



Evaluation du Projet Article 51 « As du Cœur Multicentrique »

Rapport final d'évaluation

Date de dernière modification : 30 juillet 2024

Date de dernière révision : 18 décembre 2024

Réalisé par

CEMKA

43, boulevard du Maréchal Joffre
92340 Bourg-La-Reine, France

Sous le pilotage de la cellule d'évaluation Article 51



EQUIPE CEMKA

- ⇒ **Valérie DONIO**, Directrice Adjointe du Pôle Santé Publique.
valerie.donio@cemka.fr - 01.41.87.95.27
- ⇒ **Laura BEZANNIER**, Consultante Santé Publique.
- ⇒ **Antonin JOUDIOU**, Consultant Santé Publique.
- ⇒ **Camille NEVORET**, Directrice Adjointe Pôle Statistiques.
- ⇒ **Alicia FRAVALO**, Statisticienne.
- ⇒ **Sandrine BAFFERT**, Directrice du pôle Economie de la Santé.
- ⇒ **Thelma ARCELIN**, Consultante Economie de la Santé.

REFERENTS AS DU CŒUR

- ⇒ **Dr Alain FUCH**, Président d'Azur Sport Santé. fuch@azursportsante.fr - 06.17.64.77.95
- ⇒ **Odile DIAGANA**, Coordinatrice Générale de Azur Sport Santé.
- ⇒ **Julien MONIER**, Educateur Sportif, Azur Sport Santé.

REFERENTS CELEVAL

- ⇒ Frédéric **BOUSQUET**
- ⇒ Anne-Sophie **AGUADE**

Remerciements

→ Qu'il soit permis de remercier les professionnels et les différentes personnes qui ont accepté d'être interrogés, qui ont répondu aux enquêtes et qui ont ainsi permis la réalisation des différents bilans d'évaluation. Un merci particulier à l'équipe de Azur Sport Santé, porteuse du projet, pour sa réactivité dans la transmission des données nécessaires à l'évaluation, sa disponibilité et les échanges constructifs et enrichissants tout au long de l'expérimentation. Nous remercions également l'équipe Data management A51 de la CNAM (Caisse Nationale de l'Assurance Maladie) pour la mise à disposition des données du SNDS.

POINTS SAILLANTS

Faisabilité

- ⇒ Le pilotage et la gouvernance du projet ont été portés de manière effective par l'association Azur Sport Santé. Malgré des difficultés que le porteur a su surmonter, le projet a montré sa faisabilité et son opérationnalité avec son déploiement dans les 5 régions prévues¹, son appropriation pour 9 des 10 centres SMR retenus et 24 structures effectrices APA qui sont parvenues à recruter les patients.
- ⇒ Un taux d'atteinte de l'objectif cible (revu à 500 patients du fait de la crise sanitaire) de 93% : 466 patients ont été inclus sur 583 inscriptions en SMR (80% de taux d'inclusion) et 117 perdus de vue.
- ⇒ Les séances d'APA sont mises en place et fonctionnent. Les patients sont globalement observants : un taux d'abandon de 18,5%. Les structures effectrices sont toutefois obligées de fonctionner avec des groupes mixtes (patients AdC et non AdC) pour avoir un volume de patients suffisant par séance.

