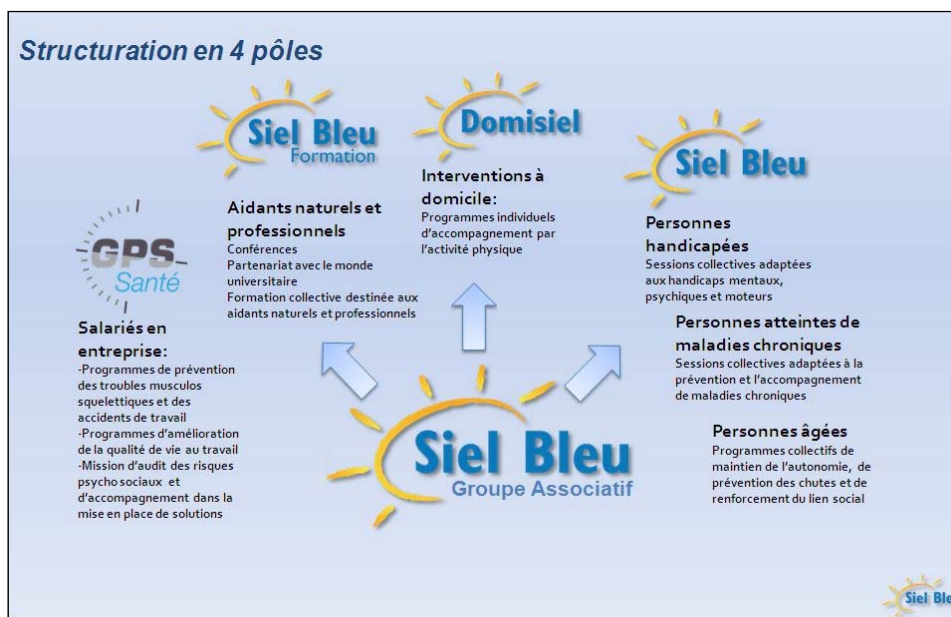
Je remercie le comité olympique d'avoir invité « Siel bleu ». Je suis l'un des deux co-fondateurs de cette association, « Sport Initiatives Et Loisirs bleus », créée il y a douze ans à Strasbourg. Nous sommes tous deux issus des filières STAPS de Strasbourg et nous avons souhaité mettre en avant notre formation, comme un outil de prévention en direction essentiellement de personnes fragilisées, sans que le coût financier soit un frein. Nous estimons que l'activité physique adaptée est un outil de prévention, avec des objectifs aux niveaux physique, social, cognitif et sociétal.

Lorsque « Siel Bleu » a été créé, nous nous sommes uniquement adressés aux personnes âgées dépendantes, dans le secteur hospitalier, dans les maisons de retraite, avec des programmes qui ont été mis en œuvre à partir de mars 1998. Nous avons toujours travaillé dans un objectif de prévention, avec des partenaires tels que le corps paramédical et médical. Toutes nos activités ont en effet été créées avec les médecins et les kinésithérapeutes.

Notre association s'est développée en Alsace et dans l'Est de la France et, en 2006, nous intervenons auprès de plusieurs dizaines de milliers de personnes, dans les maisons de retraite et les hôpitaux, essentiellement. D'importantes fédérations ainsi que le monde des assurances nous sollicitaient également.

Des événements nous ont permis de faire évoluer « Siel bleu » en un groupe associatif. Nous souhaitons nous inscrire dans un parcours de prévention adapté à notre public, tout en adaptant nos activités aux capacités financières de ces publics, ainsi qu'à leurs capacités physiques, et aux endroits où ils habitaient. Nous avons ainsi créé quatre grands pôles d'activité : Siel Bleu, Domisiel, Siel bleu Formation et GPS Santé. Dans le cadre de « Siel bleu » Formation, des séances collectives

en direction des personnes fragilisées (personnes âgées, handicapées et/ou atteintes de maladies chroniques) sont proposées. Nous avons créé un diplôme universitaire en 2000, en partenariat avec l'Université de Strasbourg : un DEUG professionnel en deux ans. Domisiel regroupe toutes les activités que nous effectuons au domicile des personnes et en cours particuliers. Nous souhaitons développer dans ce cadre des modèles économiques en partenariat avec le monde des assurances. Ainsi, depuis le début de l'année, certaines assurances incluent nos activités à domicile dans leurs contrats santé. Notre dernier pôle s'adresse aux salariés en entreprise et vise essentiellement à prévenir les TMS et les accidents du travail, avec notre outil transversal, l'activité physique adaptée. Ce pôle est essentiel dans notre modèle économique, car GPS Santé est une entreprise commerciale, qui appartient aux associations.



