

Rapport final – VERSION FINALE

Evaluation de l'impact du programme D-Marche sur les comportements des bénéficiaires, leur état de santé et leur consommation de soins

Rédacteurs : Renata Scarzella, Laetitia Mariotti, France Mourey, Marine Mounier, Carole Beaugendre, Nicolas Phelippeau, Elise Picon

2024
Mai

Itinere Conseil

SARL SCOP à capital variable

Siret n°532 521 242 00034

7, rue Jean-Marie Chavant

69 007 Lyon

04 37 24 24 10

www.itinere-conseil.com

SOMMAIRE

1. CONTEXTE DE L’EVALUATION	5
LE CONCEPT DE SPORT SANTE POUR AMELIORER L’ETAT DE SANTE MAIS AUSSI LA QUALITE DE VIE DES PERSONNES ATTEINTES DE MALADIE CHRONIQUE	5
LE PROGRAMME D-MARCHE : UN PROGRAMME NATIONAL, ENCORE JEUNE DANS SA DECLINAISON BRETONNE.....	6
LES ATTENTES ET LES OBJECTIFS DE L’EVALUATION	7
2. LA METHODOLOGIE DE L’EVALUATION	9
LE PERIMETRE DE L’EVALUATION	9
LES AXES DE QUESTIONNEMENT	10
DEROULE METHODOLOGIQUE GLOBAL.....	12
<i>L’enquête par questionnaire rempli par les D-marcheurs en début de programme et quelques mois après la dernière séance.</i>	<i>13</i>
<i>L’analyse des données d’activité issus des podomètres.....</i>	<i>15</i>
<i>L’approche qualitative sur la base d’entretiens individuels et collectifs avec les différentes parties prenantes.</i>	<i>16</i>
<i>Un principe méthodologique fort : l’implication des professionnels du programme dans le recueil de données</i>	<i>17</i>
CALENDRIER DE MISE EN ŒUVRE	19
LES LIMITES DE L’EVALUATION	20
3. MISE EN ŒUVRE / FONCTIONNEMENT DU DISPOSITIF	21
UN PROGRAMME STRUCTURE ET OUTILLE, QUI CIBLE LES PERSONNES ATTEINTES D’UNE MALADIE CHRONIQUE POUR LES RENDRE MOINS SEDENTAIRES	21
<i>En région Bretagne, le choix de déployer le programme d’abord auprès des personnes atteintes de maladie chronique</i>	<i>21</i>
<i>Le programme D-marche, un programme imaginé pour lutter contre la sédentarité et initier une prise de conscience.....</i>	<i>21</i>
<i>Un programme qui repose sur des outils numériques.....</i>	<i>22</i>
<i>Un programme rythmé par 4 sessions animées par un formateur ADAL</i>	<i>22</i>
<i>En théorie, une répartition claire des rôles entre le formateur et l’infirmière</i>	<i>25</i>
UNE PERCEPTION DU PROGRAMME PAR SES ACTEURS GLOBALEMENT COHERENTE AVEC LE CONTENU DU PROGRAMME TEL QU’IL A ETE IMAGINE.....	26
<i>Un programme qui vient enrichir la palette des outils d’éducation thérapeutique des patients et cherche à renouveler leurs représentations de l’activité physique et leurs habitudes de vie</i>	<i>26</i>
<i>Des séances en collectif qui prennent toute leur importance... mais qui sont peut-être insuffisantes ?</i>	<i>29</i>
<i>Des publics concernés par le programme, en situation de maladie chronique et marqués par un certain isolement</i>	<i>30</i>
DES DIFFICULTES LIEES, A L’EXTERNE, AU CONTEXTE DE DEPLOIEMENT, ET EN INTERNE A UN DEFAUT DE COMMUNICATION ET UN INVESTISSEMENT EN TEMPS CONSEQUENT POUR LES INFIRMIERES	34
<i>Un contexte général peu favorable au déploiement du programme</i>	<i>34</i>
<i>Un défaut de communication au sein du réseau des infirmières Asalée.....</i>	<i>34</i>
<i>Des difficultés liées au contenu du programme en lui-même (charge administrative, aspects logiques).....</i>	<i>35</i>
4. LES EFFETS ET IMPACTS DU DISPOSITIFS SUR LES BENEFICIAIRES	37
ANALYSE DES DONNEES ISSUES DES PODOMETRES : QUELQUES INDICES LIMITES D’EVOLUTION FAVORABLE DE LA MARCHÉ PRATIQUEE PAR LES BENEFICIAIRES DES GROUPES FINANCES PAR L’ARS	37

RELATION DE PROXIMITE AVEC L'INFIRMIERE, DIMENSION COLLECTIVE ET PODOMETRE : TROIS SOURCES DE MOTIVATION EXPRIMEES PAR LES PERSONNES CONCERNEES	41
<i>Une participation de l'infirmière Asalée sous différentes formes</i>	41
<i>La dimension collective du programme : plus qu'un simple atout du programme, un levier indispensable de de motivation</i>	43
<i>Le podomètre, un instrument incitatif qui « incarne » le programme</i>	45
<i>Une organisation du programme qui satisfait les participants</i>	47
DES IMPACTS POSITIFS VARIES RESSENTIS PAR LES PARTICIPANTS AU PROGRAMME D-MARCHE.....	48
<i>Une aide à la remise en mouvement, un effet très largement partagé par les personnes concernées</i>	48
<i>D-marche, une source de renouveau des liens sociaux indispensables à l'équilibre des personnes</i>	51
<i>Des bénéfices ressentis au-delà de la remise en mouvement sur le sommeil, l'état de santé, le bien-être en général</i>	52
5. LA PLUS-VALUE DU PARTENARIAT AVEC LES INFIRMIERES ASALEE	55
UN FORT CONSENSUS SUR LA PLUS-VALUE DU PARTENARIAT AVEC LES INFIRMIERES ASALEE A PLUSIEURS NIVEAUX.....	55
<i>A l'entrée dans le programme, une articulation entre le médecin et l'infirmière qui permet d'identifier des bénéficiaires potentiels et d'asseoir la crédibilité du programme</i>	55
<i>Pendant le programme, une plus-value en termes d'engagement des bénéficiaires et de croisement des expertises entre le formateur et l'infirmière</i>	56
<i>A l'issue du programme, la possibilité pour les bénéficiaires d'être suivis et orientés vers d'autres dispositifs, dépendamment de la disponibilité de l'infirmière</i>	57
DES ENJEUX DANS LA SUITE DU DEPLOIEMENT, EN MATIERE DE COMMUNICATION ET EN TERMES DE LUTTE CONTRE L'ILLECTRONISME.....	58
<i>Un enjeu principal sur les leviers à activer pour renforcer l'effectivité du partenariat avec les infirmières Asalée</i>	58
<i>Un enjeu en termes de partenariats locaux sur l'accompagnement au numérique</i>	59
<i>Un enjeu de connaissance des effets du programme sur le temps long</i>	59
6. CONCLUSIONS.....	61
SUR LA MISE EN ŒUVRE ET LE FONCTIONNEMENT DU DISPOSITIF.....	61
SUR LES EFFETS ET IMPACTS SUR LES BENEFICIAIRES	62
SUR LE PARTENARIAT AVEC LES INFIRMIERES ASALEE.....	62
7. ANNEXES	64
DOCUMENTATION GENERALE	64
DOCUMENTATION RELATIVE AU PROGRAMME D-MARCHE	64
DONNEES D'ACTIVITE	64

1. CONTEXTE DE L'ÉVALUATION

LE CONCEPT DE SPORT SANTE POUR AMELIORER L'ÉTAT DE SANTE MAIS AUSSI LA QUALITE DE VIE DES PERSONNES ATTEINTES DE MALADIE CHRONIQUE

Les bénéfices de l'activité physique sur la santé sont aujourd'hui totalement reconnus et admis. Une très riche littérature démontre, en effet, les impacts positifs d'une pratique régulière, notamment pour les malades chroniques ; si besoin dans le cadre d'une pratique adaptée. Ainsi, des travaux menés par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) en 2008¹, puis par l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses) en 2016², ont montré que les effets positifs de cette pratique dépassaient nettement les risques associés, et ce quelles que soient les caractéristiques de la personne (âge ; état de santé). Les bénéfices sont multiples (réduction de la mortalité et de l'incidence des maladies) et d'autant plus forts si « *l'activité physique est régulière, intense et soutenue dans le temps* »³. En outre, ils insistent sur le bénéfice de cette activité « *en tant que soin complémentaire ou traitement curatif pour certaines pathologies chroniques* »⁴.Voire le recommandent comme « *premier traitement de certaines maladies chroniques, avant même la prise de médicaments* »⁵. Ces travaux soulignent donc tout l'intérêt pour les personnes malades chroniques d'intégrer l'activité physique dans leur quotidien et leur parcours de soin.

L'expertise collective de l'Inserm (*op.cit*) souligne la nécessité de mettre en place des collaborations et partenariats entre les différents acteurs de ce parcours de soins, issus des différents secteurs (sanitaire, social et médico-social) ; mais aussi au-delà de ce parcours avec les porteurs des activités physiques (associations, formateurs, animateurs...). Plus largement encore, c'est aux politiques publiques de porter cette vision et de garantir les conditions favorables à l'inscription durable de la pratique dans la vie quotidienne des malades chroniques. Depuis 2016 et la loi de modernisation de notre système de santé, l'élaboration d'interventions communes entre ARS et DRJSCS (aujourd'hui les DRAJES) est ainsi encouragée dans la perspective de promouvoir et développer la pratique des activités physiques et sportives comme facteur de santé publique.

A ce titre, l'ARS et la DRAJES de Bretagne ont signé successivement trois plans régionaux Sport Santé Bien-être (SSBE), en 2013, en 2018 puis en 2023 qui concrétisent cette volonté et cette stratégie de lutte globale contre la sédentarité, et visent à développer l'activité physique adaptée (APA) comme un réel outil de santé et thérapie non médicamenteuse. Le troisième plan régional SSBE 2023 – 2028 entend renforcer l'identification de l'offre d'activité physique et sportive, la mise en réseau des acteurs et les programmes d'activités physiques mis en place à destination des différents publics cibles. Les Maisons Sport à Santé sont identifiées comme un dispositif d'appui majeur pour le développement du sport – santé en Bretagne.

¹ Activité physique. Contextes et effets sur la santé. Inserm 2008

² Actualisation des repères du Plan national Nutrition Santé (PNNS) relatifs à l'activité physique et à la sédentarité. Expertise collective. Anses. 2016

³ Activité physique – Prévention et traitement des maladies chroniques. Expertise collective. Inserm. 2019.

⁴ *Ibid.*

⁵ C. Chenu, L. Fleury, et le groupe d'expertise collective de l'Inserm. L'activité physique : un traitement scientifiquement démontré face à l'obésité, la dépression, le diabète. La Santé en action, 2021, n°456, p.50-53.

Le premier jalon de cette politique régionale «sport - santé – bien être » a consisté à donner un cadre aux projets se réclamant de l'activité physique adaptée. Les financements octroyés aux structures porteuses de projet sont en effet conditionnés à la signature d'une charte qui pose les critères de qualité de programme d'APA. Ces structures signataires de la charte sont à l'heure actuelle environ 300 en Bretagne, et 20 maisons sport santé sont implantées dans la région. L'objectif est désormais pour l'ARS de soutenir des actions véritablement probantes pour des publics spécifiques.

LE PROGRAMME D-MARCHE : UN PROGRAMME NATIONAL, ENCORE JEUNE DANS SA DECLINAISON BRETONNE

L'association A la Découverte de l'Âge Libre (ADAL) est une association nationale créée en 1992 œuvrant pour « *un objectif de prévention globale partagée entre investissement collectif et investissement individuel* »⁶. L'association propose des actions et des formations destinées à changer les comportements des bénéficiaires finaux pour les aider à instaurer des « comportements durables », centrés sur l'activité physique, l'alimentation, la santé psychique, etc.

L'une de ces actions consiste dans le programme D-marche, conçu comme « *une invitation à augmenter durablement sa quantité de pas quotidienne* ». C'est un programme motivationnel, qui « *permet à chacun d'autodéterminer sa quantité d'activité physique au quotidien et de rester motivé pour la maintenir ou l'améliorer* »⁸.

Le programme a été étudié et reconnu par différentes institutions au niveau national : il est référencé comme « Intervention Probante en prévention et promotion de la santé », et est soutenu par différents Ministères, par la CNAV, par l'AGIRC-ARRCO. D'après l'ADAL, il aurait permis de toucher plus de 26 000 personnes sur tout le territoire.

Le programme cible initialement les seniors, dans une optique de prévention de la perte d'autonomie. L'ARS Bretagne a fait le choix de financer également des groupes composés de malades chroniques, en lien avec l'objectif opérationnel 0016 « *Promouvoir la pratique d'activité physique auprès des malades chroniques* » du deuxième plan SSBE de Bretagne (déployé en 2018). En région, et pour les « D-marcheurs » malades chroniques, le programme s'appuie, de plus, sur l'intervention d'infirmières Asalée pour le repérage et le suivi, ce qui est une spécificité bretonne (cf. section 3 relative à la mise en œuvre et au fonctionnement du dispositif).

Ce programme est au cœur d'un riche écosystème d'actions dans le domaine sport santé en région Bretagne, parmi lesquelles l'ICAPS (Intervention auprès des Collégiens centrée sur l'Activité Physique et la Sédentarité), le déploiement des Maisons Sport-Santé, les formations Sport-Santé, ou encore les programmes d'activité physique adaptée à destination de différents publics : personnes âgées en risque de perte d'autonomie (dans le cadre des Conférences départementales de prévention de la perte d'autonomie notamment), personnes présentant des addictions, personnes en situation de handicap.

⁶ <https://www.adal.fr/>

⁷ <https://www.d-marche.fr/>

⁸ <https://www.adal.fr/actions>

LES ATTENTES ET LES OBJECTIFS DE L'ÉVALUATION

Dans ce contexte, l'évaluation vise à documenter plus précisément les impacts spécifiques du programme D-marche breton à destination de malades chroniques, et s'appuyant sur l'intervention d'infirmières Asalée.

Les objectifs de l'évaluation tels qu'ils ont été définis à l'issue de la phase de cadrage étaient les suivants :

- **Mesurer le niveau de pratique, d'implication et de motivation** des D-marcheurs bretons/Asalée, d'un point de vue :
 1. Factuel, à partir des données enregistrées par le podomètre.
 2. Ressenti / déclaré par les bénéficiaires eux-mêmes.
- **Mesurer les effets et impacts de la participation** au programme sur ces D-marcheurs malades chroniques, **perçus et projetés**, en termes de :
 1. Comportement, attitudes et habitudes quotidiennes (au sens large, comprenant activités sociales ou physiques, habitudes alimentaires, pratiques de mobilité...).
 2. Etat de santé et consommation de soins ressentis.

Notons par ailleurs que ces impacts peuvent être directs ou indirects.

Initialement, il avait été envisagé qu'une dimension financière soit intégrée à la mesure de ces effets ; toutefois, la méthodologie effectivement déployée ainsi que la nature du matériau collecté n'ont pas permis de mener cette analyse financière.

- **Documenter les apports spécifiques de l'intervention des infirmières Asalée** et comprendre dans quelle mesure elle participe à une plus grande efficacité du programme.
- **Recueillir le point de vue global des D-marcheurs** sur le programme dans sa mise en œuvre, son déroulement et suivi.
- **Identifier les impacts différenciés du programme sur cette population de D-marcheurs bretons/Asalée par rapport aux « autres » D-marcheurs.** L'analyse des données issues des podomètres permet cette comparaison *a minima* (cf. section 2 relative à la méthodologie).

Pour répondre à l'ensemble de ces questionnements, le rapport est donc organisé en trois grandes parties permettant :

- **D'apprécier / évaluer la mise en œuvre, le déroulement et le suivi spécifique du programme breton, du point de vue des différentes parties prenantes :**
 1. Rôle et implication des infirmières Asalée ;
 2. Coordination des professionnels, au sein du programme entre formateurs et infirmière Asalée, et au-delà avec les autres partenaires du territoire ;
 3. Niveau d'adaptation aux caractéristiques individuelles et médicales des D-marcheurs.
- **D'évaluer les impacts du programme breton sur les D-marcheurs malades chroniques :**

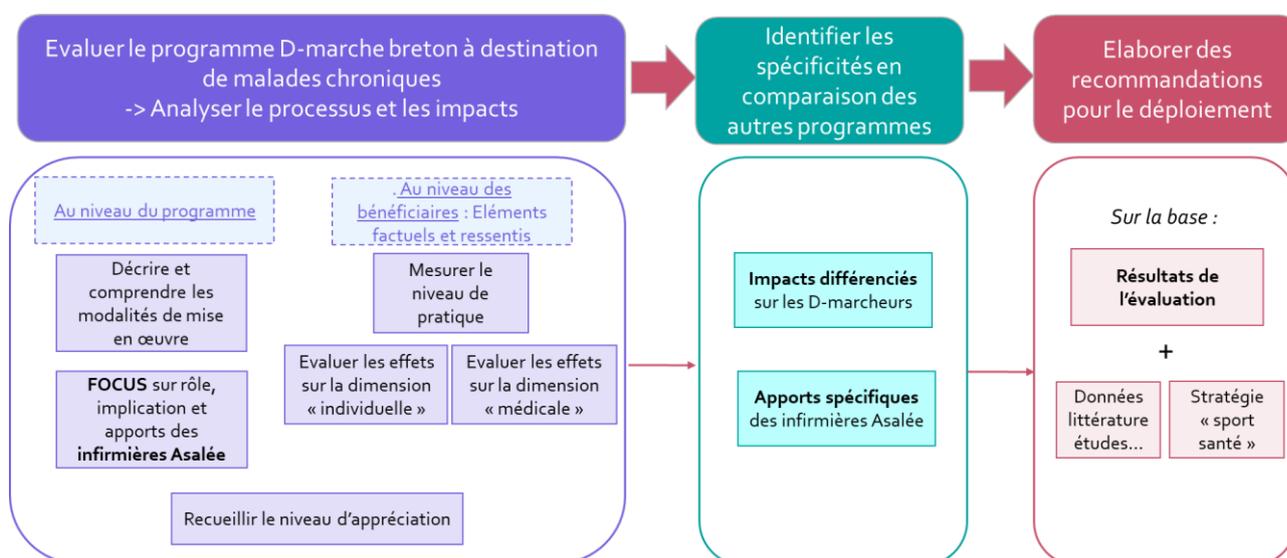
1. Dimension « individuelle » (comportements et habitudes quotidiennes) : bien-être et qualité de vie, mobilité et capacités physiques, habitudes alimentaires, vie sociale ; pérennité de l'activité...
 2. Dimension « médicale » : état de santé perçu et consommation déclarée de soins et médicaments.
- **D'identifier la plus-value du réseau d'infirmière Asalée dans la mise en œuvre du programme breton.**

2. LA METHODOLOGIE DE L'EVALUATION

LE PERIMETRE DE L'EVALUATION

L'évaluation a concerné **l'organisation mise en œuvre (partenariat formateurs ADAL / infirmières Asalée notamment)** pour accompagner **les D-marcheurs bretons malades chroniques**, repérés / inscrits dans le programme par le biais des infirmières Asalée **sur une période allant de janvier 2023 à février 2024**, ainsi que les évolutions constatées et ressentis en lien avec l'inscription dans le programme D-marche.

Les objectifs de l'évaluation sont résumés dans le schéma ci-dessous :



Sur cette période, les données analysées concernant ces D-marcheurs bretons bénéficiaires ont été recueillies par le biais d'**investigations qualitatives et quantitatives diverses**, décrites ci-après et mises en œuvre spécifiquement pour cette évaluation :

- Un questionnaire d'enquête administré auprès des D-marcheurs en début (To) et en fin de programme (T1) ;
- Des entretiens individuels avec des D-marcheurs, leur formateur et leur infirmière Asalée pour produire une analyse de situations individuelles ;
- Des entretiens de groupes avec les professionnels (formateurs, infirmières Asalée) ;
- Les données Internet collectées via les podomètres remis à chaque D-marcheurs.

LES AXES DE QUESTIONNEMENT

L'évaluation du programme D-marche a été structurée autour de **six grandes questions évaluatives**, consolidées à l'appui des entretiens de cadrage. Ces dernières interrogent l'efficacité et les effets du programme pour les D-marcheurs, les infirmières Asalée et les formateurs D-marche.