Efficacité / efficience

- ⇒ Le dispositif a un impact démontré sur la qualité de vie des patients mesurée avec le score EQ-5D.
- ⇒ De manière plus qualitative, patients et effecteurs APA observent les bienfaits physiques et psychologiques de cette prise en charge.
- ⇒ Celle-ci permet clairement un renforcement de la motivation qui se traduit par le développement et le maintien d'une activité physique au niveau correspondant aux recommandations scientifiques :
 - Evolution de +34% entre début et fin de parcours de patients suffisamment actifs versus -50% chez les patients témoins (i.e. : sans le programme).
 - 84,5% de bénéficiaires sont toujours actifs à 1 an et 83% à 2 ans.
- ⇒ Le dispositif est associé à une réduction du nombre d'hospitalisations en MCO et en SSR, ainsi que du nombre de passages aux urgences, dans l'année qui suit la prise en charge.
- ⇒ Cette réduction est corrélée au nombre de séances d'APA suivies par le patient.
- ⇒ L'analyse des données du SNDS montre que les patients As du Cœur présentent des dépenses (sur 12 mois) inférieures de 3 224 € par rapport à celle des témoins du SNDS. Cette économie se fait principalement sur le poste hospitalisations, alors que celui des soins de ville est peu impacté.
- ⇒ L'expérimentation a permis d'éviter 1,5 M € de dépenses de soins sur 1 an pour l'Assurance Maladie pour les 466 patients inclus.

Reproductibilité

Le projet montre les **possibilités d'un passage à une échelle nationale** mais une réflexion et des aménagements devraient être entrepris pour garantir la pérennité de ce type de dispositif : budget de fonctionnement pour le portage, dimensionnement du parcours en termes de nombre de séances (pour conformité avec recommandations HAS), circuit de facturation, modalités de déploiement territorial (comités territoriaux), formation, labélisation des structures APA, critères d'inclusions (différentes portes d'entrée envisagées), place des MG, système d'information stabilisé et opérationnel...

→→ L'évaluation conclut ainsi à une pertinence de la poursuite de l'offre proposée par le programme As du Cœur. Ce programme de par son ampleur (multisite, taille, test d'un modèle organisationnel et de rémunération) et ses très bons résultats en vie réelle, proches des conditions de mise en œuvre normales, peut servir de modèle de base pour le déploiement de l'offre APA au niveau national. Il montre que cette offre est souhaitée, souhaitable et rentable.

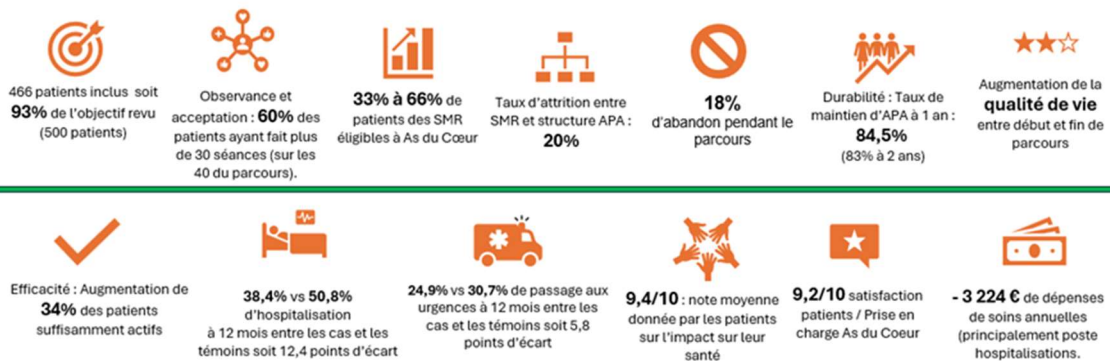
¹ Provence-Alpes-Côte d'Azur, Bretagne, Auvergne Rhône-Alpes, Occitanie et Centre Val de Loire.

SYNTHESE

L'expérimentation Article51 As du Cœur Multicentrique, portée par l'association Azur Sport Santé (A2S) a pour ambition de compléter le parcours de soin du malade cardiovasculaire à la suite de la phase de réadaptation en lui proposant un programme passerelle d'activité physique adaptée (APA) à proximité de son domicile. Ce projet vise à **favoriser la pérennisation d'une pratique d'AP régulière et autonome à l'issue du programme passerelle et à diminuer les risques de rechute et d'aggravation par une amélioration des capacités physiques et de la qualité de vie** tout en garantissant une égalité d'accès aux soins → Ce document constitue le rapport final d'évaluation du projet, à 2,5 ans de l'inclusion du premier patient.