#### Un parcours de prévention santé tout au long de la vie

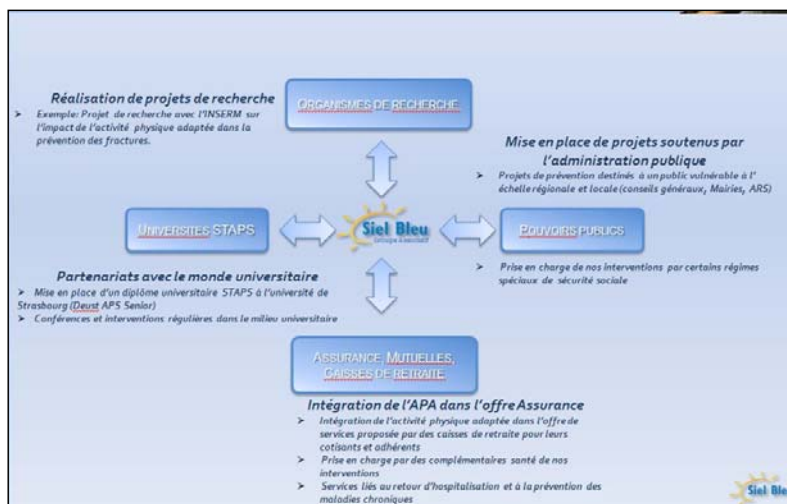
Tous les bénéfices de cette association remontent à notre structure associative, ce qui nous permet de nous financer en partie et de garantir une accessibilité financière au plus grand nombre. En effet, nous ne percevons pas de subvention, c'est pourquoi nous développons des modèles économiques avec des partenaires.

Le groupe « Siel Bleu » représente 270 salariés en France et nous souhaitons démultiplier l'impact social de nos activités, pour mettre en place des parcours de prévention, primaires, secondaires, tertiaires, en lien avec le corps médical et paramédical. Des contrats avec des assureurs, des caisses de retraite et d'autres structures nous permettront de toucher de nombreuses personnes dans les années à venir, avec une augmentation du nombre de bénéficiaires de 25 à 30 % chaque année, et même de plus de 50 % l'année prochaine, grâce à ces partenariats.

Nous avons également créé des franchises sociales à l'étranger, comme en Belgique ou en Irlande, ainsi que dans d'autres pays européens. Ces entités respectent notre cahier des charges, mais ne sont pas tenues de nous verser de retour financier.



### Intégration des acteurs de la prévention



### Cercle vertueux des programmes de prévention par l'activité physique adapté



### Impact social

**Monsieur Olivier COUSTERE**  
Directeur de "TRANS-FORME"

## Je donne, tu donnes, ... ils courent !

Le don d'organe permet aux greffés de recouvrer une qualité de vie et une capacité à pratiquer à nouveau une activité physique et sportive. L'association fédérative française des sportifs transplantés et dialysés « TRANS-FORME » a été fondée en 1989, avec l'objectif de réhabiliter les transplantés et les dialysés par la pratique de l'activité physique et sportive, et de favoriser la recherche médico-sportive dans le domaine du sport, de la transplantation et de la dialyse.

Nous avons organisé de nombreux évènements, comme la course du cœur, les Jeux nationaux des transplantés et dialysés, etc. Nous souhaitons montrer la réussite de la greffe, afin de provoquer la réflexion du public et démontrer l'utilité du don d'organe.

Nous sommes membres de la « European Transplant and Dialysis Sport Federation » (ETDSF) et de la « World Transplant Games Federation » (WTGF), au niveau mondial.

Nous avons réalisé de nombreuses publications, comme le livret *Transplantés et dialysés, des sportifs presque comme les autres*, qui a pour vocation d'éduquer les éducateurs à la normalité des greffés et aussi à leur atypisme. Le livret *L'APS au plus près au plus tôt du lit d'hôpital* tente de répondre au problème de l'absence d'offre APS « sur le lit d'hôpital », immédiatement après la greffe. Le guide *L'APS à la portée des greffés* sortira sous peu. Il a pour ambition de tracer le chemin de la réhabilitation, depuis l'hôpital jusqu'à l'autonomie, par le biais de la réadaptation à l'effort (médicalisée) jusqu'à l'activité physique (autonome).