1. Quels sont les **impacts du programme breton sur les comportements** et habitudes quotidiennes des D-marcheurs malades chroniques ?
 1. Comment évolue la dimension physique : niveau d'autonomie et de pratique de la marche ? Les D-marcheurs marchent-ils davantage en temps et/ou en distance ? Dans quelles conditions ? Quels sont les autres effets ressentis sur la dimension physique ?
 2. Comment évoluent les différentes habitudes quotidiennes ?
 - Habitudes individuelles : notamment alimentation/nutrition ; mais aussi pratique ou non d'une activité physique, mobilité, etc.
 - Activités collectives et sociales : participation à des activités de groupes, en association ou non,
 3. D'un point de vue global, quels sont les effets ressentis sur le bien-être général et la qualité de vie au quotidien ? Dans quelle mesure les bénéfices ressentis dépassent la dimension physique et se répercutent sur toutes les dimensions de la vie quotidienne ?

2. Quels sont les **impacts sur l'état de santé, la consommation de soins et les investissements en santé** des D-marcheurs malades chroniques ?
 4. Le rapport aux soins s'est-il modifié et dans quelle mesure ? Les D-marcheurs ont-ils changé leurs habitudes : prises de rendez-vous (démarche plus « préventive »), types de praticiens sollicités, etc. ? Le recours aux soins a-t-il diminué ?
 5. Les traitements et la charge médicamenteuse ont-ils évolué ? Les D-marcheurs ont-ils modifié leurs traitements ? Prennent-ils plus/moins de médicaments ?
 6. Comment la pratique d'activité physique s'inscrit-elle dans une approche plus globale de la santé ? Quelle place lui est donnée dans le quotidien (les habitudes) ?

3. En transversal, concernant les **évolutions / impacts sur le quotidien** (dimensions « individuelles » et « médicales ») :
 7. Quelles sont les répercussions de ces évolutions sur la dimension financière ? En particulier, les D-marcheurs engagent-ils de nouvelles dépenses ; en réduisent-ils d'autres ? Sur quels aspects de leur quotidien observe-t-on ces changements ? Et comment sont-ils perçus par les bénéficiaires ?

8. Quelles projections dans l'avenir (question de la pérennité des évolutions) ? Quels sont les éléments facilitants / bloquants l'inscription durable de ces changements dans leur quotidien ?

4. Quelles sont les **perceptions du programme** par ses bénéficiaires ?
 9. L'organisation, le déroulement et le contenu du programme sont-ils adéquats, adaptés aux différentes situations individuelles des D-marcheurs ?
 - Modalités d'inscription dans le programme,
 - Durée et contenu des séances,
 - Accompagnement à l'utilisation des outils,
 - Accompagnement à la pratique et préparation à l'activité autonome,
 - Suivi,
 - Prise en compte des spécificités / contraintes personnelles.
 10. Quels sont les principaux atouts / points forts du programme sur lesquels capitaliser ?
 11. Quels en sont les principaux axes d'amélioration ?

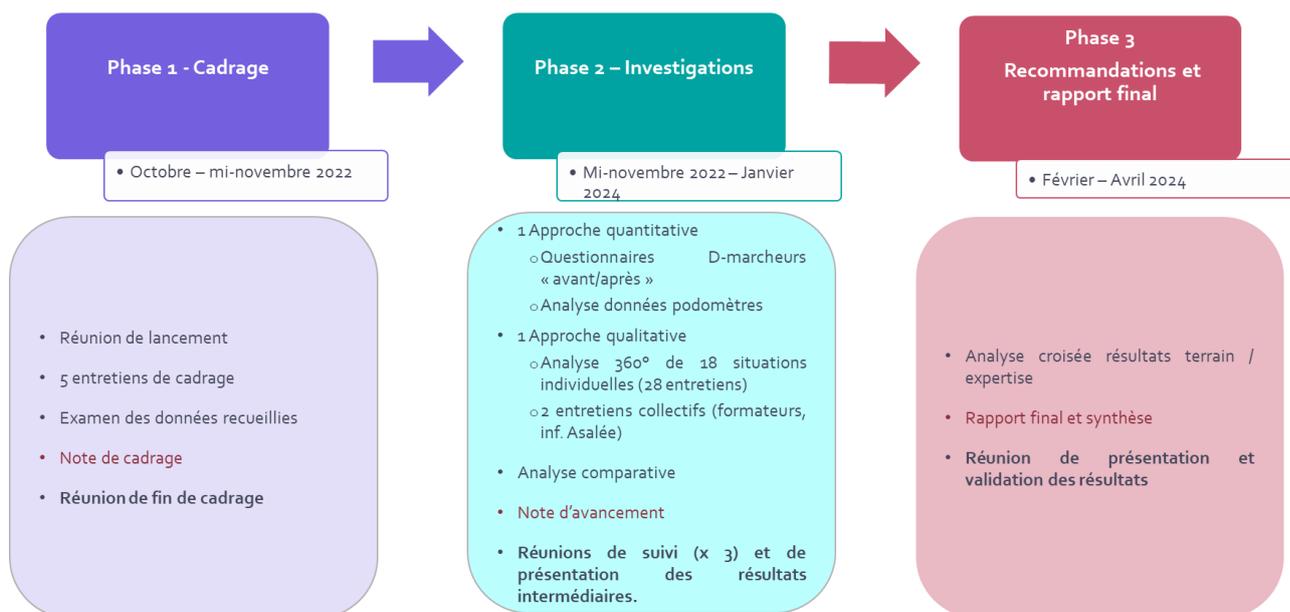
5. Comment **les infirmières Asalée sont-elles intégrées et s'intègrent-elle au programme** ? Selon quelles conditions le partenariat est-il le plus efficient ?
 12. Comment sont-elles informées / sensibilisées ? Quels sont les éléments moteurs, les leviers de leur inscription et implication dans le programme ?
 13. Quelles sont les représentations des infirmières Asalée concernant l'activité physique et la marche ? Comment ces représentations évoluent-elles ? Comment cette évolution se traduit-elle dans leurs pratiques ?
 14. Quels en sont les éventuels freins ?

6. Quels sont **les apports spécifiques de l'intervention des infirmières Asalée** dans le programme ?
 15. Dans quelle mesure cette intervention facilite-t-elle l'inclusion des publics ciblés dans le programme ? Selon quelles conditions ?
 - Quels sont les éventuels nouveaux publics repérés / inclus par leur intermédiaire ?
 16. Dans quelle mesure cette intervention (et plus globalement la logique partenariale) est-elle de nature à optimiser et maintenir l'aspect motivationnel des D-marcheurs ?

- Dès l'amont du programme ? Le diagnostic initial permet-il de mieux appréhender les caractéristiques par le biais du diagnostic initial ?

DEROULE METHODOLOGIQUE GLOBAL

Pour rappel, l'évaluation a reposé sur une démarche itérative mêlant approches quantitative et qualitative et s'appuyant sur différentes phases et méthodes complémentaires. Le schéma suivant résume le déroulement de l'étude.



Notre démarche a visé à illustrer la diversité des situations et des ressentis : effets/impacts perçus, mais aussi difficultés potentielles, attentes et besoins, solutions envisagées par chaque catégorie d'acteurs.

Ainsi, elle s'est appuyée sur la mobilisation et la sollicitation de différentes sources (documents, système d'information, entretiens avec l'ensemble des parties prenantes). Ont ainsi été entendues :

- Les D-marcheurs bretons;
- Le référent régional de l'association ADAL et les 5 formateurs D-marche ;
- Les infirmières Asalée mobilisées sur le programme ;
- Les acteurs pilotes ou impliqués dans le déploiement en région du programme (principalement issus de l'ARS Bretagne ; uniquement en phase de cadrage).

Les différentes investigations sont détaillées ci-dessous.

L'enquête par questionnaire rempli par les D-marcheurs en début de programme et quelques mois après la dernière séance.

L'enquête par questionnaire visait à collecter le ressenti des D-marcheurs sur les effets perçus de leur participation au programme en termes de bien-être, d'habitudes comportementales (activité physique, modes de déplacement, alimentation, vie sociale), d'état de santé et de consommation de soins. Leurs attentes vis-à-vis de D-marche ainsi que leur motivation pour la marche et l'activité physique ont aussi été questionnées à l'entrée du programme et mises en regard avec l'atteinte des objectifs qu'ils s'étaient fixés.

L'enquête devait permettre de rendre compte d'évolutions en étant renseignée à deux moments distants du programme D-marche : au démarrage des sessions organisées avec le formateur (questionnaire T₀) et quelques mois après la fin des sessions, lors d'une consultation avec l'infirmière Asalée (questionnaire T₁).

Le questionnaire a été structuré autour des items suivants :

Questionnements	T₀	T₁
Impact sur les comportements		
Profil : âge, sexe, niveau d'études, lieu de résidence principal (urbain/péri-urbain/rural), configuration du ménage	X	X
Etat de santé ressenti (globalement, physiquement, moralement) Indicateur de qualité de vie (ex. échelle de 1 à 10 sur bien-être ressenti)	X	X
Modes de déplacements utilisés (voiture, bus, marche...), distances parcourues ? Nature des déplacements (courses, promenades, rendez-vous médicaux...)?	X	X
Perception de l'évolution		X
Impacts sur les pratiques mobilité de l'entourage		X
Evolution des pratiques alimentaires		X
Impact sur les pratiques alimentaires de l'entourage		X
Evolution de la vie sociale		X
Evolution de la motivation pour la marche et l'activité physique		X
Attentes vis-à-vis du programme	X	
Objectifs attendus (T ₀) / atteints (T ₁)	X	X
Pérennité des effets (poursuite de l'activité, maintien de la motivation)		X
Evolution de l'implication dans le programme		X
Impact sur la consommation de soin		
Echelle de fréquence (moins souvent/identique/plus souvent) sur la consultation des professionnels de santé		X
Evolution perçue de la consommation de médicaments		X
Appréciations		
Perception sur l'organisation du programme, sa durée		X
Perspectives envisagées après la sortie, à moyen/long terme : maintien activité, poursuite enregistrement des données		X
Points forts/points faibles du programmes		X
Niveau de réponse aux attentes		X

Impact financier		
Perceptions sur d'éventuelles dépenses supplémentaires (inscription en club, essence pour plus de sorties, alimentation, ...) engendrées par la participation au programme		X
Hausse des dépenses de santé à court terme, due à une meilleure observance du traitement engendrée par la participation au programme ?		X

Les professionnels impliqués dans le déroulement de l'enquête (formateurs pour le questionnaire To et infirmières Asalée pour le questionnaire T1) ont été sensibilisés à la démarche le 6 décembre 2022.

En pratique, tous les groupes mis en place sur la période janvier 2023 – octobre 2024 (1ère séance), composés de D-marcheurs Bretons malades chroniques, repérés / inscrits dans le programme par le biais des infirmières Asalée ont été concernés par l'enquête.

Les questionnaires T1 n'ont pas systématiquement été renseignés, d'autant que des groupes de D-marcheurs financés par l'ARS incluent des participants non suivis par une infirmière Asalée. Ils ont parfois été passés lors de la dernière session collective au lieu des 3 ou 4 mois préconisés après la dernière séance. Ils ne permettent donc pas une analyse avant / après. Ils fournissent cependant des indices quant aux apports du programme et ce qui a compté pour les participants.

Note méthodologique - Enquête

L'enquête s'est déroulée en deux temps :

- Une première diffusion initiale à To

To = Questionnaire distribué par le formateur lors de la session initiale, remplissage sur place puis saisie des réponses par le formateur via un lien internet (Sphinx). Cette enquête a récolté 107 réponses.

- Une seconde diffusion T1 6 mois plus tard

T1 = Questionnaire distribué par l'infirmière Asalée lors d'une consultation spécifique organisée environ 6 mois après l'entrée dans le programme, remplissage sur place puis envoi courrier/scan par l'infirmière à Itinere. Cette enquête a récolté 48 réponses.

Les résultats de l'enquête To sont exprimés en pourcentage tandis que ceux de l'enquête T1 le sont en effectif. Le traitement des données a été réalisé sous RStudio et l'analyse et la valorisation des résultats sous Dataviv de Sphinx. Un point de vigilance est requis quant au faible nombre de réponses de l'enquête à T1 ne permettant pas une analyse approfondie des résultats.

L'analyse des données d'activité issus des podomètres

Ces données sont issues du système d'information géré par l'association ADAL pour tous les D-marcheurs en France. Une première extraction a été demandée en juillet 2023, les données ont été actualisées en février 2024.

La requête concerne tous les D-marcheurs résidant en Bretagne, y compris pour les groupes mis en place avant l'évaluation, qu'ils intègrent le programme financé par l'ARS et dédié aux malades chroniques (orientés par les infirmières Asalée) ou qu'ils relèvent d'autres financements (notamment des « seniors » dans le cadre des Conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie – CFPPA). Les données permettent d'identifier les groupes auxquels sont rattachées les personnes et de repérer ceux qui sont financés par l'ARS des autres. A noter toutefois que des groupes financés par l'ARS incluent des personnes qui n'ont pas été orientées par une infirmière Asalée. La dimension comparative entre les groupes financés par l'ARS dans le cadre de la mobilisation du réseau Asalée et les autres groupes est donc limitée.

Deux indicateurs principaux ont été définis avec le commanditaire pour disposer d'informations objectives sur la « mise en mouvement » des bénéficiaires du programme : le nombre de sorties et le nombre de pas par sortie.

Plusieurs points sont à porter à l'attention du lecteur pour comprendre les données présentées ci-dessous :

- Tous les D-marcheurs ne créent pas de compte sur le site internet et donc ne chargent pas leurs données dans le système d'information d'ADAL ;
- Les D-marcheurs ayant créé leur compte et chargé des données peuvent arrêter de le faire au bout d'un moment, sans forcément de lien avec leur pratique de marche réelle.
- L'accompagnement à la création d'un compte sur l'application ADAL est faite, selon les groupes, au 2^{ème} ou au 3^{ème} temps collectif. Or le podomètre conserve 30 jours d'ancienneté au maximum, entraînant une perte des données antérieures si elles n'ont pas été chargées. Il est donc possible selon les groupes que l'on ne dispose pas des données « initiales » utiles à la mesure de l'évolution du nombre de pas.

A l'automne 2022, une sensibilisation particulière a été apportée par les formateurs au cours des sessions initiales afin d'inciter les bénéficiaires à la création de leur compte, entraînant une augmentation du nombre de compte créés. Néanmoins, une part non quantifiée a cessé de charger ses données assez rapidement. En outre, les podomètres ne peuvent être branchés que sur un ordinateur, or nombre de personnes n'en sont pas équipées.

Notons cependant que certaines infirmières Asalée permettent aux D-marcheurs de charger leurs données podomètre sur leur ordinateur, pendant une consultation. De plus, une sensibilisation des professionnels sur les enjeux de l'étude a été mise en place.

Les données disponibles pour l'analyse ne concernent donc qu'une partie des bénéficiaires. Cela entraîne un biais inhérent à la source des données. L'interprétation des résultats doit en tenir compte.

Conformité RGPD

L'extraction, la transmission et l'exploitation des données individuelles issues du site internet de l'ADAL a nécessité de mettre en place des modalités spécifiques permettant de garantir la protection des données à caractère personnel. Les modalités suivantes ont été convenues entre l'ADAL et Itinere Conseil :

- **Pseudonymisation des données** (suppression des informations directement identifiantes telles que nom, prénom, adresse et utilisation d'un identifiant unique non signifiant)
- **Minimisation des données** : seules les données répondant au périmètre précis de l'analyse ont été extraites et transmises.
- **Transfert sécurisé**
- **Signature d'une convention RGPD** (précisant notamment nos engagements sur le sort des données à l'issue de la mission).

L'approche qualitative sur la base d'entretiens individuels et collectifs avec les différentes parties prenantes.

L'approche qualitative visait la compréhension, l'interprétation et l'explication précise des modalités de déroulement du programme (à l'occasion d'entretiens avec les acteurs professionnels principalement) et de ses impacts (D-marcheurs principalement). L'analyse des effets qui en découle s'appuie ainsi essentiellement sur des ressentis, des perceptions et représentations des différents acteurs.

Différents types d'entretiens ont été conduits :

- **Des entretiens collectifs auprès des formateurs ADAL d'une part et des infirmières Asalée impliquées dans le programme d'autre part.** Ils ont eu lieu à l'été 2023 : 4 formateurs et 6 infirmières et la référente régionales du réseau Asalée ont pu participer. Deux entretiens individuels complémentaires ont été réalisés avec une formatrice et une infirmière.
Il s'est agi de questionner le parcours professionnel des acteurs et leur motivation à intégrer D-marche, « l'historique » du déploiement des premiers groupes sous financement ARS (modalités, organisation, etc...) ; les ressentis des acteurs quant à ce déploiement et au déroulement des groupes ; les modalités de travail partenariale ; ainsi que leur vision quant à la suite (par exemple évolution des modalités partenariales, de recrutement, taille et composition des groupes, etc...).
- **Des entretiens individuels avec des D-marcheurs, des formateurs, des infirmières Asalée** dans l'optique de collecter la vision à 360° de 16 situations individuelles en croisant les récits des différentes personnes connaissant la situation. Au final, 18 entretiens ont été réalisés avec des D-marcheurs dont 6 avec des D-marcheurs non suivis par une infirmière Asalée (14 femmes et 4 hommes ; âgés de 50 à 80 ans). A l'exception d'un groupe, des entretiens miroirs ont pu être réalisés avec les formateurs et infirmières concernés, soit 6 formateurs et 4 infirmières impliqués dans différents groupes.

Les entretiens pour recueillir le point de vue des formateurs et infirmières Asalée sur les parcours individuels ont pu être compliqués à planifier, compte tenu de la charge de travail des interlocuteurs, en particulier des infirmières. Il n'a par ailleurs pas toujours été simple de collecter de l'information sur les individus concernés des différents groupes, les professionnels ne se souvenant pas toujours des situations individuelles rencontrées.

Le tableau suivant récapitule les investigations menées.

Dept	Lieu	Etat avancement	Date début	Date fin	Entretien formateur	Entretien IDE Asalée	Nb entretiens D- MARCHEURS
22	Merdrignac	Déployé	23/08/2022	24/01/2023			
22	Créhen	Déployé	11/03/2023	02/07/2023	x	x	1
35	Plélan-le-Grand	Déployé	25/03/2023	22/07/2023	x	x	1
22	Lamballe	Déployé	03/04/2023	03/07/2023	x	x	1
29	Audierne > Cap Sizun	Déployé	04/04/2023	13/06/2023	x	x	2
56	Locminé	Déployé	11/04/2023	13/06/2023			
56	Etel	Déployé	14/04/2023	15/06/2023	x	Non disponible	3
35	Dol-de- Bretagne > Bagger- Morvan	Déployé	09/05/2023	18/11/2023	x	x	2
22	Merdrignac	Déployé	29/08/2023	19/12/2023	Indique ne pas être disponible	Pas de réponse	2
22	Ploubalzanec	?	01/01/2024	?			
35	Gevezé	Déployé	16/09/2023	17/02/2024	x		2
35	Saint-Aubin d'Aubigné	Déployé	23/09/2023	15/03/2024	x		3
35	Pleine Fougères	Déployé	17/10/2023	16/01/2024	x	x	1
29	Quimper	Déployé					

Un principe méthodologique fort : l'implication des professionnels du programme dans le recueil de données

La phase de cadrage a permis d'identifier puis de confirmer un fort enjeu autour de la sensibilisation des différentes parties prenantes à la démarche d'évaluation. Une attention particulière a donc été portée à cette dimension.

En effet, il était primordial de bien sensibiliser les bénéficiaires à la démarche, la viabilité des résultats reposant en grande partie sur leur implication. L'approche « étude » a pu à ce titre constituer un vrai levier d'implication.

De ce fait, le déploiement du dispositif d'évaluation reposant en partie sur les acteurs professionnels (formateurs, infirmières Asalée), un document synthétisant des éléments de discours leur a été transmis en amont du déploiement (courant janvier 2023). Il visait à les accompagner / appuyer dans :

- Leur posture face au déploiement de la démarche (appropriation) ;
- Leur communication auprès des D-marcheurs afin de susciter leur adhésion et ainsi optimiser le recueil d'information dans les différentes approches (exhaustivité et qualité)
 1. Remplissage des questionnaires ;
 2. Chargement régulier et dans la durée des données des podomètres ;
 3. Participation éventuelle à un entretien (analyse 360°).

Ces éléments de langage, à destination principalement des formateurs, visaient à être synthétiques et à appuyer le discours du professionnel sur la démarche (mise en avant de certains points clés).

A l'issue de la phase d'investigations, les éléments recueillis ont été analysés puis mis en perspective avec l'expertise de France Mourey.

CALENDRIER DE MISE EN ŒUVRE

Le calendrier présenté ci-dessous est le calendrier révisé à l'issue de la phase de cadrage, qui a pu être respecté.