Comme pour tous les projets Article 51, l'évaluation s'est axée sur 3 grands critères : **faisabilité/opérationnalité, efficacité/efficience et reproductibilité**. Adoptant une méthodologie mixte, l'évaluation s'est appuyée sur un volet qualitatif et donc sur les retours d'expérience des porteurs, des acteurs et parties prenantes du parcours (professionnels des centres SMR, effecteurs APA et partenaires institutionnels) et les retours des patients bénéficiaires. Le volet quantitatif a consisté en l'analyse des données individuelles des parcours patients issues du système d'information (SI) et des données du SNDS avec comparaison à 2 groupes témoins.

A retenir :



1. Une faisabilité démontrée en rapport intermédiaire, confirmée à 2,5 ans et soulignant l'importance d'un cadre structurant et souple

Objectif d'inclusion atteint à 93%

- ⇒ Les données et informations recueillies et analysées après 2,5 ans d'expérimentation, mettent en évidence un projet opérationnel qui s'est développé dans 9 des 10 centres SMR prévus avec 24 structures APA référentes.
- ⇒ Malgré la crise sanitaire qui a largement impacté le niveau d'activité (qui s'avère ainsi inférieur au prévisionnel), le projet a montré son effectivité :
- ⇒ Au total, 583 patients ont été inscrits et orientés vers une structure APA partenaire par l'un des 9 centres SMR, avec **466 patients (80%) effectivement inclus**, parmi lesquels 86 (18%) ont abandonné le programme plus ou moins tard après leurs inclusions, et 117 patients (20%) perdus de vue après leur sortie du SMR ou n'ayant pas donné suite après le 1^{er} contact avec l'effecteur APA.
- ⇒ Le taux d'atteinte de l'objectif d'inclusion est 93%, par rapport à l'objectif revu à 500 patients.
- ⇒ Les niveaux d'activité des centres SMR (capacité à inclure des patients) et des structures effectrices (capacité à proposer/réaliser le programme) sont variables. Ils peuvent

principalement s'expliquer par la dépendance des effecteurs aux inscriptions réalisées par les SMR, par les capacités logistiques d'accueil disponibles des effecteurs (salle disponible, créneaux horaires, professionnels...), par l'implication et la motivation/disponibilité des professionnels concernés (SMR et effecteurs), par les différentes stratégies de communication et d'inscriptions mises en œuvre...

- ⇒ Le déploiement du projet s'est heurté à des **difficultés structurelles et conjoncturelles** : pandémie COVID-19 et ses conséquences (file active de patients sensiblement diminuée en SMR...), contexte général du système de santé marqué par l'absence/le manque de ressources humaines notamment dans les centres SMR, manque d'offre de proximité dans certaines régions (effecteurs APA), système d'information non stabilisé...

Déploiement opérationnel dans l'ensemble des sites

Le **programme s'est déployé dans les structures selon les attendus du cahier des charges** avec des mises en place et des organisations spécifiques, liées principalement aux moyens disponibles. L'évaluation permet de démontrer **l'opérationnalité du parcours et l'adaptabilité du programme** aux différents contextes d'implantation :

- ⇒ Les différents acteurs impliqués se sont globalement bien approprié le programme.
- ⇒ Les modalités de recrutement des patients ont été adaptées au temps / RH disponible et à l'organisation mise en place, avec une communication large ou ciblée de l'offre du parcours aux patients des SMR selon les structures.
- ⇒ Le programme a également été bien accueilli au sein des structures d'APA. Malgré une charge de travail supplémentaire induite par As du Cœur (en raison des exigences liées à l'expérimentation), le retour d'expérience reste positif.
- ⇒ Les SMR (responsables et cardiologues) portent un avis favorable sur le programme qui s'est plutôt bien déroulé. Le projet a été perçu comme un moyen de valoriser l'APA. Le nombre insuffisant d'effecteurs sur le territoire a constitué l'une des difficultés principales dans la manière dont les SMR ont vécu le projet (mais là-encore, en raison des exigences liées à l'expérimentation : nombre limité d'effecteurs, recrutement de témoins...).
- ⇒ La coopération territoriale entre SMR et effecteurs a été variable.