Nous avons en outre été labellisés « Grande Cause Nationale » 2009, et avons signé un partenariat avec Allianz AGF, pour couvrir les insuffisants rénaux, notamment lors de leurs emprunts bancaires. Notre programme de formation des patients et personnels soignants aux bienfaits de l'APS a également été labellisé : Nous envisageons ainsi d'intervenir dans des protocoles d'éducation thérapeutique au sein des hôpitaux et des unités de greffe. Quatre unités hospitalières nous accueillent déjà dans ces protocoles.

Je rappelle par ailleurs que les transplantés constituent une population « dopée par nécessité thérapeutique », ce qui a déjà posé un certain nombre de problèmes. En effet, ces athlètes se taisent en général, plutôt que de clamer le fait qu'ils sont greffés. Il s'agit donc de l'un des chantiers sur lesquels nous essayons de travailler.

De plus, les transplantés et dialysés ne bénéficient d'aucun statut particulier. Ils sont ainsi situés entre olympisme et paralympisme. Ils sont soumis à des thérapies assez importantes et luttent contre différentes menaces, comme le rejet et les effets secondaires de leurs thérapies. Une reconnaissance olympique est effective depuis décembre 2009. Elle porte sur la WTGF à laquelle « TRANS-FORME » est affiliée.

Cette reconnaissance olympique induit des droits et des devoirs. Les « 5 anneaux » peuvent être un plus en terme de *sponsoring*, mais il imposent également des mécanismes qui sont parfois un peu lourds et pas forcément très adaptés à notre pratique du sport, comme la délivrance d'AUT systématiques, un système de sanctions disciplinaires, des tests antidopage, etc.

Tous ces éléments semblent donc assez loin de la pratique réelle de 99,9 % de nos transplantés, qui sont impliqués dans une démarche sport-santé et envisagent le sport comme un outil de reconquête d'une qualité de vie, de partage et de dialogue. Ainsi il faudra par exemple se pencher notamment sur le cas de nos tireurs au pistolet qui prennent des bêtabloquants ainsi que des anti-rejets, dont les effets sont à l'opposé des bêtabloquants, car ils occasionnent de forts tremblements.

Nous sommes inscrits dans un programme de prévention des conduites dopantes, au niveau de la fédération mondiale, que nous allons tenter de lancer en France avec l'aide de la Direction des sports du Ministère de la Santé et des Sports. En effet, on peut être dopé « par nécessité thérapeutique », mais aussi vouloir se doper véritablement. Il faut donc distinguer ces deux pratiques radicalement différentes et éveiller les consciences de nos transplantés sur ces sujets.

Je rappelle également que « TRANS-FORME » n'a pas vocation à gérer un maillage de clubs et d'éducateurs spécialisés. Nous conseillons en effet aux transplantés d'adhérer aux fédérations uni ou multisports, ce qui n'est toutefois pas simple. Sans AUT, ils sont effectivement dopés et craignent de se faire exclure des tournois auxquels ils participent.

Leur statut pose également problème en ce qui concerne les licences qui sont des assurances. Il est très complexe d'accueillir dans un club un greffé qui, pourtant, a généralement effectué des tests d'effort, qui présente des certificats médicaux, etc.

A l'inverse, certains éducateurs font preuve d'une attitude empreinte d'angélisme. J'estime pour ma part que la vérité se situe entre ces deux postures. Nous avons tenté de mettre en place des passerelles avec des fédérations unisports, auprès desquelles nous avons systématiquement essuyé des indifférences. J'insiste dès lors sur le rôle des médecins fédéraux, qui ont conscience de ces enjeux. Je souhaite que, demain, si nous appelons un médecin fédéral, nous puissions discuter de l'accueil des transplantés et des dialysés au sein de la fédération concernée.

Planter un arbre  
Mettre au monde un enfant  
Ecrire un livre  
... Donner un organe

**Docteur Régis BRESSON**  
**Vice-président de la Coordination "ANCRED"**

Je suis médecin, diabétologue hospitalier. Je m'intéresse au « sport santé » depuis maintenant onze ans pour avoir développé dans mon service puis dans les réseaux de santé du Douaisis des programmes d'éducation thérapeutique à l'activité physique et avec 2 autres diabétologues français, nous avons créé le métier d'éducateur médico-sportif. Je suis aussi vice-président de la société scientifique d'éducation thérapeutique DELF et de l'ANCRED. L'ANCRED, association nationale de coordination des réseaux diabète, est une association regroupant 80 réseaux de santé et qui a développé des programmes nationaux dans d'autres domaines que l'activité physique.