Figure 1 – Calendrier révisé de mise en œuvre de l'évaluation

	2022				2023												2024				
	Sept	Oct	Nov	Déc	Janv	Févr	Mars	Avr	Mai	Juin	Juil	Août	Sept	Oct	Nov	Déc	Janv	Févr	Mars	Avr	
Réunion de lancement	■																				
Entretiens de cadrage (x6)		■	■																		
Examen des données recueillies			■	■																	
Réunion de suivi			■																		
Réunion de présentation de la méthodologie (acteurs prof.)				■																	
Note de cadrage				■																	
Réunion de fin de cadrage				■																	
Elaboration des questionnaires d'enquête					■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Enquête questionnaire bénéficiaires / T0						■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Enquête questionnaire bénéficiaires / T1																					■
Elaboration outils qualitatifs					■	■	■														
Réunion de suivi : avancement enquête, validation outils quali.							■														
Analyse 360° - 16 situations situations ind. / 48 entretiens								■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Entretien collectif infirmière Asalée										■	■										
Entretien collectif référent régional et formateurs										■	■										
Réunion de suivi : avancement des investigations											■										
Rédaction note d'avancement												■	■								
Réunion de présentation des résultats intermédiaires														■							
Analyse comparative D-marcheurs bretons/Asalée - autres D-marcheurs																				■	■
Réunion de suivi : bilan phase 2 / passage phase 3																					■
Analyse croisée : résultats terrain / expertise																				■	■
Rédaction rapport final																					■
Rédaction synthèse communicante																					■
Réunion de présentation et validation des résultats																					■

Les investigations quantitatives via questionnaires ont été positionnées dès janvier 2023. En pratique, les questionnaires T0 ont été collectés jusqu'en novembre 2023 et les questionnaires T1 jusqu'en février 2024.

LES LIMITES DE L'ÉVALUATION

Une première limite méthodologique de l'évaluation tient au fait que celle-ci est calibrée sur le déploiement des programmes D-marche. Initialement, 11 groupes étaient prévus sur le 1^{er} semestre 2023. Or :

- Seulement 7 programmes ont été déployés sur cette période et ont été achevés avant juin 2023 (à notre connaissance) : Créhen, Plélan-le-Grand, Lamballe, Audierne / Cap Sizun, Locminé, Etel et Dol-de-Bretagne / Bagger-Morvan.
- Les autres programmes ont finalement été déployés sur la 2^e partie de l'année 2023. Ce retard de déploiement a pu conduire à la non-prise en compte des programmes de certaines communes (Locminé et Saint-Brieuc).
- Des questionnaires ont toutefois bien été reçus pour les programmes de communes de Merdrignac, Gevezé, et Pleine Fougères (en nombre limité pour les 2 dernières communes cependant). Au final, les programmes de 10 communes ont fait l'objet de passation de questionnaires.
- Concernant les entretiens qualitatifs, des D-marcheurs issus de 10 groupes ont pu être entendus. Mais, pour 4 groupes, seul un participant a été interviewé.

La deuxième limite d'ordre méthodologique est liée à la **forte implication attendue des parties prenantes (formateurs et infirmières Asalée)** en termes de recueil de données. Nous avons constaté :

- Une disponibilité limitée des infirmières Asalée du fait de leur charge de travail et malgré l'appui de la coordinatrice du réseau.
- Une compréhension imprécise des parties prenantes de leur rôle dans l'évaluation : certains formateurs ont souligné que la démarche d'évaluation leur semblait complexe, certaines infirmières ont par exemple dû être relancées à plusieurs reprises pour obtenir des contacts de D-marcheurs volontaires et selon des critères imprécis, ou pour transmettre les questionnaires T1.

Une dernière limite méthodologique tient aux profils des bénéficiaires : certains d'entre eux sont en effet issus de programmes qui ne reposent pas uniquement sur un recrutement par les infirmières Asalée, ce qui impacte :

- La dimension comparative et l'identification de la plus-value du partenariat des infirmières Asalée dans l'analyse des données issues du podomètre ;
- L'analyse de l'évolution de la situation des bénéficiaires entre To-T1. En effet, pour les bénéficiaires non suivis par une infirmière Asalée, nous ne disposons pas de questionnaire T1, ce qui conduit à réduire l'échantillon effectivement exploitable.

3. MISE EN ŒUVRE / FONCTIONNEMENT DU DISPOSITIF

UN PROGRAMME STRUCTURE ET OUTILLE, QUI CIBLE LES PERSONNES ATTEINTES D'UNE MALADIE CHRONIQUE POUR LES RENDRE MOINS SEDENTAIRES

En région Bretagne, le choix de déployer le programme d'abord auprès des personnes atteintes de maladie chronique

Sur l'ensemble de la région Bretagne, l'ARS a fixé un objectif de 30 groupes, répartis sur les 4 départements, composés prioritairement d'une patientèle de personnes malades chroniques, suivies par le réseau d'infirmières Asalée, éloignées de la pratique sportive et souvent isolées.

Le ciblage de la population « malades chroniques » peut interroger car il conduit à englober des catégories de population très variées et à ne pas prendre en compte des facteurs spécifiques à certaines d'entre elles, tels que les effets liés au vieillissement. Le choix de l'ARS Bretagne a, cependant, correspondu à la volonté de déployer une approche thérapeutique non médicamenteuse et d'en tester les apports. Dans une perspective de poursuite, voire de développement du programme, il importe que des distinctions puissent être apportées dans l'analyse des effets en fonction de l'âge. A ce jour, le programme concerne essentiellement des seniors (cf. section relative aux publics concernés par le programme).

A noter qu'en parallèle, le programme bénéficie également de financements par le biais des Conférences départementales des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie, et ce uniquement pour un public de « seniors » (plus de 60 ans).

La présente évaluation cible bien spécifiquement les programmes à destination des publics malades chroniques (« sous financement ARS »).

Le programme D-marche, un programme imaginé pour lutter contre la sédentarité et initier une prise de conscience

Le programme D-marche a l'ambition d'initier de nouveaux comportements chez les personnes malades chroniques qui en bénéficient. Il vise :

- prioritairement à amener les bénéficiaires à retrouver ou à instaurer une habitude d'activité physique au quotidien et ainsi à lutter contre la sédentarité ;
- à les inciter, de manière plus périphérique, à adopter des comportements plus vertueux pour « prendre soin de soi », des comportements favorables à la santé dans une logique de prévention / promotion de la santé (en matière d'alimentation, d'habitudes de mobilité, de consommation d'alcool ou de cigarettes);
- à contribuer à accroître la confiance en soi des bénéficiaires et à rompre leur isolement ;

- Enfin, plus indirectement, à familiariser les bénéficiaires avec les outils numériques (prise en main d'un ordinateur, recherche en ligne) en leur donnant l'habitude de se connecter à l'application D-marche pour reporter leur nombre de pas.

Un programme qui repose sur des outils numériques

Le programme D-marche s'appuie sur 2 outils :

- un podomètre, dont le fonctionnement et le paramétrage sont expliqués lors de la session initiale ;
- et le logiciel D-marche, accessible via l'url www.d-marche.fr et qui doit être téléchargé par le bénéficiaire.

NB : L'utilisation du podomètre et l'enregistrement des données sont encouragés mais non obligatoires ; tous les D-marcheurs n'effectuent pas cet enregistrement. Ce point a constitué un enjeu pour la présente évaluation et pour rendre compte de l'activité générée par le programme mais il n'a pas la même importance pour les personnes et les porteurs du projet, qui privilégient une démarche volontaire de la part des personnes (en lien avec la recherche d'un effet motivationnel).

Figure 1 : interface du logiciel D-marche



Source : Plaquette D-marche, association ADAL

Un programme rythmé par 4 sessions animées par un formateur ADAL

La section suivante décrit les différentes étapes du programme tel qu'il a été conçu en Bretagne pour les malades chroniques orientés par les infirmières Asalée.

- **Le repérage et le recrutement des bénéficiaires**

En règle générale, le repérage de bénéficiaires potentiels est à l'initiative de l'infirmière qui identifie, au sein de son vivier de patients malades chroniques, des personnes qui pourraient trouver un bénéfice à participer au programme : dans le cadre de nos échanges avec les infirmières, c'est en particulier la situation sociale (et notamment l'isolement de la personne) qui apparaît comme le critère d'adressage principal (les infirmières Asalée interrogées n'ont pas communiqué d'autres critères).

Plus à la marge, il arrive que le médecin généraliste oriente un de ses patients vers l’infirmière Asalée en précisant dans quelle mesure le patient montre un intérêt pour le programme D-marche. La communication et la connaissance de ce programme par les médecins traitants est donc un enjeu important pour assurer l’orientation effective des patients vers ce programme. Dans ce cas de figure, une fois orientés vers les infirmières, les bénéficiaires sont reçus dans le cadre d’un entretien motivationnel pour que l’infirmière prenne connaissance de l’état de santé global de la personne.

Enfin, nos entretiens avec des bénéficiaires laissent penser que certains d’entre eux sont arrivés dans le programme alors qu’ils n’étaient pas initialement suivis par une infirmière Asalée. Toutefois, ces cas sont rares. Ils ont, alors, connu le programme D-marche par différents biais : communication dans la presse locale, par le bouche-à-oreille entre conjoints ou entre proches. Si on peut supposer que des interactions ont eu lieu avec la promotion de D-marche dans le cadre des **Conférences des Financeurs de la Prévention de la Perte d’Autonomie**, cette probabilité reste limitée : parmi les communes concernées par la mise en place d’un groupe D-marche « malades chroniques », seules deux étaient également concernées par une intervention au titre de la CFPPA. Les données recueillies auprès d’ADAL montrent cependant que des groupes sont mixtes.

Lorsqu’elles repèrent un patient susceptible d’intégrer D-marche, les infirmières font un travail d’explication du programme. Ce sont les infirmières qui constituent les groupes qui seront ensuite animés par les formateurs. A noter que dans sa déclinaison en région Bretagne, le programme D-marche est théoriquement conçu pour **cibler des personnes atteintes de maladies chroniques – nous verrons dans la partie suivante qu’il existe toutefois une divergence entre le public cible « théorique » et les bénéficiaires que nous avons effectivement interrogés.**

- **Le déroulé du programme D-marche**

Le programme D-marche se compose de 4 sessions programmées sur une durée d’environ 4 mois.

Le déroulé de ces 4 sessions est prévu comme suit :

1. **La Session initiale (SI) constitue le moment phare du programme.** C’est une séance obligatoire qui dure entre 2h30 et 3h30. La présence de l’infirmière est requise.

Cette SI est la séance la plus structurée : le formateur dispose d’une trame à suivre.

L’objectif de cette séance est d’amener les bénéficiaires à se présenter (de manière à permettre la création de liens entre eux), de présenter le programme D-marche (ses modalités : gratuité, durée), de parler de prévention et de sensibiliser aux déterminants de santé, de générer une discussion sur les actions qui peuvent être facilement mises en place pour inclure davantage la marche dans le quotidien des bénéficiaires, de paramétrer le podomètre et de prendre le pas du bénéficiaire. Cette séance porte un enjeu motivationnel fort. Un questionnaire est rempli par les bénéficiaires à l’issue de la séance concernant la convivialité perçue de la séance, la motivation ressentie, le niveau de sédentarité du bénéficiaire, les pratiques en termes de sorties et la familiarité avec Internet.

Les sessions suivantes (SA1, SA2, SA3) durent 1h30. L’infirmière assiste quasi-systématiquement à ces sessions, qu’elle co-anime avec le formateur. Le contenu de ces sessions est adapté en fonction des profils et des besoins des bénéficiaires.

2. **La SA1 (qui survient 1 mois après la session initiale) doit théoriquement contenir un temps d'accompagnement à la création de l'espace personnel sur l'application D-marche et à la connexion à cet espace via le site de l'ADAL.** Toutefois, cela dépend des formateurs, ce point étant parfois abordé en SA2.

Les aspects logistiques de la salle ne doivent pas être négligés car si celle-ci ne dispose pas de wifi, la séance perd de son intérêt. Un 1^{er} échange entre le formateur et les participants est prévu concernant les scores affichés par les podomètres ; c'est également l'occasion de lancer des challenges collectifs pour maintenir la dynamique de motivation : par exemple, un groupe s'est mis au défi de cumuler un nombre de pas équivalent à la distance Rennes-Lyon. Cette dimension collective du challenge présente un côté rassurant (ne pas donner la sensation d'être jugé individuellement).

Des challenges individuels ou d'autres exemples de challenges collectifs sont également mis à la disposition des bénéficiaires sur le site de l'ADAL.

Focus sur les « challenges » collectifs ou individuels

Le site D-marche propose une notice explicative pour appuyer les participants dans la création de « challenges ». Il s'agit d'un « itinéraire virtuel » pour atteindre un objectif déterminé, soit de manière individuelle, soit de manière collective.

Ainsi, les participants à ce challenge sont invités à parcourir, seul ou en groupe, un nombre de pas équivalent à certaines distances particulièrement « marquantes » : la distance équivalant à la longueur de la Muraille de Chine, celle du Tour du monde en 80 jours, etc.

3. **La SA2 (qui survient 3-4 mois après la session initiale) permet aux D-marcheurs d'exprimer leurs problématiques, leurs éventuels freins et d'y répondre, et plus globalement d'échanger sur leur expérience du programme.** En effet, tous les D-marcheurs n'ont pas nécessairement la même pratique de la marche : certains D-marcheurs pratiquent ensemble, d'autres seuls. La question de l'après-programme est évoquée : ont-ils envie de continuer à pratiquer ensemble ?

Le contenu précis de la séance dépend de chaque formateur.

4. **La SA3 (qui survient à +4 mois de la session initiale) convie le référent local ADAL et donne l'occasion aux bénéficiaires de faire le bilan du programme.** Ils partagent leurs impressions sur les gains éventuels en termes de bien-être et ressentis physiques. Ils remplissent un questionnaire pour recenser les effets identifiés du programme en termes de mobilité, de sociabilité, de comportements en matière d'alimentation, de consommation d'alcool ou de cigarettes, etc.

- **Le suivi post-programme**

A l'issue du programme, les infirmières Asalée continuent à assurer leur rôle d'éducation thérapeutique des patients qu'elles suivaient à l'origine. Elles conservent un lien avec le formateur D-marche et peuvent selon l'opportunité proposer des actions de remotivation, en lançant de nouveaux « défis » au groupe de bénéficiaires suivis (des objectifs de pas à accomplir collectivement). Nous verrons toutefois dans la partie suivante que cette relation avec le bénéficiaire et l'effectivité des actions de remotivation sont grandement dépendante de la capacité de l'infirmière Asalée à s'impliquer dans les suites du programme (et notamment au regard de sa disponibilité).

Nos investigations indiquent peu de spécificités territoriales dans le déroulement des séances.

En théorie, une répartition claire des rôles entre le formateur et l'infirmière

Dans le cadre de ce programme, les activités se répartissent comme suit :

- **Les formateurs** animent les séances collectives : ils présentent et initient les démarches et outils « numériques » (présentation de la plateforme, utilisation des podomètres, création des comptes personnels des D-marcheurs), animent les échanges avec les bénéficiaires, recueillent leur besoin, proposent des exercices d'activité physique adaptée, etc.
- **Les infirmières** présentent le programme à leurs patients ou à ceux qui ont été orientés par un médecin généraliste, les inscrivent et constituent les groupes. Elles prennent contact avec les formateurs, organisent les aspects logistiques des séances, et assurent le suivi et l'accompagnement individuel des personnes malades chroniques.

Ce choix de répartition des rôles s'explique par l'organisation d'ADAL : les formateurs ADAL se déplacent dans des territoires qu'ils ne connaissent pas, à la différence du référent local, binôme indispensable du déploiement de D-marche, notamment pour l'organisation des sessions et la continuité des groupes. En effet, le formateur a vocation à « disparaître » et laisser la place aux acteurs locaux pour la poursuite de D-marche à l'issue des quatre séances.

Dans le cas des groupes de Bretagne destinés aux malades chroniques, le référent local est l'infirmière Asalée. Or, ces dernières n'ont pas les mêmes réseaux que les référents locaux d'autres territoires, qui mobilisent, à titre d'exemples, les Maisons France Services, les CLIC,... pour le déroulement des rencontres.

Mise en perspective : les spécificités de la construction du programme D-marche pour les malades chroniques

Il existe, pour chaque maladie chronique, des programmes plus ou moins spécifiques en fonction du type de maladie, du stade d'évolution et de l'âge du participant, en particulier dans le cadre des maladies cardio-vasculaires, du diabète et de la BronchoPneumopathie Chronique Obstructive. Dans le cadre du cancer, devenant une maladie chronique, des programmes spécifiques ont pris une place importante. Les spécificités de certains programmes sont détaillées dans l'expertise collective de l'Inserm de 2019. Deux exemples peuvent être donnés pour les maladies cardiovasculaires et le cancer.

La pratique d'une activité physique selon les recommandations de l'OMS, à savoir 150 minutes par semaine d'activité physique d'intensité modérée à vigoureuse, est associée à une baisse de 21% du risque de maladie cardiovasculaire. Il faut remarquer que ces pratiques physiques ont surtout été testées sur des maladies aiguës et qu'aujourd'hui le développement de l'insuffisance cardiaque amène le développement de nouveaux programmes nécessitant de nouvelles études.

En ce qui concerne le cancer, l'activité physique agit à la fois de manière préventive et sur les conséquences de la maladie et des traitements : déconditionnement, fatigue, tolérance aux traitements. Plus l'activité physique est initiée tôt dans le parcours de soins, plus ses effets seront bénéfiques sur le patient. C'est également vrai si elle est maintenue dans la durée.

Parallèlement, des programmes destinés aux séniors entrant dans la fragilité sont fortement recommandés.

Les groupes de marche peuvent répondre de manière globale à ces spécificités et permettent donc de regrouper des personnes présentant des pathologies différentes. Plus que la maladie elle-même il est question d'évaluer l'impact fonctionnel de la maladie en terme de fatigue, de distance parcourue, de vitesse de déplacement et de construire les programmes à partir d'une approche personnalisée.

Le programme D-marche devrait pouvoir inclure simultanément maladies chroniques et fragilité, tout en orientant les programmes vers l'endurance à l'effort, l'équilibre et l'alimentation.

UNE PERCEPTION DU PROGRAMME PAR SES ACTEURS GLOBALEMENT COHERENTE AVEC LE CONTENU DU PROGRAMME TEL QU'IL A ETE IMAGINE

Un programme qui vient enrichir la palette des outils d'éducation thérapeutique des patients et cherche à renouveler leurs représentations de l'activité physique et leurs habitudes de vie

Le programme D-marche est un programme motivationnel. Il vise à poser les bases permettant à ses bénéficiaires de s'approprier une nouvelle habitude de marche quotidienne, et de manière indirecte, à déclencher une prise de conscience sur l'**importance** d'intégrer du mouvement au quotidien, à lever les freins psychologiques conduisant à envisager la pratique d'une activité physique adaptée **comme nécessitant un effort trop intense** – l'objectif global étant de lutter contre la sédentarité.

Du point de vue des acteurs impliqués dans le déploiement de ce programme, l'outil podomètre constitue une spécificité du programme D-marche au regard d'autres programmes de prévention. Cet outil est apprécié des D-marcheurs ; **les formateurs et les infirmières établissent un lien entre la dimension motivationnelle du programme et l'outil podomètre, support concret de ce programme** (ce sujet sera abordé davantage plus tard dans ce rapport).

« L'outil podomètre c'est vraiment super avec l'outil en ligne, c'est très motivant et facilitant pour les personnes. Ça leur permet d'avoir un retour sur leur activité, faire un état des lieux de ce qu'ils font ».

(Une formatrice D-marche)

« Le fait de distribuer des podomètres c'est une très bonne idée, les gens adhèrent beaucoup, surtout parce que c'est plus parlant. »

(Une infirmière Asalée)

Pour les infirmières, le programme D-marche est **mobilisé comme un des outils à leur disposition pour compléter ou enrichir le travail d'éducation thérapeutique** réalisé avec les personnes dans le cadre de leur mission d'infirmières Asalée. Ce qui facilite son utilisation, c'est sa dimension « clé en main » :

« D-marche est un outil tout prêt pour faire de l'éducation thérapeutique »

(Une infirmière Asalée)

« Je l'utilise dans ma pratique quotidienne »

(Une infirmière Asalée)

Facilement mobilisable, cet « outil thérapeutique » est également perçu comme complémentaire à l'existant, permettant de proposer « autre chose » aux patients – l'outil le plus « approchant » étant jusque-là « la consultation en marchant ». Ce programme permet donc aux bénéficiaires d'ouvrir de nouveaux horizons en créant une nouvelle habitude de vie, en testant une nouvelle façon d'appréhender l'activité physique, en les amenant pour certains, à dépasser les barrières psychologiques à la pratique du sport – puisque D-marche se présente bien comme une activité physique et non comme une activité sportive. Il peut amener certaines infirmières faire évoluer leurs pratiques. Par exemple, il a conduit certaines professionnelles à reconsidérer l'intérêt de la « consultation en marchant » et à avoir davantage recours à cette démarche :

« Même pour moi, ça m'a fait prendre conscience de l'intérêt de la marche. Et ça m'a permis de trouver d'autres manières de faire les consultations, on se prend une vingtaine de minutes pour marcher lors des consultations »

(Une infirmière Asalée)

Les formateurs font un constat similaire :

« [D-marche] c'est l'idée d'initier quelque chose de simple, s'apercevoir que la marche est facile. [Ça permet de] montrer que c'est accessible. »

(Un formateur D-marche)

Mise en perspective : les leviers motivationnels du programme D-marche pour les malades chroniques au regard des connaissances académiques

La littérature dans le domaine de l'activité physique pour la santé reconnaît que **les personnes les plus actives physiquement sont souvent portées par une motivation de nature intrinsèque. La motivation dite intrinsèque se définit comme la satisfaction des besoins psychologiques fondamentaux des personnes en termes d'autonomie, de compétences et de lien social** (Maillot, P., Becquard, C. & Perrot, A. (2018). *Motivation des personnes âgées à pratiquer une activité physique. Gériologie et société, 40(156), 127-142.* <https://doi.org/10.3917/gsl.156.0127>).