Ici même, il y un an, nous avons organisé le premier séminaire de l'ANCRED dont le thème était l'éducation thérapeutique à l'activité physique adaptée dans le parcours de soins et d'éducation des patients porteurs de maladies chroniques. Cet événement qui a réuni le monde de la santé, du sport-santé et de l'éducation thérapeutique nous a permis de proposer le principe et les bases d'un programme national d'éducation thérapeutique à l'APA qui s'appuie sur le rapport TOUSSAINT, notamment pour proposer une stratégie concrète concernant le volet « prévention tertiaire » du rapport.

**Quel est le contexte français ?**

Il est recommandé pour la santé de faire 180 minutes d'activité physique, d'intensité modérée, par semaine pour préserver sa santé. Or, en 2008, les données du baromètre Nutrition Santé montrent que le temps consacré à l'activité physique par les français était de 150 minutes par semaine et moins de la moitié des français atteignent un niveau d'activité physique favorable à la santé même si une diminution de la sédentarité est notée.

Les maladies chroniques touchent 20 % de la population française, et sont représentées essentiellement par l'obésité, le diabète, les maladies cardio-vasculaires, les maladies respiratoires et le cancer. Toutes ces maladies sont améliorées par la pratique régulière d'une activité physique adaptée qui participe aussi à la prévention de rechutes de cancers. Pourtant, seuls quelques programmes précurseurs s'intéressent à la promotion de l'activité physique adaptée chez ces patients.

Il existe de nombreux obstacles physiques, psychologiques, sociaux et financiers à la pratique régulière d'une activité physique favorable à la santé par les patients porteurs de maladies chroniques. L'éducation thérapeutique aide ces patients à surmonter ces freins et à acquérir les compétences nécessaires pour avoir des comportements de santé plus favorables à leur bien être et à leur qualité de vie. Si l'on veut résumer et simplifier les définitions de l'éducation thérapeutique, on peut dire que l'éducation thérapeutique c'est tout ce que nous allons mettre en œuvre pour que le patient prenne soin de lui-même. Dans le cadre de ce principe éthique, l'éducation thérapeutique à ou via l'activité physique adaptée prend toute sa place pour permettre aux patients porteurs de maladies chroniques d'améliorer leur santé (physique, morale et sociale) telle que définie par l'Organisation mondiale de la Santé.

Environ 85 % des patients atteints de maladies chroniques sont soignés majoritairement par leur médecin traitant. Celui-ci est le pivot du système de soins et de la prise en charge des maladies chroniques. Or les programmes d'éducation thérapeutique sont peu nombreux à impliquer le médecin traitant qu'ils concernent ou non l'activité physique adaptée. Afin qu'un programme d'éducation thérapeutique puisse toucher le plus grand nombre de patients concernés et ne pas être restreint au bénéfice de quelques patients ayant un accès à des organismes ayant de faibles capacités d'accueil, il est indispensable d'intégrer le médecin traitant et les autres professionnels de santé de 1<sup>er</sup> recours (pharmaciens, masseurs-kinésithérapeutes, infirmières...) dans le dispositif d'éducation thérapeutique.