L'identification des facteurs psychologiques associés à la pratique d'une activité physique est donc cruciale dans une perspective d'intervention visant à promouvoir l'engagement des personnes âgées et des malades chroniques.

Pour mettre en place des stratégies comportementales pertinentes, il est, par ailleurs, **nécessaire d'explorer les représentations sociales liées à l'activité physique, au sport et de travailler sur la déconstruction des stéréotypes et des préjugés liés à la maladie**. Au niveau individuel, une littérature abondante existe sur les déclencheurs amenant l'engagement dans une activité physique. On peut en retenir trois schématiquement : la croyance en ses propres capacités, le sentiment d'auto-efficacité et la poursuite d'objectifs précis.

L'environnement urbain et matériel, les facteurs sociodémographiques (habitudes de vie, histoire familiale, milieu socio-culturel, niveau d'étude, revenu moyen...), et l'état de santé agissent comme des barrières ou des facilitateurs de l'engagement ou du non-engagement. Cependant, des facteurs psychologiques, reposant sur la perception et les sentiments éprouvés à l'égard de l'activité physique ou de l'état de santé, jouent un rôle motivationnel indépendamment de cet ensemble de variables.

La multi-dimensionalité des raisons amenant les personnes âgées à pratiquer une activité physique est retrouvée dans la littérature. En effet, **ce public ne semble pas s'engager en raison d'une régulation unique, mais du fait de la combinaison de plusieurs motivations** (Stephan, Y., Boiché, J. et Le Scanff, C. (2010). *Motivation and physical activity behaviors among older women: a self-determination perspective, Psychology of Women Quarterly, 34, 339-48*).

Pour accroître l'engagement des personnes âgées dans l'activité physique, **une compréhension approfondie de l'acceptabilité des interventions est essentielle avant toute chose**. Ainsi, les personnes doivent avoir la possibilité de s'impliquer à toutes les étapes. Par ailleurs le plaisir et la satisfaction découlant de l'interaction sociale constituent des motivations clés pour maintenir une vie physiquement active. **La préservation de ces liens sociaux s'avère cruciale pour assurer la pérennité de l'activité physique au-delà d'une simple intervention**.

Les données probantes indiquent que **l'utilisation de programmes d'exercices dirigés par des pairs peut exercer une influence positive** sur les comportements liés à l'activité physique chez les personnes âgées et les malades chroniques.

En résumé, **outre le plaisir et l'intérêt pour l'activité qui ne doivent pas être négligés dans l'incitation à se mouvoir, il importe de tenir compte des facteurs incitatifs ou désincitatifs suivants :**

- L'engagement dans une activité physique pour un patient chronique est souvent favorisé lorsqu'elle est initiée à travers un parcours de soin.
- Associer une démarche éducative à la prescription de l'activité physique favoriserait l'engagement et le maintien de celle-ci. En effet, un bilan éducatif partagé permet dès le début de la maladie d'intégrer l'activité physique dans la vie quotidienne du patient en cohérence avec ses habitudes de vie, ses besoins, ses possibilités, ses envies, ainsi que les freins et leviers qui lui sont propres.
- Les messages et comportements de l'environnement social et familial peuvent influencer favorablement ou non la motivation des personnes.
- Enfin et, c'est volontiers le cas avec l'activité de marche, il est essentiel de donner du sens à l'activité en choisissant le parcours, les points de vue, les moments de convivialité...
- Les risques perçus à ne pas pratiquer d'activité physique ne semblent pas être un facteur déterminant de l'adhésion d'un individu à une activité physique ni à son maintien durable.
- Les principales barrières à la pratique d'une activité physique sont liées à l'état physique du sujet (douleur, fatigue...) dont il faut tenir compte pour adapter l'activité.

Des séances en collectif qui prennent toute leur importance... mais qui sont peut-être insuffisantes ?

La dimension collective du programme est mentionnée comme une de ses caractéristiques spécifiques : elle permet de créer du lien entre des personnes et de diminuer leur isolement, jusqu'à, dans certains cas, créer une vraie « communauté » de D-marcheurs (ce sujet sera abordé davantage plus tard dans ce rapport).

« [Le programme repose sur] Des mises en lien entre D-marcheurs et recréent du lien avec d'autres êtres humains, sur une idée de communauté, de lien social. [Ce n'est] pas juste une remise en mouvement, c'est un être humain [qui arrive] dans un groupe, [il y a la] notion d'appartenance à un groupe. »

(Une infirmière Asalée)

Sur les 4 séances détaillées plus haut, deux ont une vocation « pratique » liée à l'utilisation et au paramétrage du podomètre, ainsi qu'à la transmission des données dans la plateforme et à la distribution du livret de connexion. Seules les deux dernières séances laissent davantage de places aux échanges entre bénéficiaires : leurs progressions, leurs éventuelles difficultés (en lien avec la marche et / ou avec le podomètre). Elles sont adaptées en fonction des besoins et des attentes des personnes : certains groupes sollicitent une découverte de la marche nordique, ou un lieu de marche. Ces dernières séances peuvent aussi inclure des exercices musculaires et articulaires. Au cours de la dernière séance, un bilan du programme est réalisé.

« On fait pas la même chose sauf dans la séance initiale (la connexion internet). Les autres temps : chacun les construit en fonction de sa connaissance du public, du lieu, du temps / de la météo »

(Un formateur D-Marche)

Pour un des professionnels rencontrés, ce nombre de séances semble trop restreint, et ne permet pas d'assurer sa continuité dans le temps : 4 séances ne suffisent pas pour que le groupe constitué se fédère et s'organise suffisamment pour assurer, seul, ensuite, la continuité cette forme d'activité physique adaptée. Qui plus est, ces 4 séances ne sont pas dédiées à de la marche à proprement parler – elles sont dédiées à tout ce qui est à sa « périphérie » : transmission des données, échanges, bilan (cf. paragraphe ci-dessus). Une infirmière suggère ainsi que des séances supplémentaires de marche collective soient intégrées. Certains bénéficiaires participant aux groupes d'Etel, de Médrygnac, de Gevezé et de Saint Aubin d'Aubigné ont aussi exprimé ce souhait :

« J'aurais aimé qu'il y ait plus de séances, et surtout plus de séances pour marcher ensemble, ce qui n'est pas arrivé qu'à la fin de la troisième séance »

(Apolline, bénéficiaire)

A noter qu'au niveau national, l'association ADAL reçoit des demandes de sessions complémentaires associées à des demandes de formation en 1ers secours (PSC1). Il s'agit aussi de lever les éventuelles appréhensions des personnes pour pouvoir accompagner des sorties, des balades dans un cadre sécurisé.

L'association ADAL souligne l'importance d'adapter les marches collectives en fonction des possibilités des participants : l'activité doit potentiellement être déclinée en sous-groupes pour ne pas

mettre des personnes en difficulté, tandis que d'autres pourraient être frustrées d'une sortie à un rythme qui n'est pas le leur.

Mise en perspective : la dimension collective dans les programmes d'activité physique adaptée

Les études comme celle de S. Hanson montre que **la marche collective déclenche un cercle vertueux tant sur le plan physique que psychologique** (Hanson S, et al. *Is there evidence that walking groups have health benefits? A systematic review and meta-analysis Br J Sports Med 2015;0:1-7*). Des études complémentaires doivent, cependant, être réalisées pour démontrer un impact significatif de l'activité physique sur le soutien social ou l'isolement.

La dimension collective apparaît, néanmoins, dans tous les programmes d'activité physique adaptée comme essentielle. Il ne s'agit pas d'un sport collectif mais d'une activité pratiquée en groupe. L'activité physique facilite le lien social par le biais d'un intérêt commun dans le contexte partagé de la maladie chronique. Elle permet de réduire la solitude : se retrouver pour faire une activité physique est source de convivialité, d'échanges et de partage d'émotions. En améliorant l'humeur, l'activité physique facilite la communication et la rencontre. **La préservation des liens sociaux via l'activité s'avère cruciale pour assurer la pérennité de l'activité physique au-delà d'une simple intervention.**

Des publics concernés par le programme, en situation de maladie chronique et marqués par un certain isolement

Pour rappel, par son soutien au programme D-marche, l'ARS cible spécifiquement des patients suivis par le réseau d'infirmières Asalée, éloignés de la pratique sportive, souvent isolés, et atteints de maladie chronique. Or, les données collectées (cf. ci-dessous) montrent que près des trois quarts des répondants à l'enquête ont dès le démarrage du programme une activité physique régulière (plusieurs fois par semaine ou tous les jours).

Au-delà des pathologies chroniques qui ont pu être mentionnées par les bénéficiaires du programme (obésité, diabète, tension artérielle, pathologies respiratoires, cardiaques, etc.), les publics ciblés par les infirmières sont également caractérisés par des problématiques d'isolement social. Au final, les infirmières décrivent des compositions de groupe plutôt mixtes, assez homogènes en termes d'âge (autour de 65 ans), avec des contrastes assez forts en termes d'état de santé.

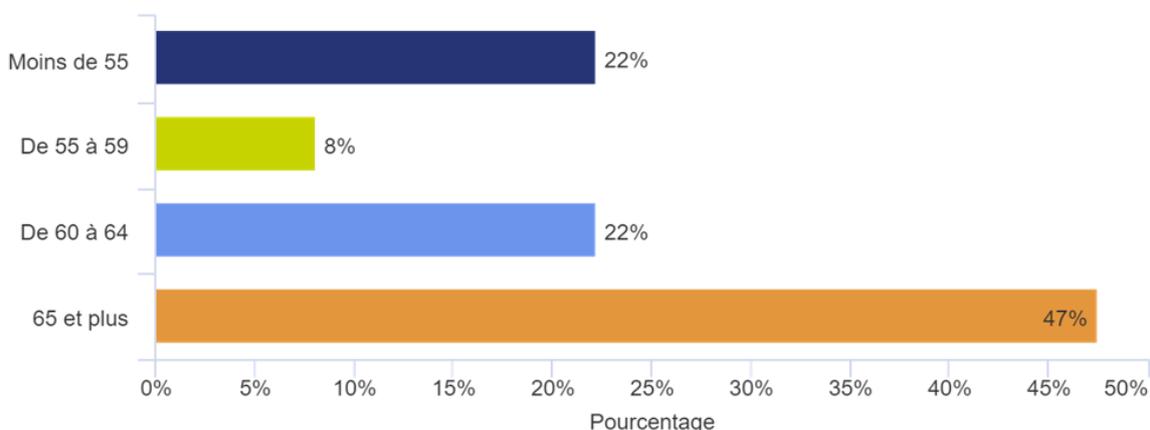
Pour rappel, le programme bénéficie également de financements par le biais des Conférences départementales des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie, et ce uniquement pour un public de « séniors » (plus de 60 ans) ; toutefois, la présente évaluation ciblait bien spécifiquement les programmes à destination des publics malades chroniques (« sous financement ARS »).

L'analyse des questionnaires fournit des indications concernant les caractéristiques des participants :

Répartition par tranche d'âges

Réponses effectives : 99
Moyenne : 62,1

Taux de réponse : 93%
Min - Max : 15,0 - 90,0

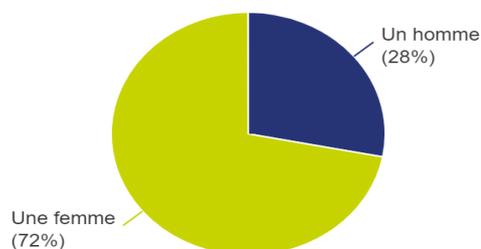


Les résultats de l'enquête à To confirment l'âge plutôt avancé des participants, puisque près de 70% des répondants ont 60 ans ou plus. On note la présence remarquable d'un adolescent de 15 ans. Le participant le plus âgé a 90 ans. 62% des participants sont retraités contre 27% de personnes en emploi.

Répartition par genre

Réponses effectives : 107

Taux de réponse : 100%

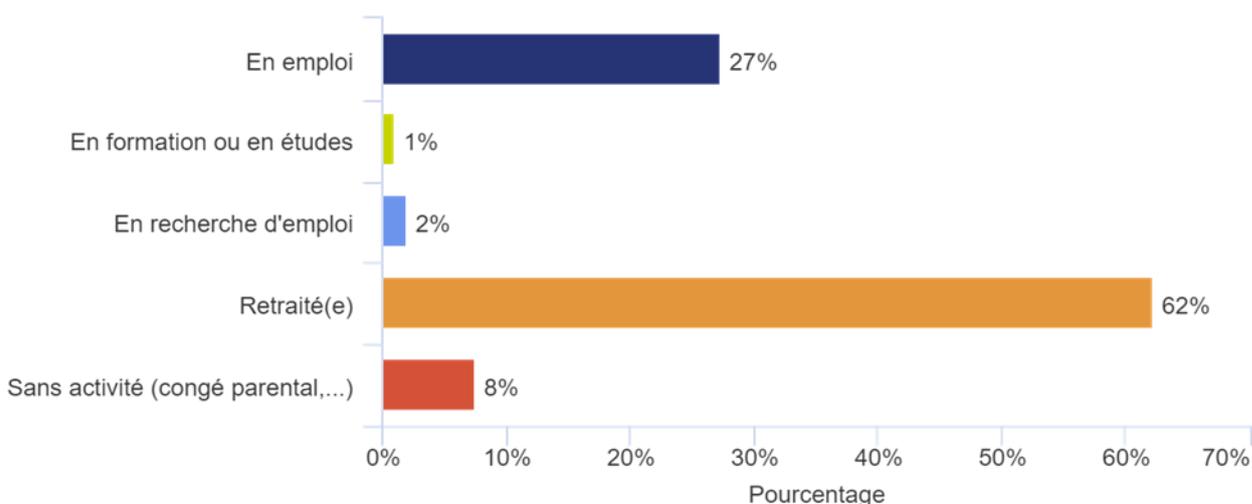


Les participants au programme D-marche sont très majoritairement des femmes. Si la part des femmes augmente dans la population avec l'avancée en âge, ces dernières apparaissent surreprésentées par rapport à la population bretonne.

Situation professionnelle des D-Marcheurs

Réponses effectives : 106

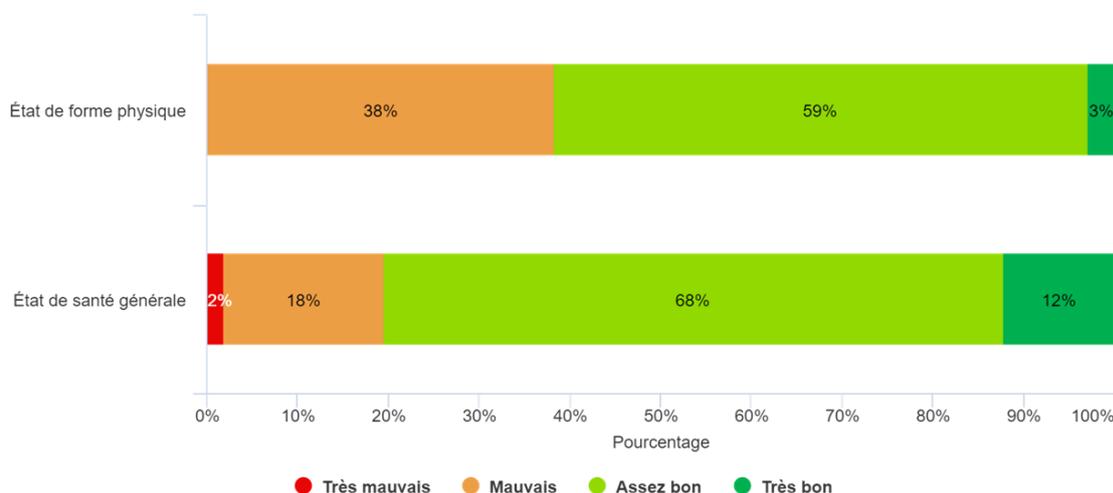
Taux de réponse : 99%



Quatre bénéficiaires sur cinq habitent en Ille-et-Vilaine ou en Côtes d’Armor majoritairement en campagne (56%). Les ¾ des participants vivent sans enfant et près d’un tiers vit complètement seul.

Par ailleurs concernant l’état de santé, plus de 60% des répondants considèrent avoir *a minima* un assez bon état de forme physique et 80% estiment avoir un bon niveau de santé générale (assez bon, voire très bon). Seuls 3% jugent être en très bonne forme physique et 12% avoir un très bon état de santé générale.

Définition de l'état de santé à T0

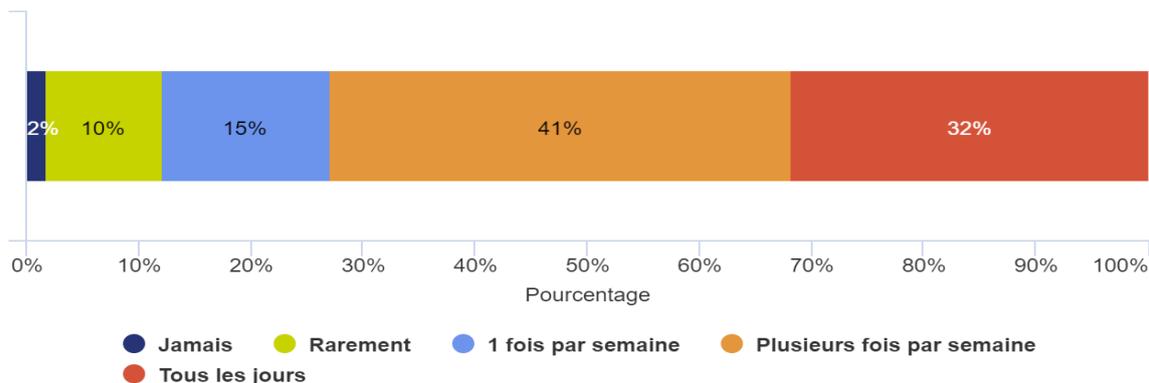


En ce qui concerne l’activité physique à l’entrée du dispositif, près de 75% des participants affirment pratiquer une activité physique *a minima* plusieurs fois par semaine dont 50% pour les loisirs et les déplacements. 40% des participants se décrivent sédentaires, voire très sédentaires.

Fréquence de pratique d'une activité physique

Réponses effectives : 107

Taux de réponse : 100%



Mise en perspective : les bénéficiaires du programme D-marche pour les malades chroniques, des spécificités ?

L'une des conséquences majeures d'une maladie chronique est l'installation du cercle vicieux du **déconditionnement à l'effort**.

C'est un **processus d'installation insidieux, continu, qui débute avant même le diagnostic de la maladie**. Ce déconditionnement physique a des conséquences musculaires, métaboliques, cardiorespiratoires, psychologiques et sociales.

Il aggrave la pathologie initiale, fait le lit de la fragilité et favorise l'installation du vieillissement pathologique. (*Activité physique en prévention et traitement des maladies chroniques, BEH hors-série 2020*).

C'est ainsi que maladies chroniques et fragilité ne se dissocient pas vraiment en particulier chez les plus de 65 ans.

Le diagnostic de fragilité répond grossièrement à deux modèles :

- Le premier correspondant aux « critères de fragilité » de Fried. Le phénotype de fragilité repose sur cinq critères cliniques : amaigrissement (perte de poids $\geq 5\%$ par an) ; fatigue subjective (sensation d'épuisement en permanence ou fréquemment) ; sédentarité (moins de 1 à 2 marches par semaine) ; vitesse de marche réduite (difficulté à marcher 100 mètres) ; faible force de préhension. La personne est considérée fragile si elle présente au moins 3 critères, préfragile en présence de 1 ou 2 critères, et non fragile en l'absence d'observation de ces critères.
- Le second modèle propose un « indice cumulé de fragilité » reposant sur 92 déficits, symptômes ou situations cliniques.