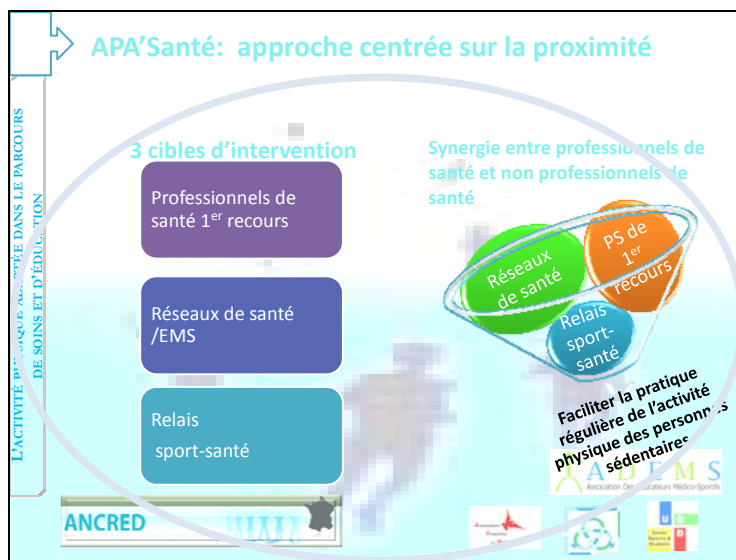
Enfin, les patients sédentaires souffrent très souvent d'un isolement social qui constitue en soi un facteur important favorisant la rechute vers la sédentarité ou l'inactivité physique malgré un programme d'éducation thérapeutique à l'activité physique. Maintenir le lien social et l'identité au sein d'un groupe est un enjeu favorisant le maintien de la pratique de l'activité physique. C'est là le rôle des dispositifs d'accompagnement tels qu'ils sont proposés par les « fédérations sport santé », les associations de patients, et les centres sociaux dans notre expérience. Coordonner ces dispositifs d'accompagnement avec les intervenants en éducation thérapeutique à l'activité physique adaptée est un enjeu fort pour rendre durables les changements de comportements de santé et de vie.

Ce sont toutes ces considérations qui ont amené l'ANCRED et ses partenaires à proposer un programme national réunissant les milieux de la santé, du sport santé et de l'éducation thérapeutique afin de développer l'éducation thérapeutique à l'activité physique adaptée des patients sédentaires porteurs de maladies chroniques.

### Le programme « APA' Santé »

L'ANCRED et ses partenaires se sont engagés à développer un programme d'éducation thérapeutique à l'activité physique adaptée pour les patients sédentaires atteints de maladies chroniques. Ce programme se dénomme « APA' Santé ».

« APA Santé » va s'implémenter dans les territoires où existent des réseaux de santé et il implique trois cibles : les professionnels de santé de premier recours, les réseaux de santé de proximité et les dispositifs d'accompagnement (relais sport-santé).

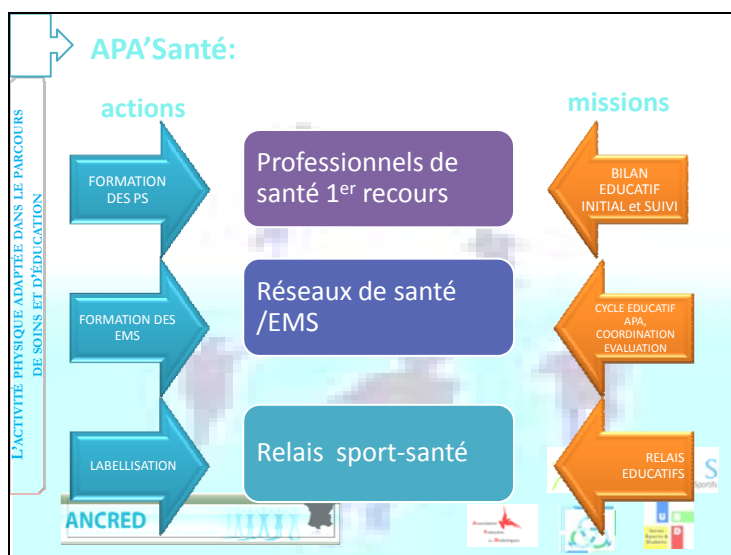


Nous souhaitons ainsi favoriser la synergie entre les professionnels de santé et les non professionnels (de santé), pour que les personnes sédentaires atteintes de maladies chroniques pratiquent régulièrement une activité physique adaptée favorable à leur santé.

Le mode d'entrée du patient dans ce programme constitue son premier contact avec le médecin traitant ou un professionnel de santé de 1<sup>er</sup> recours.

Selon le stade de motivation du patient, le patient peut être conseillé et orienté vers :

- une pratique autonome, sans encadrement professionnel de l'activité physique, seul ou avec son entourage proche, et selon ses préférences.
- Un accompagnement par des non professionnels de santé comme les relais sport-santé
- ou, pour les cas les plus complexes, vers un cycle éducatif à l'activité physique adaptée avec un éducateur médico-sportif des réseaux de santé.