Au-delà de 85 ans, 25 à 50 % des sujets seraient fragiles.

La fragilité et les caractéristiques qui l'accompagnent, comme la sédentarité, la baisse de la force musculaire, la perte de poids favorisent l'ostéoporose, la chute et la fracture. (*Vellas B. Agir sur tous les déterminants de la fragilité des personnes âgées. La Santé en action, 2017, no440:p.4-5*).

DES DIFFICULTES LIEES, A L'EXTERNE, AU CONTEXTE DE DEPLOIEMENT, ET EN INTERNE A UN DEFAUT DE COMMUNICATION ET UN INVESTISSEMENT EN TEMPS CONSEQUENT POUR LES INFIRMIERES

Un contexte général peu favorable au déploiement du programme

Au moment où l'évaluation du programme se déroule, l'objectif de nombre de groupes déployés en Bretagne est atteint à seulement 50%. Les groupes ont alors surtout été organisés en Ille-et-Vilaine (5 groupes) et dans les Côtes d'Armor (5 groupes). Seuls deux groupes ont été déployés dans le Finistère d'une part et dans le Morbihan d'autre part. Le retard de déploiement des groupes a cependant été rattrapé et en mai 2024, l'objectif est atteint mais les groupes n'ont pas pu faire l'objet d'investigations dans le cadre de l'évaluation.

Au cours de son déploiement, le programme s'est heurté à un premier type d'obstacles liés au contexte dans lequel le programme a été mis en œuvre. D'une part, la crise sanitaire a pu décourager certains bénéficiaires (notamment les plus vulnérables du point de vue de leur état de santé) d'assister aux séances collectives. D'autre part, le dispositif Asalée entre en 2019 dans le droit commun, conduisant à une extension du réseau d'infirmières à ce moment-là, ce qui impacte la charge de travail de ces infirmières. Le contexte concomitant d'accueil de réfugiés ukrainiens sur la région (et en particulier dans le département d'Ille-et-Vilaine) a également conduit à la sollicitation accrue des infirmières pour assurer le suivi de ces nouveaux patients sur la période de déploiement du programme.

De plus, les conditions de mise en œuvre des groupes ont évolué : plus contraignantes au démarrage, elles ont ensuite été assouplies. En effet, initialement, les infirmières devaient organiser trois groupes sur un même territoire. Cette obligation a ensuite été levée.

L'évolution des supports de présentation de D-marche considérés par la correspondante D-marche en Bretagne comme plus « ludiques » permettent davantage « d'accrocher les gens » et de mieux comprendre l'intérêt de la marche dans leur quotidien. Les infirmières référentes du réseau Asalée indiquent ainsi essayer moins de refus.

Un défaut de communication au sein du réseau des infirmières Asalée

Une autre limite du programme tient à un défaut de communication concernant le programme en lui-même auprès des infirmières Asalée. A notre connaissance, deux réunions Zoom de présentation du programme ont été proposées au sein du réseau d'infirmières Asalée, en 2021. Il semblerait que ce type de réunion ne se soit pas maintenu dans la durée. Dans nos investigations, nous n'avons pas systématiquement questionné le biais par lequel les infirmières ont eu connaissance du programme, toutefois plusieurs ont expliqué en avoir eu connaissance par des collègues (autres infirmières, coordinateur en MSP, etc.) et ne mentionnent pas de communication « officielle ». Du fait de cette communication par le bouche-à-oreille principalement, les programmes D-marche sont déployés sur des territoires assez proches.

En particulier sur le territoire du Finistère, **ce défaut de communication a conduit à une situation problématique : sur ce département, des programmes ont dû être déployés sans infirmières Asalée** (ou avec des infirmières en observation en vue d'éventuels partenariats futurs).

En effet, en lien avec le conventionnement conclu avec la CPAM, un nombre massif d'infirmières Asalée est arrivé en Bretagne concomitamment au déploiement du programme D-marche. Compte

tenu des obligations de formation des nouvelles infirmières Asalée et du temps nécessaire pour s'approprier cette nouvelle fonction, le partage autour de D-marche ne pouvait faire l'objet d'un temps conséquent mais, les périodes de formation ont pu servir de moments d'échanges informels sur le programme.

Des difficultés liées au contenu du programme en lui-même (charge administrative, aspects logiques)

Au moment de la collecte des informations (fin 2023 et début 2024), les infirmières relèvent le fort investissement en temps ainsi que la charge administrative importante que génère le programme aussi bien en termes de prise en charge des aspects logistiques que de suivi du déploiement du programme dans le cadre de comités de pilotage. Cet investissement demandé peut même décourager les infirmières à prendre part au programme.

« Un autre point de vigilance [c'est] le coté administratif : le repérage prend du temps, l'inscription, l'organisation, [la prise de] contact avec les formateurs, les échanges téléphoniques et mail... [Et ce] multiplié par 4 séances pour 3 programmes, avec une évaluation en fin de programme et une logistique associée. »

(Une infirmière Asalée)

« La charge administrative a été un frein pour l'engagement des infirmières Asalée sur le programme. »

(Une infirmière Asalée)

S'ajoutent à cela **des difficultés d'ordre logistique** impactant l'ensemble des parties prenantes du dispositif :

- **Un formateur et une infirmière** des groupes Lamballe, Audierne – Cap Sizun et Médrignac, évoquent des difficultés à trouver une salle, des équipements parfois vieillissants (vidéoprojecteur vétuste) ou des dysfonctionnements de la connexion wifi : dans ce dernier cas, la séance perd grandement de son intérêt, car les données des podomètres des D-marcheurs ne peuvent pas être transférées dans la plateforme de suivi.
- Deux formateurs rencontrés jugent l'outil Dropbox ADAL comme inadapté, peu facilitant par **les formateurs** :

« Vous devez rentrer un questionnaire et faut tout retaper : le code session, le code département, etc. Même pour trouver les fiches c'est moyen. [Et cela a] des répercussions : on y va à reculons, on prend du retard, ADAL nous rappelle.... [Ce serait] pas possible d'avoir une plateforme plus facilitante ? »

(Un formateur D-Marche)

- **Des bénéficiaires** signalent des problèmes de connexion à la plateforme. Par ailleurs, certains ne sont pas équipés d'ordinateur mais seulement de smartphone – or la plateforme ne fonctionne que sur PC.

Il est à noter que depuis le début de l'année 2024, la situation s'est grandement améliorée au niveau logistique et des outils numériques. Au niveau national, ADAL a, en effet, changé de plateforme et amélioré les processus pour fiabiliser les démarches de partage des données.

La charge logistique des infirmières Asalée était également accrue du fait des conditions de mise en œuvre des groupes initialement souhaitées, soit l'organisation de trois groupes successifs sur un même territoire. Aujourd'hui, il n'y a plus de contrainte de lieu ou de temps.

Mise en perspective :

Les difficultés dans le déploiement des programmes de prévention en général se heurtent à une problématique de culture professionnelle. Les bienfaits de l'activité physique apparaissant comme un véritable médicament permettant de lutter contre la sédentarité et tous ses effets délétères ne sont actuellement pas suffisamment enseignés dans les formations de base.

Des efforts semblent devoir être faits sur :

- **La qualité des environnements tant numériques qu'architecturaux** afin d'offrir aux personnes un contexte plus attrayant ;
- **L'acculturation des professionnels** tant en formation de base qu'en formation continue.

4. LES EFFETS ET IMPACTS DU DISPOSITIFS SUR LES BENEFICIAIRES

ANALYSE DES DONNEES ISSUES DES PODOMETRES : QUELQUES INDICES LIMITES D'EVOLUTION FAVORABLE DE LA MARCHE PRATIQUEE PAR LES BENEFICIAIRES DES GROUPES FINANCES PAR L'ARS

L'approche proposée ici, à partir des données enregistrées par les D-marcheurs sur leur podomètre puis chargées sur le site internet de l'ADAL, a pour objectif principal de comparer les évolutions de pratique dans le temps entre les groupes financés par l'ARS Bretagne et bénéficiant du partenariat avec les infirmières Asalée et les autres groupes D-marche en Bretagne, avec d'autres sources de financement et d'autres modalités de mise en œuvre.

Sous l'hypothèse que le partenariat avec les infirmières Asalée soit un facteur incitatif ou motivationnel supplémentaire, peut-on par exemple observer une différence dans l'évolution au cours du temps du nombre de pas par sortie, du nombre de sorties par mois, du nombre de pas par mois etc ? C'est ce à quoi cette analyse tente de répondre.

Profils des participants

En lien avec leur profil de malades chroniques, les participants des groupes ARS sont globalement plus jeunes que les autres (60 ans en moyenne vs. 69 ans). Par ailleurs, les femmes représentent 70% des participants dans les groupes ARS (vs. 59% dans les autres groupes, mais la part importante de données non renseignées ne permet pas réellement de comparer cette répartition).

Si les profils sont différents, les nombres de pas enregistrés lors de la toute première sortie, reflétant en quelque sorte le « point de départ » à l'entrée dans le programme, sont relativement comparables entre les groupes ARS (malades chroniques) et les autres (3 600 pas en moyenne pour les groupes ARS comme pour les autres, avec toutefois des écarts importants d'un individu à l'autre ; et une médiane autour de 2 300 pas) – cf. *tableau 3 ci-dessous*.

Tab 1 - Répartition par âge et sexe

Groupe	Nb participants	Âge moyen	Âge médian	Âge min	Âge max	% NR
ARS/malades chroniques	292	60.5	63	23	91	1,4%
Autre	311	69.0	69	32	97	3,2%
Total	603	64.8	66	23	97	23%

Groupe	Nb femmes	Nb hommes	NR	Total	% femmes	% hommes	% NR
ARS/malades chroniques	208	69	15	292	71.2	23.6	5.1
Autre	187	45	79	311	60.1	14.5	25.4
Total	395	114	94	603	65.5	18.9	15.6

Tab 2 - Effectifs de participants par année de financement

Groupe	2020	2021	2022	2023	Total
ARS/malades chroniques	71	92	38	91	292
Autre	104	114	69	24	311
Total	175	206	107	115	603

Tab 3 - Nombre de pas à la première sortie

Groupe	Nb individus	Nb pas moyen	Nb pas médian	Min	Max
ARS/malades chroniques	292	3 613.1	2 261.5	11	20 052
Autre	311	3 602.4	2 396.0	9	25 305
Total	603	3 607.6	2 328.0	9	25 305

Pratiques individuelles

La durée moyenne de suivi (soit la durée écoulée entre le premier et le dernier enregistrement podomètre sur le site de l'ADAL) est de 150 jours pour les groupes de malades chroniques vs. 135 jours pour les autres groupes (cf. tableau ci-dessous). On observe une variabilité plus forte dans les autres groupes (médiane = 49 jours), témoignant d'une hétérogénéité plus forte dans l'utilisation du podomètre et/ou dans le maintien de la pratique de la marche dans le temps (effets indissociables à partir de ces seules données) – cf. *tableau 4 ci-dessous*.

En résumé, on dispose pour les participants des groupes **ARS/malades chroniques de 5 mois d'enregistrement en moyenne, contre 4,5 mois pour les autres groupes** – soit une durée de suivi relativement comparable en moyenne. **Cependant, les durées apparaissent nettement plus hétérogènes dans les autres groupes**, où la moitié des participants ont une durée enregistrée de moins de 2 mois (49 jours), deux fois inférieure à celles des participants malades chroniques (médiane de 100 jours).

De même, les groupes **ARS/malades chroniques enregistrent un nombre médian de sorties près de deux fois supérieur aux autres groupes** (82 sorties vs. 42) – cf. *tableau 5*.

Ces différences peuvent refléter tout à la fois un effet motivationnel différencié sur l'usage du podomètre et/ou sur la pratique de la marche dans la durée entre les groupes ARS, bénéficiant du partenariat Asalée, et les autres. Les données ne permettent pas, en effet, de distinguer ces deux effets.

Pour près de 6 participants des groupes ARS/malades chroniques sur 10, c'est après le 1er mois de pratique que le nombre de pas maximal est enregistré (jour 70 en moyenne, jour 36 en médiane) – cf. *tableau 6a ci-dessous*. Pour les participants (malades chroniques ou autres) ayant continué à enregistrer leurs données au moins 60 jours, le maximum est atteint après 2 mois de pratique pour la moitié d'entre eux, **montrant que ceux qui continuent à utiliser leur podomètre ont tendance à augmenter leur nombre de pas par sortie** (*tableau 6b*). On constate une tendance identique pour les participants suivis au moins 90 jours (max atteint autour de 80 jours) – *tableau 6c*. Les différences entre groupes ARS et autres n'apparaissent pas ici significatives.

Tab 4 - Durée de suivi

Groupe	Nb participants	Durée totale de suivi par individu (nb jours)			
		Moyenne	Médiane	Min	Max
ARS/malades chroniques	292	150.3	100.5	1	789
Autre	311	134.9	49.0	1	1 329
Total	603	142.3	71.0	1	1 329

Tab 5 - Nombre de sorties enregistrées

Groupe	Nb participants	Nb sorties par individu			
		Moyenne	Médiane	Min	Max
ARS/malades chroniques	292	118.0	82.5	1	665
Autre	311	91.5	42.0	1	761
Total	603	104.3	56.0	1	761

Tab 6a – Pics d'activité

Groupe	Nb participants	N° jour moyen	N° jour médian	N° mois le plus fréquent (mode)	% participants atteignant le max ce mois-là
ARS/malades chroniques	292	70	36	1	43%
Autre	311	67	23	1	60%

Lecture : en moyenne, les participants des groupes ARS enregistrent leur nombre maximal de pas lors d'une sortie au 36^{ème} jour. Par ailleurs, 43% d'entre eux l'enregistrent lors du 1^{er} mois, contre 60% pour les autres groupes.

Tab 6b – Pics d'activité (participants avec au moins 60 jours de suivi et au minimum 10 sorties)

Groupe	Nb participants	N° jour moyen	N° jour médian	N° mois le plus fréquent (mode)	% participants atteignant le max ce mois-là
ARS/malades chroniques	192	98	64	2	27%
Autre	140	129	66	1	24%

Tab 6c – Pics d'activité (participants avec au moins 90 jours de suivi et au minimum 10 sorties)

Groupe	Nb participants	N° jour moyen	N° jour médian	N° mois le plus fréquent (mode)	% participants atteignant le max ce mois-là
ARS/malades chroniques	154	112	82	2	22%
Autre	114	150	87	1	21%

Evolution des pratiques à 3 et 6 mois⁹

A 3 mois et à 6 mois, les résultats montrent une évolution positive pour les groupes financés par l'ARS tandis qu'elle apparaît négative pour les autres groupes (cf. tableau 7). Cela tendrait à montrer une différence en faveur des groupes de malades chroniques, *a minima* sur le nombre de pas par sortie (l'indicateur du nombre de sorties n'étant pas exploitable). **Transposés en distance, les écarts restent cependant extrêmement faibles¹⁰.**

Tab 7 - Evolution du nombre de pas par sortie

Groupe	A 3 mois		A 6 mois	
	Moyenne	Médiane	Moyenne	Médiane
ARS/malades chroniques	121	164	460	151
Autre	-219	-31	-88	-319
Total	-21	73	217	-81

Lecture : entre le mois 1 et le mois 3, les participants des groupes ARS ont fait en moyenne +121 pas à chacune de leurs sorties.

En synthèse

Il reste difficile de tirer de vraies conclusions de cette analyse. Néanmoins, les données semblent montrer qu'en tendance, les personnes qui gardent l'habitude dans le temps d'utiliser leur podomètre augmentent progressivement leur distance de marche, et que les évolutions sont légèrement plus favorables pour les participants des groupes ARS/malades chroniques, tout en restant assez limitées.

Source : Données issues des podomètres des D-marcheurs ayant, sur la base du volontariat, enregistré leurs données sur le site Internet de l'Adal. Ces données ont été extraites le 19 février 2024.

Champ : personnes résidant en Bretagne, groupes financés entre 2020 et 2023, financement ARS (N = 292 participants) ou autres financeurs (N= 311 participants).

⁹ L'intention ici était de mesurer les évolutions en termes de nombre de sorties par mois, nombre de pas par mois, nombre de pas par sortie (mois 3 et 6 par rapport au mois 1). Les deux premiers indicateurs ne sont cependant pas exploitables à partir des données disponibles. En effet, les évolutions apparaissent systématiquement négatives, sans qu'il soit possible de dire si cela est dû, réellement, à une diminution de la pratique de la marche (moins de pas, moins de sorties au cours du temps) ou bien à un enregistrement moins fréquent ou moins systématique des données sur le site internet de l'Adal. Finalement, seul l'indicateur du nombre de pas par sortie a pu être exploité.

¹⁰ Pour une longueur de pas de 60 cm, l'écart constaté à 3 mois est de moins de 100m.

Précautions d'interprétation : ces données reflètent ce qui a été enregistré sur les podomètres puis chargé sur le site internet de l'ADAL. C'est un proxy de la réalité, sans qu'il soit possible de dire si cela est fidèle (les résultats du questionnaire d'enquête tendent cependant à montrer que l'usage du podomètre est important). Par ailleurs, les « D-marcheurs ARS » étant par nature des malades chroniques, les profils diffèrent entre les deux catégories, rendant toute comparaison délicate. Finalement, les analyses proposées ici ont vocation à compléter les investigations conduites par ailleurs (enquêtes par questionnaires, entretiens individuels, entretiens avec les professionnels...). Elles n'ont pas de valeur en elles-mêmes mais visent à alimenter les faisceaux d'indices repérés par ailleurs.

Mise en perspective :

Au plan méthodologique, le choix d'une méthode mixte quantitative/qualitative est un choix pertinent pour évaluer les résultats de ce type de dispositif.

Cependant, le manque de données podométriques fiables limite l'interprétation des résultats.

RELATION DE PROXIMITE AVEC L'INFIRMIERE, DIMENSION COLLECTIVE ET PODOMETRE : TROIS SOURCES DE MOTIVATION EXPRIMEES PAR LES PERSONNES CONCERNEES

Malgré des difficultés dans le déploiement du programme, **l'intervention des infirmières Asalée, la dimension collective, lorsqu'elle existe, la mobilisation du podomètre et de la plateforme ont constitué des sources effectives de motivations pour les bénéficiaires.**

« Le fait d'être dans un groupe, ça motive beaucoup plus, si on reste seul chez soi, et qu'on n'a personne autour de nous, on se laisse aller à son rythme et on ne va pas se forcer ; le fait d'être en groupe, d'être accompagné par les infirmières qui nous motivent, de respecter le programme, d'avoir un challenge, tout ça motive beaucoup ».

(Anne, bénéficiaire)

Une participation de l'infirmière Asalée sous différentes formes

Le rôle joué par les infirmières sur la motivation des bénéficiaires se manifeste à plusieurs moments du parcours des personnes. **Elles incitent les patients à intégrer le programme par leur manière de présenter le programme, de le proposer en réponse à une pathologie décelée, ou grâce au lien de proximité qu'elles ont créé avec le patient :**

« [L'infirmière] m'a amené petit à petit vers le programme. Elle est connue pour ça, pour amener les gens vers D-marche. Au départ c'était d'abord pour faire plaisir à l'infirmière. »

(Louis, bénéficiaire)

« C'est par l'infirmière [que je suis rentré dans le programme] : j'ai eu des problèmes de poumons, elle m'a fait un bilan sur ma capacité thoracique. »

(Patrick, bénéficiaire)

Après la présentation incitative du programme, c'est l'accompagnement que met en œuvre l'infirmière Asalée auprès du bénéficiaire qui a très souvent été évoqué par les patients comme un des éléments motivants du dispositif. En effet, des explications notamment autour des bienfaits de la marche et plus globalement de l'activité physique pour la santé, sont très appréciées par les bénéficiaires, qui y voient une source de prise de conscience sur la marche. Ces bienfaits de la marche ont été évoqués par des bénéficiaires participant aux 9 groupes pour lesquels l'information à ce sujet est disponible.

Par ailleurs, les infirmières Asalée s'adaptent à la diversité de profils constituant les groupes, et sont capables de répondre de manière pertinente aux questions des bénéficiaires, qui sont également diverses du fait des différentes situations et pathologies des bénéficiaires :

« Elle nous a accompagné très bien, elle essaie de se mettre à la portée de tous, de s'adapter aux pathologies. Elle a répondu à toutes nos questions, qui étaient très diverses en raison des situations de chacun »

(Estelle, bénéficiaire)

Au final, les orientations effectives réalisées par les infirmières Asalée ciblent les patients qui sont volontaires pour pratiquer une activité physique adaptée.

Dans certains cas, cet accompagnement prend la forme de participation, voire de l'organisation de marches collectives avec le groupe D-Marche en dehors des séances. Il est à noter que l'acteur à l'origine de ces initiatives est varié (marcheur(s) ou infirmière), l'information collectée ne permettant pas de le préciser. Toutefois, l'étude permet de constater que lors de ces temps, l'infirmière Asalée se soucie des bénéficiaires et de leur état de santé, et reste vigilante et à l'écoute des difficultés et des questions qui peuvent émerger durant la marche collective :

« Elle est avec nous pour faire le tour de l'étang, elle pose beaucoup de questions pour savoir si on va bien, si tout se passe bien, elle répond aussi à nos questions, elle est là pour surveiller aussi que tous vont bien dans la marche, très à l'écoute »

(Clémence, bénéficiaire)

« L'infirmière Asalée va tous les mardis aux marches. Elle s'arrête dans tous les petits groupes de personnes, elle demande s'il y a des difficultés, comment la semaine se passe, s'il y a des soucis avec le podomètre ou avec la marche, etc. Elle fait un accompagnement de proximité »

(Anne, bénéficiaire)

Enfin, l'accompagnement des infirmières Asalée semble jouer un rôle plus important sur la motivation des bénéficiaires, lorsqu'il s'agit de patients déjà suivis individuellement par ces infirmières en dehors du programme D-marche – par rapport aux bénéficiaires « auto-orientés » par différents canaux de communication. **Ceux-ci expriment le fait de se sentir plus à l'aise dans le programme et dans le groupe du fait de pouvoir compter sur la présence d'une professionnelle qui les connaît bien, qui peut leur proposer des objectifs adaptés à leurs besoins, et qui suit leur progression.** Dans le cadre de ce suivi, des sujets en lien avec D-marche (objectifs de pas, régularité, effets de la marche, podomètre, régularité, ...) sont abordés, ainsi que d'autres sujets (alimentation, cigarette, état de santé, ...) permettant aux bénéficiaires de compter avec un accompagnement complémentaire qui s'inscrit dans le programme.

La disponibilité de ces infirmières a été évoquée par certains participants. En effet, la mise à disposition des coordonnées de l'infirmière Asalée auprès des bénéficiaires permet à ceux-ci de la contacter en cas de problèmes (en lien avec le podomètre ou avec la marche) ou d'absences aux séances du programme. Certaines infirmières proposent même des rendez-vous aux bénéficiaires en ayant besoin :

L'infirmière Asalée mettait son numéro de téléphone sur le journal [...] On pouvait être en lien avec [elle], je l'avais rappelée quand je n'avais pas pu y aller. [...] Elle était disponible [...] J'ai dit à l'infirmière que je pouvais pas venir, alors elle m'a donné rendez-vous un autre jour et elle a fait avec moi ce qu'ils avaient fait en séance, transférer les données sur l'ordinateur. C'était comme un cours particulier »

(Astrid, bénéficiaire)

A noter, que si ce n'est pas systématique, des patients ayant rejoint un groupe sans orientation par une infirmière Asalée peuvent ensuite bénéficier de leur suivi (sous réserve de la disponibilité de l'infirmière).

La dimension collective du programme : plus qu'un simple atout du programme, un levier indispensable de de motivation

La dimension collective du programme a été évoquée par quasiment tous les bénéficiaires. En effet, à **plusieurs reprises, les personnes ont exprimé que le fait qu'être en groupe avec d'autres participants était très motivant pour elles, et plus globalement que c'était un des éléments favorisant la marche.**

« Et le collectif... C'est toujours mieux d'être à plusieurs »

(Françoise, bénéficiaire)

« Quand on n'est pas toute seule, ça motive un peu plus »

(Généviève, bénéficiaire)

Certains bénéficiaires ont même précisé qu'ils rencontraient des difficultés pour trouver la motivation de marcher quand ils étaient seuls, et certains professionnels peuvent attester de ces situations :

« Ce qu'elle trouvait dur c'était d'être toute seule, et de trouver la motivation pour marcher. Elle voulait plus le côté collectif ; en individuel elle avait plus de difficultés pour faire les pas »

(Un formateur D-Marche)

Dans certains groupes, ce côté collectif a également permis aux bénéficiaires de trouver un espace d'échanges et de partage des expériences autour de la marche et du programme, qui a été très apprécié par ceux-ci :

« C'était un petit groupe, mais elles étaient beaucoup dans l'échange, et elles participaient très activement. Elles étaient très dans le partage de ce qu'elles vivaient »

(Une infirmière Asalée)

La dimension collective est un levier pour inscrire la motivation à bouger dans la durée. Sans elle, à la suite des sessions animées par ADAL, le risque est grand que les personnes retournent dans une certaine forme de sédentarité. Ainsi, des bénéficiaires expriment leur souhait de continuer à faire de la marche collective, et de trouver un groupe qui leur permette de poursuivre cette activité de manière collective et régulière :

« J'aimerais bien continuer en collectif et intégrer un autre groupe qui prévoit des marches régulières »

(Apolline, bénéficiaire)

Ce souhait de rester en collectif incite parfois l'organisation des marches hebdomadaires entre anciens D-marcheurs de manière autonome, et à l'appui d'outils comme WhatsApp, à travers lequel les bénéficiaires se donnent rendez-vous pour marcher ensemble.

« Normalement je marche le vendredi, avec un groupe de D-Marche, on se donne rendez-vous par WhatsApp »

(Violette, bénéficiaire)

En outre, comme évoqué en haut, la dimension collective prend appui sur l'outil particulier que sont les challenges collectifs (cf. Le déroulé du programme D-marche, ci-dessus). En effet, ces défis motivent les bénéficiaires dans la réalisation de leurs pas, et donc dans l'atteinte de leurs propres objectifs personnels, en même temps qu'ils favorisent la cohésion du groupe et des liens entre les membres, renforçant de manière générale la motivation des bénéficiaires.

« A chaque programme, chacun a un challenge individuel mais potentiellement aussi collectif, rendu possible via l'application D-marche. Le lien [entre les bénéficiaires] se fait comme ça »

(Une infirmière Asalée).

L'existence d'un groupe Whatsapp, l'utilisation des challenges ou encore d'autres initiatives pour créer ou maintenir la dimension collective de la marche ont été évoqués dans l'ensemble des groupes pour lesquels des informations à ce sujet sont disponibles (7 groupes). Comme évoqué avant, l'acteur à l'origine de ces initiatives est varié, et l'information collectée dans le cadre de l'étude ne permet pas de le préciser.

Il est à noter, toutefois, que l'existence de ces challenges collectifs n'efface pas le caractère adapté du programme puisque, comme les bénéficiaires l'évoquent, chaque participant contribue au défi collectif dans la mesure de ce qu'il peut apporter en fonction de son état de santé et ses capacités :

« On a décidé que sur notre programme de 6 mois, on ferait un Dakar entre tous. Il y en a un qui marche plus, il y en a qui marchent moins, mais tout le monde participe à cet objectif »

(Anne, bénéficiaire)

« Chacun va à son rythme, mais on a des challenges à faire, et c'est cela qui nous motive le plus... on peut avoir 15 000 km, 30 000 km à faire, et cela nous booste »

(Clémence, bénéficiaire)

Le podomètre, un instrument incitatif qui « incarne » le programme

A l'accompagnement de l'infirmière Asalée et à la dimension collective du programme s'ajoute le podomètre.

Les bénéficiaires et les professionnels rencontrés s'accordent sur le fait que cet outil permet un suivi plus concret de la marche et de la progression réalisée. En effet, en quantifiant les efforts des bénéficiaires, le podomètre permet à ces derniers d'observer leur niveau de marche et les évolutions, tout en favorisant une prise de conscience quant à l'activité physique qu'ils réalisent dans leur quotidien.

« [Le podomètre] leur permet de bien quantifier, et de se remotiver, d'en refaire le lendemain. Le graphique leur permet aussi de voir plus clairement les progrès et de comparer »

(Un formateur D-Marche)

« C'est vraiment le podomètre qui me permet de tenir mes objectifs, de rester dans le vrai. J'avais l'impression d'être active, de marcher, mais après je me suis rendu compte que je ne marchais pas autant que nécessaire, et c'est le podomètre aussi qui permet de le voir »

(Estelle, bénéficiaire)

Par ailleurs, **le podomètre constitue un véritable outil motivationnel incitant les bénéficiaires à la fois à maintenir la régularité de la marche et à atteindre les objectifs** de pas qu'ils se sont fixés dans le cadre du programme :

« C'est géant ça. Je l'ai sur moi tous les jours, ça m'oblige à marcher. Si j'ai pas fait mon quota de 5 000 pas je pars faire un tour ; c'est une motivation supplémentaire »

(Véronique, bénéficiaire)

« Ce qui m'aide beaucoup c'est le podomètre. Je regarde où j'en suis [en nombre de pas] et [s'il y en a] pas assez, je pars faire une marche pour atteindre le minimum »

(Michèle, bénéficiaire)

« Et avec le podomètre, c'est vrai qu'on pouvait évaluer sa marche, par rapport à soi-même, je trouve que tu fais plus d'effort et t'as envie d'aller plus loin encore »

Une appropriation de l'instrument a été également constatée chez les bénéficiaires qui témoignent d'une utilisation quotidienne ; pour certains bénéficiaires c'est même devenu une habitude :

« ...mais maintenant c'est devenu un réflexe [...] c'est la première chose que je fais tous les matins »

(Clémence, bénéficiaire)

« J'utilise beaucoup le podomètre, dès mon réveil et jusqu'au coucher »

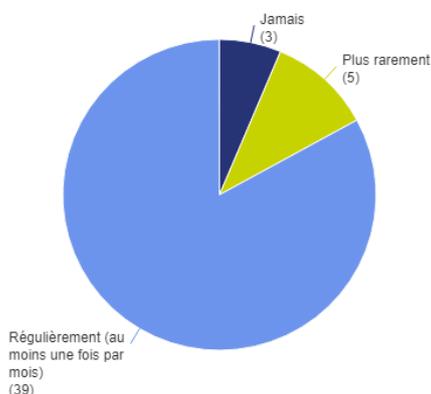
(Béatrice, bénéficiaire)

L'enquête à T1 confirme la motivation des participants qui, en très grande majorité, chargent les données podomètres sur le site internet de l'ADAL (au moins une fois par mois). De plus un très grand nombre d'entre eux affirment vouloir continuer ou commencer à charger leurs données dans les 6 prochains mois.

Fréquence de chargement des données podomètre sur le site internet de l'ADAL

Réponses effectives : 47

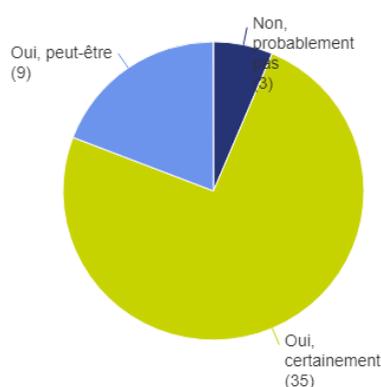
Taux de réponse : 98%



Chargement des données du podomètre dans les 6 prochains mois

Réponses effectives : 47

Taux de réponse : 98%



Si le podomètre constitue un élément très pertinent et motivationnel du programme, son utilisation et notamment la question de la charge des données a mis en évidence **des situations de fracture numérique chez certains bénéficiaires**. En effet, la maîtrise du podomètre et de la plateforme a été plus problématique pour certains bénéficiaires qui sont moins à l'aise avec les outils numériques. Plus concrètement, parmi les 9 groupes pour lesquels l'information est disponible, des difficultés en lien avec les outils numériques ont été exprimées (dans 3 groupes), voire très fortement exprimées (dans 3 groupes).

« Le paramétrage du podomètre, c'est un moment assez compliqué, surtout dans les groupes où il y a beaucoup de personnes de plus de 60 ans. On y voit très concrètement la fracture numérique ; les moins de 60 ans sont un peu plus à l'aise »

(Un formateur D-Marche)

Une des formatrices ainsi qu'une infirmière perçoivent, à l'inverse, dans le programme un objectif de lutte contre la fracture numérique.

« Ça leur permet aussi de travailler sur le volet numérique puisqu'on a beaucoup de personnes qui sont assez éloignées du numérique et qui finalement dans ce cadre du programme démarche, s'y mettent, se lancent, se créent une adresse Email, voient se familiarisent avec Internet. »

(Une formatrice D-marche)

Le programme, sous certaines conditions, contribue à familiariser ses bénéficiaires en leur faisant « pratiquer » des outils numériques ; toutefois, ce constat est à nuancer dans la mesure où cette dimension numérique représente justement un frein pour certains bénéficiaires.

Il faut rappeler ici que l'usage du podomètre n'est pas obligatoire.

Comme évoqué plus loin dans ce rapport, ces difficultés avec le numérique chez certains bénéficiaires, entraînent une charge additionnelle pour les professionnels qui doivent jouer le rôle de conseillers numériques (cf. Un enjeu en termes de partenariats locaux sur l'accompagnement au numérique).

Il est à noter, toutefois, que ces difficultés ne constituent pas un frein pour tous les bénéficiaires, puisque que certains d'entre eux trouvent d'autres moyens pour assurer le suivi de leurs pas et de leur

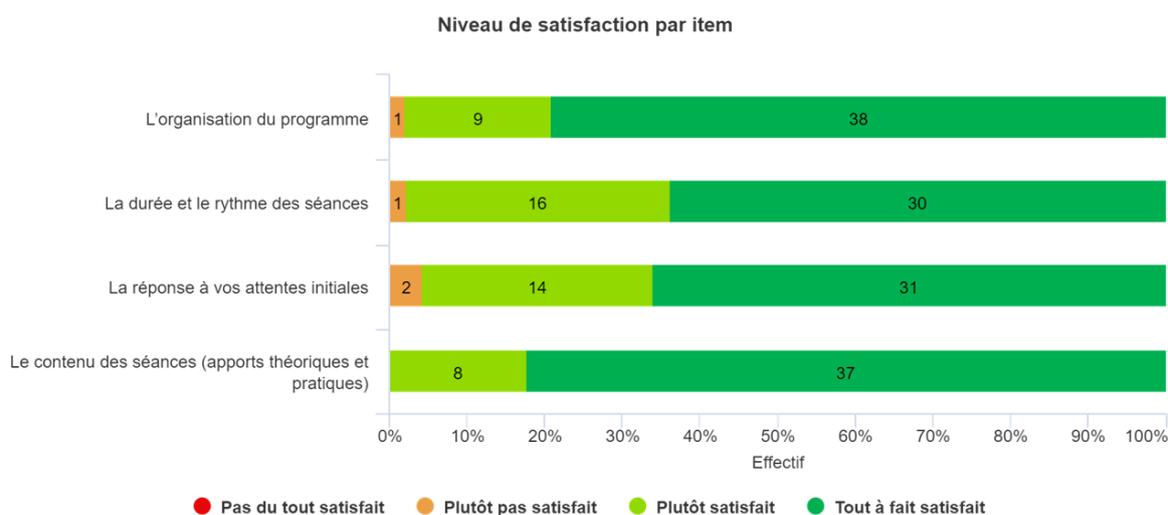
progrès, par exemple, en enregistrant dans des cahiers le nombre de pas qu'ils réalisent, comme l'évoque cette bénéficiaire :

« [J'utilise le podomètre] tous les jours. Et j'essaie d'atteindre les 8 000 pas tous les jours et je marque sur un carnet. Quand je fais moins [de pas], je mets pourquoi j'ai pas pu tenir mon objectif »

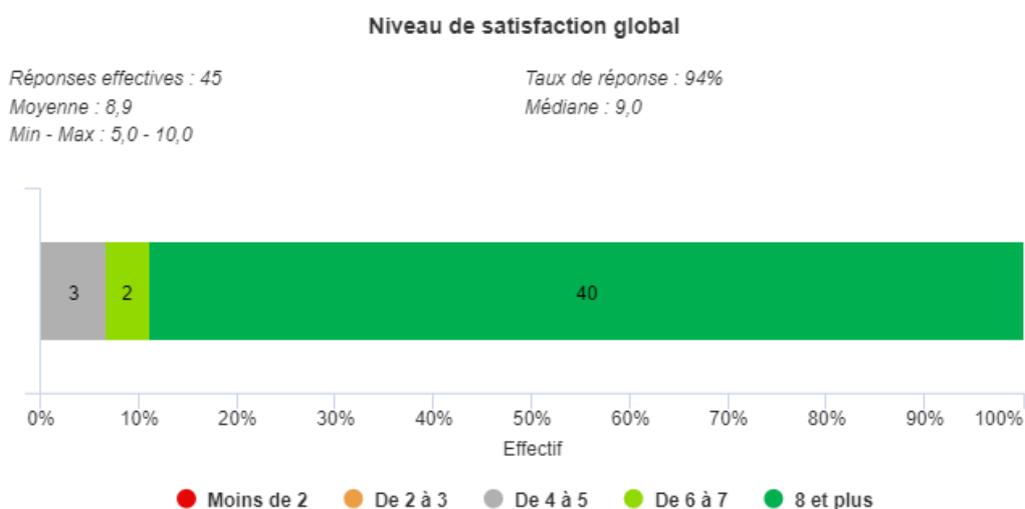
(Astrid, bénéficiaire)

Une organisation du programme qui satisfait les participants

Le contenu des séances au même titre que l'organisation du programme correspondent aux attentes des répondants de l'enquête à T1 : ces deux items enregistrent une part de personnes « tout à fait satisfaites » de plus de 80%.



Enfin le niveau de satisfaction global du programme obtient la note de 8,9 sur 10 en moyenne. Un peu moins de 9 personnes sur 10 ont attribué une note supérieure ou égale à 10 et plus de la moitié une note supérieure à 9 sur 10.



DES IMPACTS POSITIFS VARIÉS RESENTIS PAR LES PARTICIPANTS AU PROGRAMME D-MARCHE

« Un programme qui m'a permis de concevoir la vie autrement »

(Valérie, bénéficiaire)

« Ça fait du bien, pour les corps, pour l'esprit »

(Violette, bénéficiaire)

Des effets pour la santé, pour les corps, pour l'esprit... **les bénéficiaires rencontrés sont unanimes sur le fait que D-marche est un programme qui produit une diversité d'effets positifs.**

Une aide à la remise en mouvement, un effet très largement partagé par les personnes concernées

Tout d'abord, **la prise de conscience sur les bienfaits de la marche et sur l'importance de l'activité physique** a été évoquée à plusieurs reprises par des bénéficiaires des 9 groupes pour lesquels l'information est disponible. En effet, le programme a permis aux bénéficiaires non seulement de comprendre les effets positifs de la marche, mais aussi de les expérimenter eux-mêmes. Certains bénéficiaires expriment également que D-marche leur a permis de trouver une manière d'intégrer l'activité physique dans leurs vies. Ce constat a été exprimé par une grande partie des participants interrogés répartis au sein de 8 groupes.

« Le programme a démarré un processus de prise de conscience mentale. J'étais lucide sur mon [faible] état de santé, mais je voyais pas trop de solutions. Je voyais pas tous les petites chemins qui pouvaient m'amener à aller mieux »

(Louis, bénéficiaire)

Cet effet est confirmé par une majorité d'infirmières rencontrées, notamment s'agissant de bénéficiaires qu'elles suivaient auparavant et qui se trouvaient dans une situation de sédentarité très forte :

« Elle ne retombera pas à l'état [de sédentarité] d'avant, elle s'est rendu compte des bienfaits de marcher, et même dans les périodes difficiles, elle ne retombera pas »

(Une infirmière Asalée)

« Aussi elle a pris fortement conscience de son état sédentaire, des bienfaits de la marche ; elle arrive à sortir de chez elle, à rencontrer des gens. Même s'il y a des périodes où elle arrive moins à marcher, elle a conscience de l'importance de l'activité »

(Une infirmière Asalée)

Des effets ont été également évoqués sur le plan physique. **Nombreux sont les bénéficiaires qui expriment qu'ils se sont remis en mouvement grâce au programme.** La marche leur a permis de commencer ou reprendre une activité physique régulière, avec des évolutions positives au niveau de la mobilité physique (moins de difficultés pour bouger, plus de force dans les jambes et les genoux...), du souffle et de la respiration. Une bénéficiaire constate moins de difficultés pour monter les escaliers de chez elle qu'avant de commencer le programme.

Au-delà des effets directs sur la santé et en lien avec la prise de conscience autour des bienfaits de la marche, **le programme a permis d'intégrer l'activité physique dans le quotidien des bénéficiaires**, et de développer une régularité de la marche chez la plupart d'entre eux. **Ils attestent de l'acquisition d'une habitude de marcher qui prend appui sur des réflexes qu'ils n'avaient pas avant et des astuces qu'ils ont mis en place** depuis leur participation au programme pour assurer l'activité physique dans leur quotidien.