Une formation des professionnels de santé à l'abord du patient en éducation thérapeutique est nécessaire pour les professionnels de santé de 1<sup>er</sup> recours (ces formations sont absentes de la formation initiale des médecins). Le rôle du médecin traitant consiste à explorer la motivation du patient, connaître ses pratiques, le conseiller, l'orienter vers des activités adaptées, assurer sa sécurité et le suivre au long cours pour prévenir toute rechute vers l'inactivité physique. Pour atteindre cet objectif, des formations de deux jours sont mises en place, ainsi que des outils d'aide pratique comme les questionnaires de Marshall et de PACE.

Les réseaux de santé mettent en place en appui du médecin traitant les cycles éducatifs à l'activité physique adaptée par leurs éducateurs médico-sportifs. Ce cycle éducatif a été standardisé par l'ANCREd au niveau national. Les réseaux sont aussi chargés de la coordination territoriale entre les professionnels de santé et les dispositifs d'accompagnement ainsi que de l'évaluation du programme. Nous allons organiser une formation nationale des éducateurs médico-sportifs des réseaux à l'éducation thérapeutique de niveau 1 de l'OMS soit environ 40 heures et une formation aux pathologies chroniques.

Les dispositifs d'accompagnement au long cours (relais sport santé) seront répertoriés par les réseaux de santé de proximité. Ces dispositifs peuvent aussi bien être des clubs sport santé que des associations de patients ou des autres structures comme les centres sociaux... Une démarche de « labellisation » est à envisager soit par l'ANCRED, soit par les fédérations sport santé ou dans le cadre d'une démarche nationale relayée par les DRJSCS. Les missions des relais sport santé sont l'accompagnement à l'engagement volontaire, dans une pratique physique régulière, après un diagnostic éducatif mis en place par les personnels de premier recours ou dans le cadre d'un cycle d'éducation à l'activité physique.

23 réseaux de santé seront impliqués dans ce programme expérimental qui se fera sur trois ans, ce qui représente 250 professionnels de santé et 1 000 patients engagés dans la démarche.



Les promoteurs du projet sont l'ANCRED, la société française d'éducation thérapeutique (DELF), l'association française des diabétiques (AFD), l'union sport et diabète (USD), l'association nationale des éducateurs médico-sportifs (ADEMS), l'union nationale des réseaux de santé (UNR Santé) ainsi que d'autres organismes (FFEPMM-Sport pour Tous, FFEPGV, AFAPA, SF APA Société Francophone du Diabète, Collège national des Enseignants de Médecine Générale, SFTG ..... ) qui s'engagent à fédérer le monde de la santé , celui du sport ou du sport santé et celui de l'éducation thérapeutique.

Les co-promoteurs du projet		
		
DELF		Société Française d'Education Thérapeutique
AFD		Association française des diabétiques
USD		Union sport et diabète
ADEMS		Association des éducateurs médico-sportifs

Je rappelle enfin que, les 12 et 13 novembre, nous organisons à Paris le colloque CAPAS 2010, sur l'activité physique et sportive adaptée dans le parcours de soins. (Informations accessibles sur le site [www.capas.fr](http://www.capas.fr) )

## Questions-réponses avec l'amphithéâtre

**Bruno SESBOÛE, médecin du sport, trésorier de la Société française de médecine du sport**

Que pensez-vous de la pratique des sports à risques traumatiques importants pour les greffés ?

**Olivier COUSTERE**

Nous avons par exemple adapté les règles du football. Nous avons ainsi interdit les tacles et les murs pour les coups-francs. Il reste qu'avec tous les médicaments que j'ai évoqués, le risque traumatique demeure important. Nous n'avons jamais rencontré d'incident en raison de greffe. Cependant, autour de nos stades, la « bobologie » est beaucoup plus présente que chez d'autres populations.

**Bruno SESBOÛE**

J'ai rencontré un jeune, qui avait été greffé à deux reprises et qui souhaitait pratiquer le kart en compétition.

**Olivier COUSTERE**

Il faudrait qu'il évite ce sport. La fragilité osseuse et ligamenteuse est en effet augmentée chez les transplantés.

**Pierre ROCHCONGAR, médecin fédéral de la FF de Football**

Avez-vous mis en place des programmes particuliers concernant le dopage ?