« Des choses auxquelles je ne pensais pas avant. On ne se rend pas compte, mais on commence à penser à d'autres choses pour faire plus d'activité »

(Clémence, bénéficiaire)

Ainsi, préférer les escaliers à l'ascenseur, garer sa voiture un peu plus loin, et marcher au lieu de prendre la voiture sont quelques exemples de pratiques rentrées dans leurs habitudes, comme l'évoquent plusieurs des bénéficiaires :

« Avant je prenais la voiture souvent, pour aller à la Poste par exemple. Aujourd'hui je fais à pied »

(Béatrice, bénéficiaire)

« Avant quand j'allais pour faire des courses, je laissais la voiture le plus proche possible. Maintenant, je la laisse plus loin pour marcher un peu plus [...]. Maintenant j'essaie de moins prendre la voiture et de me déplacer à pied quand je peux »

(Hélène, bénéficiaire)

L'intégration de la marche dans le quotidien des bénéficiaires peut également se traduire par des nouvelles pratiques dans la vie professionnelle. Ainsi, une bénéficiaire qui, dans le cadre de son travail, mène des entretiens et des échanges, propose à ses interlocuteurs de leur faire en marchant. Le formateur qui l'a accompagné dans le programme en témoigne aussi :

« Pareil pour les réunions : au bout d'une heure je fais quelques pas. [Ça] ne choque plus les collègues »

(Valérie, bénéficiaire)

« Ça l'a aidé à faire différemment son travail et en même temps, elle faisait ses pas »

(Un formateur D-Marche)

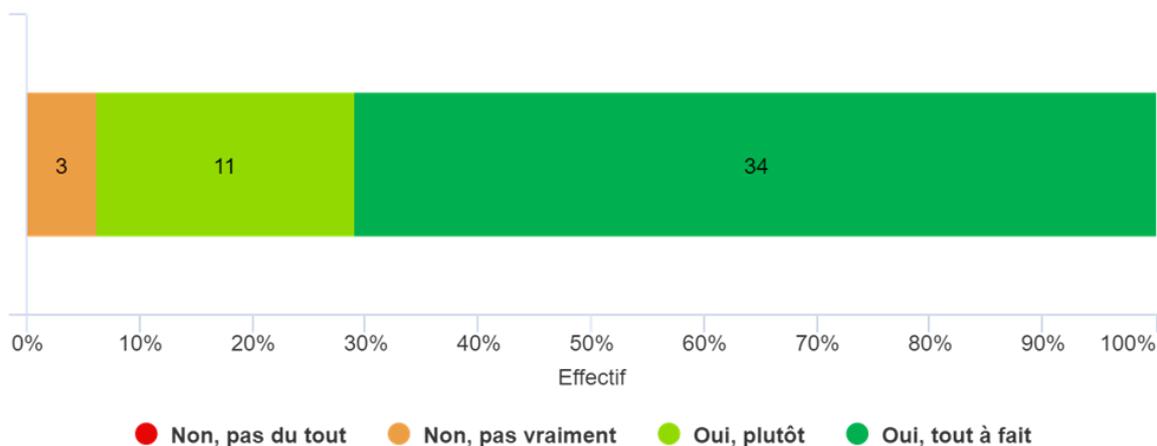
Les observations réalisées lors des entretiens se confirment grâce aux résultats de l'enquête.

Au regard des résultats de l'enquête à T1, le programme semble avoir motivé les bénéficiaires à marcher plus régulièrement (45 répondants sur 48 répondent au moins « Oui, plutôt » à cette question dont 34 « Oui, tout à fait »).

Le programme vous a-t-il motivé à marcher davantage ou plus régulièrement ?

Réponses effectives : 48

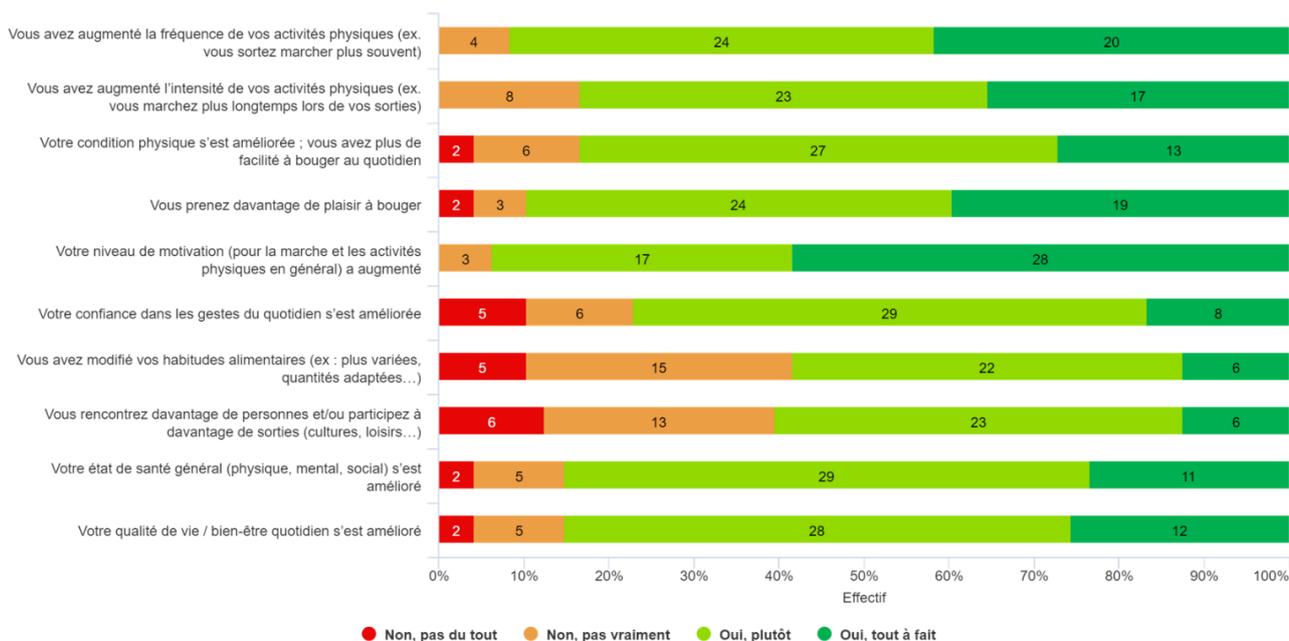
Taux de réponse : 100%



De plus 44 répondants sur 48 affirment que la marche est, à minima plutôt intégrée à leur mode de vie.

44 bénéficiaires ont exprimé avoir augmenté la fréquence de leurs activités physiques et 40 ont augmenté l'intensité de leurs activités. De même, 40 estiment que leur condition physique s'est améliorée depuis la participation au programme. Cela ne semble pas être une contrainte : 43 répondants prennent davantage de plaisir à bouger et 45 déclarent être plus motivés à faire de l'activité physique.

Comparaison avec la situation avant la participation au programme D-marche



D-marche, une source de renouveau des liens sociaux indispensables à l'équilibre des personnes

En outre, du fait de la dynamique collective dans laquelle le programme s'inscrit, des résultats très marqués ont été constatés autour du lien social :

- **Un programme qui permet de réduire et/ou rompre l'isolement** dans lequel certains participants peuvent se trouver. L'importance de rencontrer des gens, de pouvoir discuter et d'être accompagné a été régulièrement souligné par les bénéficiaires interrogés, et notamment par ceux qui sont peu entourés dans leur quotidien (des personnes retraitées, des personnes âgées isolées, des personnes à la campagne, des personnes dont la pathologie restreint les activités, ...). En effet, dans les 7 groupes pour lesquels l'information est disponible, des bénéficiaires ont évoqué ce constat.

« Le programme permet de discuter, de se rencontrer, on est moins isolés, on est bienveillants ... »

(Clémence, bénéficiaire)

A titre d'exemples, en lien avec un passage récent à la retraite ou à un déménagement, des bénéficiaires ont exprimé que leur première motivation pour rejoindre D-marche était le fait de faire des nouvelles connaissances et de rencontrer des personnes.

« Ca a changé un petit peu ma vie : le fait de ne plus aller au travail je voyais beaucoup moins de monde, là je vois des gens, pas de jugement, on a tous une pathologie, ... »

(Françoise, bénéficiaire)

« Elle [venait de passer de la vie active à la retraite], et elle cherchait notamment du collectif, de faire des liens, de rester en contact avec du monde »

(Un formateur D-Marche)

« Quand je suis venue en Bretagne je ne connaissais personne et donc je voulais rencontrer des gens et faire une activité »

(Violette, bénéficiaire)

- **Des liens sociaux qui se consolident.** Selon les caractéristiques des groupes et des bénéficiaires, les rencontres peuvent aller plus loin que le cadre du programme et donner lieu à la création de liens amicaux. En effet, des bénéficiaires continuent à se voir à la suite du programme. C'est le cas dans 6 groupes parmi les 10 ayant fait l'objet d'investigations. Des marches collectives régulières sont par exemple organisées (cf. La dimension collective du programme : plus qu'un simple atout du programme, un levier indispensable de de motivation).

« On a fait un petit groupe et on y est attachés, on est très attachés entre nous, on se connaît mieux ! »

(Clémence, bénéficiaire)

De manière générale, les bénéficiaires apprécient le fait de pouvoir rencontrer des personnes qu'ils n'auraient pas rencontré autrement et notamment des personnes qui partagent leurs difficultés :

« Rencontrer des gens qui ont les mêmes problèmes, c'est motivant aussi. On se retrouve, moralement ça fait du bien aussi. Là je me reconnais dans les profils. On a tous un suivi infirmière, des problèmes de santé. Une autre motivation »

(Valérie, bénéficiaire)

Des bénéfices ressentis au-delà de la remise en mouvement sur le sommeil, l'état de santé, le bien-être en général

Une bonne partie des bénéficiaires témoignent **des impacts du programme sur leur qualité de vie et leur bien-être** (évoqué dans 6 groupes, voire à plusieurs reprises dans 3 groupes, sur 9). Ces effets concernent souvent le sommeil, des situations d'anxiété et d'angoisse ; **les bénéficiaires mettent en lien ces impacts avec le fait de sortir, de prendre de l'air, de croiser d'autres personnes et de se mettre en mouvement** dans le cadre de la marche.

« Ca évite la dépression. J'avais des crises d'angoisse le soir. Depuis que je marche tout ça c'est fini. J'y tiens énormément à marcher »

(Béatrice, bénéficiaire)

« Evolution en termes de souffle, on se sent mieux, pareil sur le sommeil. Je sens que le sommeil revient bien. »

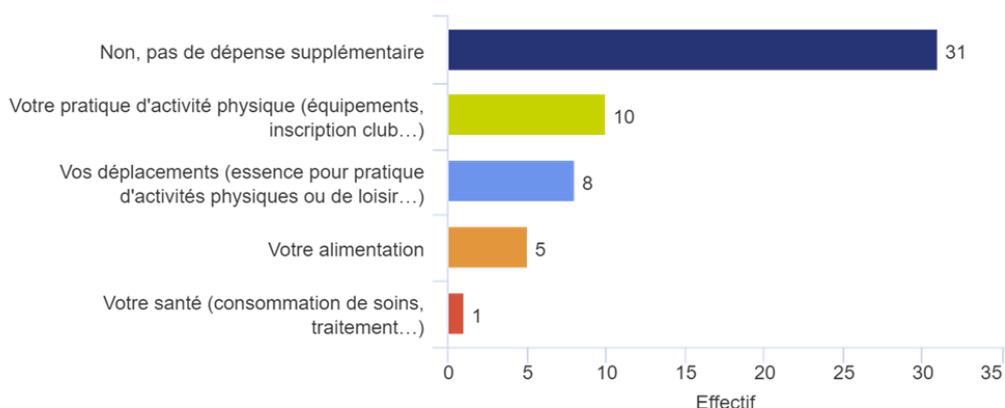
(Michèle, bénéficiaire)

Enfin, **des effets sur le plan de l'alimentation ont été évoqués avec les bénéficiaires**. Un peu plus de la moitié ont fait évoluer leurs pratiques alimentaires (cf. schéma ci-dessus sur la comparaison avec la situation avant la participation au programme). Ce changement n'engendre pas de nouvelles dépenses (5 répondants mentionnent l'alimentation comme source de nouvelles dépenses).

Engagement de nouvelles dépenses

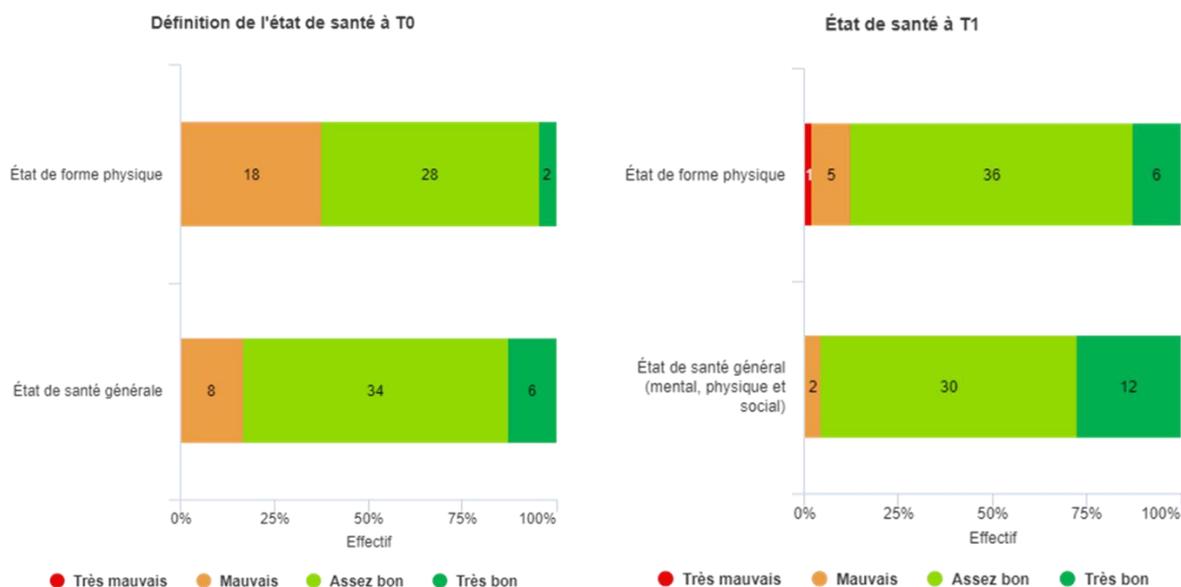
Réponses effectives : 48

Taux de réponse : 100%



Néanmoins, cet aspect est souvent abordé dans le cadre du suivi individuel que réalise l'infirmière Asalée. Des améliorations à ce sujet apparaissent comme des évolutions envisagées chez certains bénéficiaires.

Lorsqu'on compare le ressenti de l'état de santé des répondants ayant répondu aux deux questionnaires (n=48), nous constatons une amélioration. En effet à T0, 18 jugeaient leur état de forme physique de « mauvais » contre 6 à T1. De même, les personnes qualifiant leur état de santé générale comme mauvais est passé de 8 à 2 entre les deux enquêtes.



Les entretiens menés auprès des bénéficiaires et des professionnels (infirmières Asalée et formateurs) ont permis d'esquisser certains effets sur l'état de santé des bénéficiaires, sans les documenter de manière systématique et sur la base du déclaratif des professionnels. De manière générale, ces effets sont souvent liés à la diminution de la tension, du cholestérol, d'autres éléments biologiques et facteurs de risque (alcool notamment).

« [Mon prédiabète] est revenu à la normale. Je pense que l'activité physique a joué et la modification de l'alimentation un peu. Ma tension aussi diminue et revient à la normale. »

(Michèle, bénéficiaire)

« [Avec la marche il a] stabilisé sa biologie, elle s'est améliorée »

(Une infirmière Asalée)

D'autres effets sur la santé exprimés par les bénéficiaires sont liés à la réduction des douleurs (hanches, genoux, dos, ...) grâce à l'habitude de la marche, et à des exercices appris lors des séances collectives pour diminuer les douleurs.

Par ailleurs, le poids demeure une question très importante pour les bénéficiaires, mais cet objectif n'a pas toujours été atteint dans le cadre du programme.

Consultation de professionnels de santé
Réponses effectives : 48 Taux de réponse : 100%



Consommation de médicament
Réponses effectives : 47 Taux de réponse : 98%



Pour une large majorité des personnes, les résultats de l'enquête ne montrent pas de changement d'habitude concernant le recours au soin et la consommation de médicament. En effet plus de 85% de nos répondants consultent un professionnel de santé à la même fréquence qu'avant leur entrée dans le dispositif. De même plus de 75% d'entre eux consomment des médicaments à la même fréquence qu'avant. On peut toutefois noter que 9 répondants sur 47 déclarent avoir diminué leur consommation de médicaments. Les infirmières Asalée rappellent ici qu'elles n'ont pas la possibilité de faire évoluer les prescriptions (à moins d'être infirmières en pratique avancée), bien qu'elles constatent parfois la possibilité de modifier les traitements, en particulier liés à la tension artérielle et au diabète. Cela souligne l'importance d'impliquer les médecins traitants et généralistes dans le suivi du programme.

Au global, et en lien avec les impacts positifs présentés ci-dessus, **les bénéficiaires ont exprimé une satisfaction générale par rapport au programme** (hormis les difficultés techniques ou de connexion à la plateforme).

« Je pense qu'il y a un avant et un après D-marche pour moi »

(Valérie, bénéficiaire)

« La vie, c'est pas des grands coups de barre tous simples, c'est une somme de petits trucs. D-marche m'a ouvert des portes toutes ces petits trucs »

(Louis, bénéficiaire)

« C'est top, il faudrait que cela se refasse pour d'autres personnes. Ça aide à se bouger et à démarrer, et puis on prend plaisir à marcher ».

(Généviève, bénéficiaire)

5. LA PLUS-VALUE DU PARTENARIAT AVEC LES INFIRMIERES ASALEE

La dimension sanitaire dans ce type de programme semble indispensable. Les objectifs recherchés sont des enjeux de santé publique pour lesquels les infirmières jouent un rôle déterminant pour sensibiliser le public à la prévention et identifier les participants et assurer un suivi des actions.

UN FORT CONSENSUS SUR LA PLUS-VALUE DU PARTENARIAT AVEC LES INFIRMIERES ASALEE A PLUSIEURS NIVEAUX

Du point de vue des acteurs, **le partenariat avec le réseau d’infirmières Asalée constitue une véritable « force » du programme**, qui se manifeste à plusieurs égards et à différents moments du parcours du bénéficiaire.

« Le partenariat et le contact avec l’infirmière Asalée, est la force du programme » ; « L’avantage pour nous, c’est qu’on a un interlocuteur qui est toujours le même, qui connaît les personnes qui arrivent au groupe et qui peut aussi donner une suite à cette démarche »

(Une formatrice D-Marche)

A l’entrée dans le programme, une articulation entre le médecin et l’infirmière qui permet d’identifier des bénéficiaires potentiels et d’asseoir la crédibilité du programme

Premièrement, le repérage et le sourcing des bénéficiaires, réalisés par l’infirmière parmi son vivier de patients (et, plus à la marge, par les médecins généralistes qui peuvent orienter leurs propres patients vers l’infirmière Asalée) permettent de s’assurer de la pertinence de ce programme pour les patients orientés, et finalement de l’inscrire dans une démarche de prévention secondaire. Leur connaissance de la situation des patients donne lieu à la constitution de groupes qui prennent en compte leur état et problématiques de santé pour viser un fonctionnement optimal.

Deuxièmement, le fait que ce programme soit proposé par des acteurs du soin (l’infirmière Asalée qui oriente vers D-marche, ou le médecin généraliste qui oriente vers l’infirmière Asalée) est également un levier de motivation supplémentaire, car il confère une crédibilité accrue à ce programme du point de vue des patients :

« Les médecins sont sensibilisés, les professionnels des soins comme les infirmières Asalée sont sensibilisés, et quand c’est eux qui parlent, les gens écoutent un peu plus »

(Un formateur D-Marche)

« C’est des patients qu’on a déjà vu en amont, avec qui on a eu le temps d’échanger, de faire des bilans, d’ensuite leur proposer... ils ont bien reçu l’information de pourquoi ils y sont, ce n’est pas juste un cours de sport, il y a des objectifs de santé aussi »

(Une infirmière Asalée)

Pendant le programme, une plus-value en termes d'engagement des bénéficiaires et de croisement des expertises entre le formateur et l'infirmière

Le partenariat avec les infirmières Asalée conduit également à **renforcer l'engagement des bénéficiaires sur la durée**. Le programme est proposé par l'infirmière avec laquelle les patients ont eu l'occasion de nouer une relation de confiance et qui est devenue une personne de confiance. Dans le cadre de son rôle d'éducation thérapeutique, l'infirmière a connaissance d'informations très personnelles sur la situation de la personne : son état de santé, ses pathologies, ses pratiques alimentaires, sportives, sa situation familiale, son éventuel isolement...

« Sur les autres programmes on avait des référents (une personne de la mairie, ou autres), mais le fait que la personne soit sur la santé, et qu'elle est déjà en échange avec les bénéficiaires, ça change beaucoup. Les gens s'arrêtent moins, ils continuent. Les gens ne sont pas laissés tous seuls, il y a moins de ruptures »

(Un formateur D-Marche)

« Le fait qu'il y ait un suivi régulier et que les personnes connaissent les infirmières Asalée, c'est un facteur de renforcement de l'engagement des personnes dans le programme. »

(Une formatrice D-Marche)

Ce partenariat est également facilitant pour le formateur D-marche, qui peut s'appuyer sur l'infirmière pour être mis en contact avec des groupes déjà constitués. La référente ADAL pour la Bretagne indique que *« c'était angoissant, au début, de se rapprocher du monde médical »* mais les réussites des premiers groupes ont facilité ensuite l'investissement des professionnelles et les formateurs ont trouvé une source d'enrichissement à ce partenariat avec un secteur d'activité jusqu'ici inconnu d'eux. Certains formateurs se sont ainsi documentés sur la notion d'éducation thérapeutique, sur les maladies chroniques.

De manière transversale, la co-animation du groupe entre infirmière et formateur, et **la forte complémentarité de leurs rôles lors des séances collectives mettent en valeur leur expertise respective**. Cette complémentarité est effectivement perçue par les bénéficiaires eux-mêmes :

« Ils sont là pour optimiser les résultats et donner de l'envie, surtout à ceux qui n'ont pas l'envie »

(Jean, bénéficiaire)

- **Les formateurs apportent une autre manière de faire / de dire les choses, hors du cadre médical :**

« On dit les mêmes choses mais on le dit d'une autre façon » ; « Les bénéficiaires l'entendent d'une autre façon aussi », « nous [infirmières] nous parlons de patients, eux [formateurs] de citoyens »

(Des formateurs D-marche)

- **Les infirmières et professionnels de santé apportent un support en termes de savoir paramédical :**

« Elles savent des choses. Elles viennent donner du sens à « bouger » : pourquoi « bouger » ? »

(Un formateur D-Marche)

« Et puis tout au long de la séance, elles viennent renforcer, croiser les échanges. [Ça] vient nourrir les séances. Je me régale »

(Un formateur D-Marche)

Dans les séances collectives, les infirmières adoptent un positionnement protéiforme : elles interviennent pour répondre aux questions de santé/ maladies ; elles animent, participent aussi à la marche au même titre que les bénéficiaires. La relation soignant / soigné se situe ainsi dans un autre cadre, qui peut faciliter ensuite l'adhésion aux règles hygiéno-diététiques en cas de maladie chronique. L'animation joue un rôle clé dans les séances collectives : c'est l'animation aussi qui va permettre de développer la dynamique collective et maximiser les chances que les pratiques s'inscrivent dans la durée.

A l'issue du programme, la possibilité pour les bénéficiaires d'être suivis et orientés vers d'autres dispositifs, dépendamment de la disponibilité de l'infirmière

Le partenariat avec les infirmières Asalée présente enfin un intérêt majeur dans la phase post-programme. En effet, le recours à des infirmières Asalée plutôt qu'à un autre type d'acteurs permet **d'avoir de la visibilité sur la situation des D-marcheurs même après leur sortie du programme**. Ce suivi dans le temps constitue la spécificité du programme breton vis-à-vis d'autres programmes D-marche ; il permet ainsi de maximiser les effets dans la durée. Les formateurs n'ont en effet pas pour mission de continuer à suivre les anciens bénéficiaires :

« C'est chronophage. On n'a pas fini le challenge Louxor à la fin des 4 dates, on repousse l'objectif donc, je continue de les suivre par message sur le challenge. Mais, c'est chronophage. Regarder le site, la carte... taper le message. On n'est pas que formateur D-marche. Je le fais car je me suis engagé, c'est un plaisir aussi, mais c'est pas toujours possible. Le fait d'avoir des référents ou infirmières Asalée... on impulse mais après on laisse la main aux référents »

(Un formateur D-Marche)

Cette continuité du suivi post-programme, assurée par les infirmières Asalée, permet également de **proposer, dans la continuité du programme, d'autres outils d'éducation thérapeutique pertinents**. Il est notamment possible de donner suite au programme D-marche par le biais d'un **groupe de remise en mouvement**. Ce dernier s'inscrit dans la même logique de lutte contre la sédentarité mais nécessite une plus grande autonomie du bénéficiaire, qui ne dispose ni de podomètre ni d'un formateur APA dédié. Il s'agit d'un « soin marché » prescrit par le médecin généraliste, et appuyé par une consultation auprès d'une infirmière Asalée qui détermine une fréquence de ce soin sur une période de 6 mois à un an. Le déploiement de D-marche a eu pour effet, dans certains territoires, de dynamiser le recours au groupe de mise en mouvement :

« Par ailleurs, le programme a permis de relancer le groupe de remise en mouvement qui avant existait mais qui ne marchait pas bien, et à la suite du programme D-Marche les gens veulent continuer à marcher ensemble, donc le groupe de remise en mouvement fonctionne très bien »

(Une formatrice D-Marche)

Si le partenariat avec les infirmières Asalée démontre une plus-value dans la phase de sortie du programme, il faut néanmoins questionner **les suites de ce programme dans un horizon de temps plus lointain**. Après le programme, si le patient n'est pas entré dans le groupe de remise en mouvement, la motivation décroît, l'usage du podomètre peut s'amenuiser, la pratique de la marche peut baisser. Cet enjeu est bien identifié par les infirmières :

« C'est l'après dont il faut réfléchir. Comment on continue ? Comment on propose une remise en activité ? »

(Une infirmière Asalée)

Les résultats de l'enquête révèlent ainsi quelques indices d'un risque « d'essoufflement de la motivation » dans un temps relativement réduit (cf. part des personnes indiquant qu'elles n'ont pas le temps de marcher à T1 : sur 48 répondants, 15 expriment un manque de motivation qui limite leur activité de marche. 13 d'entre eux indiquent manquer de temps pour réaliser pleinement leur activité physique).

DES ENJEUX DANS LA SUITE DU DEPLOIEMENT, EN MATIERE DE COMMUNICATION ET EN TERMES DE LUTTE CONTRE L'ILLECTRONISME

Un enjeu principal sur les leviers à activer pour renforcer l'effectivité du partenariat avec les infirmières Asalée

A la lumière de nos analyses, il apparaît que l'enjeu principal du déploiement du programme D-marche en partenariat avec les infirmières Asalée consiste à **renforcer l'effectivité de ce partenariat en activant différents leviers** :

- Le programme D-marche dispose **d'une visibilité assez inégale auprès des infirmières Asalée**. Certes, deux réunions Zoom ont été organisées en 2021 pour communiquer sur le programme D-marche au sein du réseau ; mais ces sessions de présentation du programme n'ont pas été reproduites par la suite (cf. plus-haut). Il y a un enjeu à mieux organiser la communication relative au programme D-marche (par le biais de réunions d'informations régulières à destination des infirmières, de partage d'expériences sur les apports de ce programme du point de vue des infirmières, d'identification d'une infirmière « contact » pour répondre aux éventuelles demandes d'informations au sujet du programme).

Théoriquement, dans le cadre du déploiement du programme, ce sont les infirmières qui prennent contact avec les formateurs ; toutefois, dans certains territoires dans lesquels les infirmières Asalée méconnaissent le programme, la logique s'inverse : ce sont les formateurs qui cherchent des infirmières sur lesquels s'appuyer pour déployer le programme. Dans ce cas, on peut constater l'écart avec la définition initiale des rôles et des responsabilités entre l'infirmière et le formateur. **Toutefois, il nous paraît nécessaire de questionner cette**

définition initiale des rôles et des responsabilités, dans un contexte de démographie médicale en forte tension : est-il optimal que les tâches d'ordre organisationnel et logistique incombent à l'infirmière, au détriment du temps d'éducation thérapeutique réalisé auprès des patients ? Dans la continuité de ce questionnement, il nous apparaît intéressant d'envisager un appui plus important sur des acteurs locaux (tels que les Centres sociaux, les Maisons Sport Santé, les Maisons France Services), qui pourraient être sollicités notamment pour étayer les infirmières sur la dimension logistique.

- Un deuxième point d'attention tient à la **charge administrative et à l'investissement en temps qui a été demandé aux infirmières Asalée au début du déploiement**. La situation a cependant ensuite été améliorée grâce à une évolution des conditions de mise en œuvre de groupes et des outils et supports mis à disposition par l'association ADAL (cf. plus haut). On constate également des modalités d'engagement très diverses d'une infirmière à l'autre, qui s'explique sans doute par leur charge de travail et du temps qu'elles peuvent accorder au suivi du programme : certaines assistent à toutes les séances, connaissent finement la situation de tous les participants, tandis que d'autres assurent un suivi plus distant.

Un enjeu en termes de partenariats locaux sur l'accompagnement au numérique

A plusieurs reprises, **la question de la fracture numérique a été évoquée par les infirmières et les formateurs comme un frein important pour certains bénéficiaires**.

Cette difficulté sur le numérique amène potentiellement **des abandons** de certains D-marcheurs découragés par les aspects numériques. Elle entraîne aussi **une surcharge de travail pour les formateurs et / ou infirmières** qui doivent jouer le rôle de conseillers numériques, et desquels certains D-marcheurs sont dépendants pour transférer leurs données. Il convient certainement d'étudier les modalités de partenariats qui pourraient exister avec certaines structures déployant des conseillers numériques selon le territoire (par exemple, prévoir des créneaux auprès de conseillers numériques de structures partenaires qui pourraient soulager les formateurs en matière d'accompagnement au numérique ?).

Un enjeu de connaissance des effets du programme sur le temps long

Enfin, comme évoqué plus haut, **les impacts à plus long-terme de la participation au programme sont méconnus car non suivis** : certes, à l'échelle individuelle, les D-marcheurs sont encore suivis par les infirmières à l'issue du programme ; mais il n'y a **pas de temps de bilan prévu pour conclure, au niveau de toute la population bénéficiaire**, notamment :

- Au maintien (ou non) de pratique de la marche parmi les anciens participants (et si oui, par quels biais ? pour quelles raisons ?). Une infirmière fait en effet le constat suivant, qui laisse penser que les habitudes acquises ont plutôt tendance à s'essouffler avec le temps :

« Pendant le programme, elle l'utilisait tous les jours. Maintenant on est dans la période d'oubli du podomètre. [...] On voit comment cela s'essouffle... il faut penser à la suite pour ne pas perdre ce qu'on a gagné avec D-Marche »

(Une infirmière Asalée)

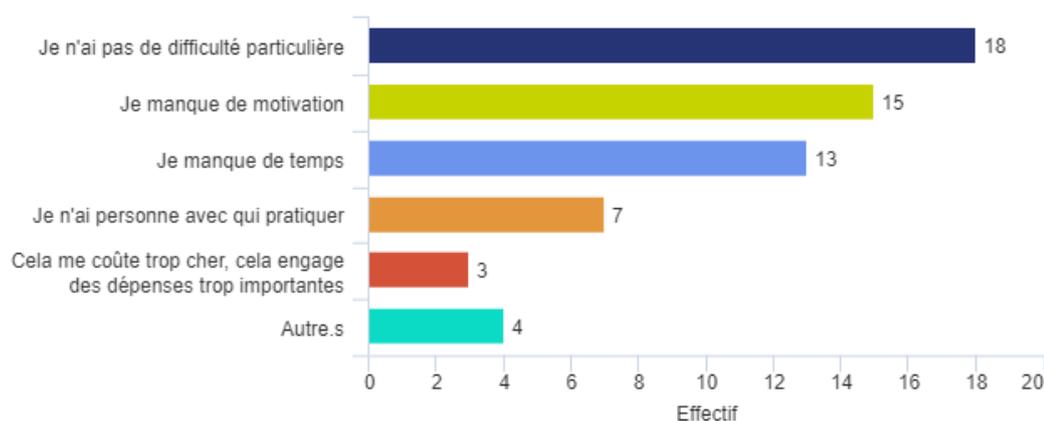
Il y a donc un **enjeu à documenter la réalité de la pratique de l'activité physique adaptée post-programme des bénéficiaires**, de manière à pouvoir identifier quelles actions peuvent être mises en place et à quelle échéance.

- A l'existence d'effets long-terme du programme sur l'état de santé et / ou de bien-être.

Au quotidien, qu'est ce qui vous limite dans votre pratique d'activité physique ?

Réponses effectives : 47

Taux de réponse : 98%



18 répondants ne rencontrent pas de difficulté particulière dans leur pratique du sport. Cependant une part non négligeable d'entre eux désigne un manque de motivation (15). De même, 13 d'entre eux manquent de temps pour réaliser pleinement leur activité physique. **On perçoit ici un risque de diminution, voire d'arrêt de l'activité de marche.**

6. CONCLUSIONS

Le programme D-marche, développé avec le réseau Asalée, répond aux besoins de la population des malades chroniques. Cette conclusion générale peut être apportée malgré un recueil limité de données quantitatives en particulier.

SUR LA MISE EN ŒUVRE ET LE FONCTIONNEMENT DU DISPOSITIF

Le programme, tel qu'il a été déployé en Bretagne, est en pleine cohérence avec la manière dont il a été imaginé. Sa visée motivationnelle repose sur des leviers d'incitation qui apparaissent comme opérants pour les acteurs concernés, à savoir :

- Le recours au podomètre, qui incite les D-marcheurs à s'assurer d'un nombre minimum de pas dans la journée,
- Les outils contribuant à nourrir la dynamique de groupe : les 4 séances en collectif, la messagerie Whatsapp, qui font de ce programme un programme véritablement collectif et de nature à rompre l'isolement des personnes.

Sur ces deux leviers, l'illectronisme des bénéficiaires est néanmoins constaté comme un frein non négligeable qui nuit à l'autonomie des bénéficiaires impliqués dans le programme. Par ailleurs, la dimension collective est aujourd'hui trop dépendante de la volonté des acteurs concernés, qu'il s'agisse des formateurs, des infirmières ou des personnes elles-mêmes. Aussi, elle peut être très limitée dans certains groupes, alors même qu'elle constitue une source plus durable de motivation que le podomètre.

Les infirmières, qui investissent le programme, démontrent en outre leur bonne appropriation du programme : elles l'intègrent effectivement à leurs outils d'éducation thérapeutique ; elles savent pour quel type de patients le programme est particulièrement pertinent et orientent en particulier leurs patients lorsqu'elles repèrent des problématiques d'isolement et de lien social.

Des améliorations sont intervenues en fin de conventionnement avec l'ARS à différents niveaux. Si le déploiement du programme a été impacté par un contexte peu favorable, le retard a ensuite été résorbé et l'objectif de trente groupes mis en œuvre sur le territoire a été atteint. Les conditions de mise en œuvre des groupes et les supports ont été ajustés pour limiter la charge des infirmières et améliorer la diffusion de l'information. Le rôle des infirmières Asalée dans le programme D-marche reste dépendant du conventionnement avec la CPAM et des missions qui leur sont confiées dans ce cadre.

En termes d'approche populationnelle, les publics concernés sont majoritairement âgés de 60 ans ou plus. Dans une perspective de poursuite de D-marche, l'intrication entre maladie chronique et fragilité doit donc d'emblée être intégrée dans la constitution des groupes, de manière à prévenir une trop grande hétérogénéité des participants et à pouvoir adapter le programme aux besoins spécifiques des participants (en termes d'intensité de l'activité mais aussi de maîtrise des outils numériques ou connectés, de leviers motivationnels, ...). Il s'agit également d'imaginer les circuits d'orientation à

privilégier pour constituer des groupes de participants plus jeunes et inscrire ainsi plus tôt des comportements favorables à la santé et limitant les facteurs de risque liés aux pathologies chroniques.

SUR LES EFFETS ET IMPACTS SUR LES BENEFICIAIRES

Divers effets ont pu être constatés dans le cadre de cette étude. Au niveau comportemental, la **prise de conscience des bienfaits de la marche, son intégration dans le quotidien des bénéficiaires** (notamment à travers des astuces quotidiennes) et la « simple » remise en mouvement se trouvent parmi les impacts positifs les plus évoqués. **Des effets autour du lien social** ont également été observés à plusieurs niveaux : la rupture de l'isolement, la rencontre des personnes comme objectif principal chez certains bénéficiaires, et la consolidation des liens.

Par ailleurs, des effets sur l'état de santé des bénéficiaires ont pu être identifiés : les participants déclarent majoritairement une évolution favorable de leur état de santé général et de leur condition physique. Plus précisément, ils évoquent la diminution des douleurs et la réduction de certains facteurs de risque (tension, cholestérol, glycémie, poids). Ils n'identifient très majoritairement pas d'impact majeur du programme D-marche en termes de consommation médicamenteuse ou de recours aux services de santé. On note toutefois que 9 personnes sur 47 (environ 20%) déclarent consommer moins de médicaments qu'avant leur participation au programme.

Ces effets sont à mettre en relation avec les différentes sources de motivation pensées pour ce programme :

- La participation des infirmières Asalée qui permet de motiver les patients à entrer dans le programme, et de bénéficier d'un accompagnement adapté, de proximité et pertinent ;
- La mobilisation du podomètre et de la plateforme D-Marche qui permet aux bénéficiaires de réaliser un suivi plus concret de la marche et de leurs ;
- La dimension collective du programme, qui a permis aux bénéficiaires de se retrouver et de partager cette activité.

Les bénéficiaires se déclarent, par ailleurs, globalement satisfaits par rapport au programme.

SUR LE PARTENARIAT AVEC LES INFIRMIERES ASALEE

Le partenariat avec les infirmières Asalée est une spécificité du programme breton qui démontre toute sa pertinence. Il permet de :

- Repérer les bénéficiaires grâce à l'identification réalisée par l'infirmière (ou, parfois, par le médecin généraliste). Cette pratique améliore l'adéquation des orientations en fonction des besoins de santé du bénéficiaire.
- Constituer des groupes de bénéficiaires pertinents,
- Alléger le travail du formateur D-marche,
- Proposer une pluridisciplinarité et une co-animation par des acteurs chacun experts de leur domaine,

- Avoir une certaine visibilité du devenir du bénéficiaire à l'issue du programme grâce au suivi de l'infirmière Asalée, et lui proposer un programme d'activité physique adaptée complémentaire.

Formateurs ADAL et infirmières Asalée impliquées dans le programme sont convaincus de l'intérêt de poursuivre le programme. Pour autant, le partenariat avec le réseau Asalée est suspendu, en mai 2024, à la décision de la CNAM quant au conventionnement du réseau.

7. ANNEXES

DOCUMENTATION GENERALE

- AGIRC-ARRCO. Activité physique. Lutter contre la sédentarité pour bien vieillir. Etude nationale 2014.
- ARS Bretagne, DRAJES Bretagne. 2^{ème} Plan Sport Santé Bien-Etre Bretagne ;
- ARS Bretagne, ORS Bretagne. Atlas des pathologies à l'échelle des EPCI. Edition 2021.
- Inserm. Activité physique. Prévention et traitement des maladies chroniques. Expertise collective. 2019. (document complet ; synthèse et recommandations).

DOCUMENTATION RELATIVE AU PROGRAMME D-MARCHE

- ADAL. D-Marche c'est surtout pour tout le monde. Plaquette de présentation du programme.
- ADAL. Un programme motivationnel validé. Flyers de présentation des études sur D-marche.
- ADAL. Evaluation des impacts économiques et financiers du programme motivationnel D-marche sur les patients du pôle de santé de Tarascon/Arriège.
- ADAL. Questionnaires 1 (session initiale) et 2 (session bilan).
- ADAL, ARS B, Asalée. Document d'aide pour l'organisation du programme D-marche.
- ADAL, ARS B, Asalée. Affiche de prospection.
- ADAL, ARS B, Asalée. Fiche d'information.
- ADAL, ARS B, Asalée. Fiche 1 - partenaire.
- ADAL, ARS B, Asalée. Fiche 2 - recrutement.
- ADAL, ARS B, Asalée. Fiche 3 – durabilité et perspective.
- ADAL, ARS B, Asalée. Fiche 3 – durabilité et perspective – questionnaire individuel.
- AG2R La Mondiale. Evaluation de l'utilité sociale de la D-marche. Rapport final mars 2015.
- O. Coubard. Protocole de recherche biomédicale D-Marche 2012-2017. Résumé grand public ; 30/04/2017.
- Santé Publique France. D-marche - Fiche détaillée d'intervention. Portail des interventions probantes en prévention et promotion de la santé.

DONNEES D'ACTIVITE

- Extraction (au 19 février 2024) des données issues de podomètre en enregistrées sur le site ADAL (603 participants).