## **Olivier COUSTERE**

J'ai rencontré le CIO à ce sujet, qui a évoqué des problématiques très particulières. Comment en effet garantir que l'athlète est vraiment greffé ? Il faut donc que nous affrontions tous ces problèmes, qui sont nouveaux. La première phase consiste à effectuer des actions de prévention et à répéter que le dopage est interdit, aux niveaux mondial et français. Il est certain qu'à l'avenir, en raison d'intérêts financiers croissants, des athlètes tenteront de pousser leurs performances. Nous devons donc mettre en place une commission thérapeutique et prévoir des tests antidopage, ainsi que, le cas échéant, des sanctions. Il ne faut toutefois pas oublier que, pour un transplanté, l'objectif n'est pas forcément de gagner la médaille d'or, mais de participer à l'évènement.

## **Patrick MAGALOFF**

Je rappelle que Pierre ROCHCONGAR a été mandaté par Madame BACHELOT-NARQUIN pour mener une mission sur le « profil physiologique et la performance sportive ».

## **Jean-Louis LLOUQUET, médecin de la FI de Boxe et médecin fédéral de l'Union sportive Léo LAGRANGE**

Des médecins fédéraux ont été confrontés à des accidents parfois mortels et donc, à des procès. Dans ces cas-là, le juge demande si le règlement médical a bien été appliqué et si le sportif était licencié. Comment faites-vous pour prévenir de tels déboires ?

## **Olivier COUSTERE**

Nous souhaitons mettre en place des doubles licences. L'adhésion à notre association doit être un passeport, stipulant que la personne est bien greffée, qu'elle est assurée sur des risques spécifiques et qu'elle est soumise à certaines prescriptions médicales. Elle sera de plus également assurée avec sa licence.

## **Patrick MAGALOFF**

Monsieur RICARD, vous êtes dans un contexte de concurrence avec les actions et les objectifs de certaines fédérations. Comment concevoir une collaboration entre votre association et ces fédérations ?

## **Jean-Michel RICARD**

Nous n'avons jamais considéré les fédérations sportives comme des concurrentes. Nous devons plutôt réfléchir à la création de liens avec elles. Nombre de nos adhérents sont également adhérents d'autres fédérations. Il faut penser aux bénéficiaires de nos actions, et non à des luttes de pouvoir, sans importance.

## **Eric JOUSSELIN, médecin chef de l'INSEP**

Monsieur BRESSON, vous avez souligné à juste raison que la formation aux programmes d'activités physiques n'est pas incluse dans les études médicales. Avez-vous essayé d'agir dans ce domaine, au niveau régional ?

## **Régis BRESSON**

Les 23 réseaux que j'ai indiqués disposent d'éducateurs médico-sportifs. Nous avons cependant constaté une importante hétérogénéité de leurs formations. Par le biais du programme national que j'ai mentionné, nous allons tenter d'harmoniser ces formations. Nous allons ainsi mettre en place une formation unique dédiée à l'éducation thérapeutique et aux pathologies.

Nous rencontrons des problèmes en ce qui concerne la formation des éducateurs sport santé dans les relais sport santé, notamment pour l'accueil des personnes qui ne sont pas des sportifs confirmés. Chaque fédération pourrait donc réfléchir au sujet des conditions d'accueil de ces publics.

## **Alain CALMAT**

Nous devons préciser l'offre du mouvement sportif, notamment pour l'accueil de ces publics. Nous devons donc informer le mouvement sportif, qu'il doit également fournir les éléments nécessaires à la pratique sportive. C'est pourquoi la commission médicale du CNOSF souhaite être reçue par les fédérations, olympiques ou non, pour échanger sur ce sujet du sport santé, pour qu'il soit pris en compte par les commissions médicales des fédérations. Nous avons commencé ce travail et nous le poursuivrons dans les semaines et années à venir. Je souhaite que l'ensemble des médecins soient sensibilisés à ces questions.

## **Frédéric NORDMANN**

Pourquoi n'avez-vous pas évoqué le SIDA ? Les patients en trithérapie prennent en effet des stéroïdes et de l'EPO. Ce point pose également la question de la confidentialité entre l'éducateur et la personne atteinte de cette maladie.

## **Jean-Michel RICARD**

Nous avons commencé un travail avec un réseau thérapeutique en Ile-de-France, pour des personnes atteintes du VIH.

Par ailleurs, le Sidaction a lancé un appel d'offres au sujet de l'offre non thérapeutique et du suivi des personnes, auquel nous avons répondu. Nous avons de plus monté des pluriactivités avec des médecins, au sein et à l'extérieur de l'hôpital. Nous rencontrons cependant des difficultés pour trouver des salles dans le cadre de l'appel à projet que j'ai mentionné.