De la même manière, le **déploiement régional** est conforme au cahier des charge (activités dans les 5 régions) :

- ⇒ Une forte implication des partenaires institutionnels dans la mise en place/installation, qui s'estompée avec le temps. Un rôle majeur était attendu dans l'impulsion et le démarrage dans chaque région notamment avec le relais via des campagnes de communication régionales intensives.
- ⇒ Chez les partenaires institutionnels et territoriaux, le programme a été davantage suivi lors de sa conception que lors de la mise en œuvre mais reste perçu positivement par la majorité des acteurs.
- ⇒ Des inclusions reflétant le maillage et l'offre territoriale proposés : regret commun du manque d'offre d'effecteurs (offre limitée recommandée en raison du caractère expérimental).

Bonne adhésion des professionnels au cahier des charges et aux modalités d'expérimentation

- ⇒ Les retours des professionnels de santé et des professionnels de l'APA interrogés témoignent de leur adhésion aux modalités de l'expérimentation et de leur satisfaction de participer malgré les difficultés rencontrées au démarrage.
- ⇒ Le dispositif est particulièrement apprécié des professionnels de l'APA dans le sens où celui-ci contribue à la reconnaissance et à la valorisation de leur activité/structure.
- ⇒ Les professionnels de santé des SMR voient globalement dans l'expérimentation l'opportunité d'un travail collaboratif/pluriprofessionnel (avec une coopération limitée à l'entrée dans le parcours) et une plus-value dans la prise en charge des patients en post-soin : permettant le maintien d'une activité physique après la réadaptation cardiaque en SMR.

- ⇒ Si la participation des médecins traitants était prévue dans la séquence du programme, ils ne sont finalement pas ou peu impliqués (la prescription d'APA s'étant élargie pendant la période de l'expérimentation à tous médecins y compris spécialistes des SMR). Cela n'a pas été impactant pour le parcours mais leur place reste à trouver.

En termes de structuration : une variabilité de mises en œuvre selon les territoires

- ⇒ Une **gouvernance** ad hoc est instaurée avec un comité de pilotage et un comité opérationnel. Les différentes phases prévues dans le CdC ont effectivement été mises en œuvre : rencontre avec les établissements SMR impliqués, sélection des structures effectrices d'APA, information de tous les partenaires et acteurs du domaine sport-santé dans chaque territoire. Si une large campagne de communication était prévue, la situation sanitaire a obligé les porteurs à différer et adapter les stratégies.
- ⇒ Les retours des professionnels témoignent de difficultés rencontrées dans l'utilisation du **SI GOOVE** ; l'opérationnalité de la plateforme s'étant construite en cours de route. L'équipe projet s'est considérablement investie dans l'évolution et le développement du SI GOOVE pour l'adapter aux besoins de l'expérimentation et pour répondre aux exigences de pilotage, d'évaluation et de facturation.
- ⇒ Les **formations** prévues ont été assurées pour les professionnels de santé et les professionnels de l'AP. Les outils et supports de formation, destinés aux professionnels des SMR et des structures APA ont spécifiquement été créés pour le projet, à la satisfaction des utilisateurs. Les formations ont contribué à la sensibilisation des professionnels sur les thématiques sport-santé.

Profil et parcours des patients bénéficiaires

Profil des 466 patients inclus dans le programme As du Cœur :

- ⇒ Age moyen : 61,4 ans ;
- ⇒ 74% sont des hommes ;
- ⇒ 49% sont retraités ; 44% en activité professionnelle et 7% sans activité.
- ⇒ 4,4% de patients bénéficiaient de la Complémentaire Santé Solidaire (Ex CMU-c) l'année d'inclusion.
- ⇒ Concernant le niveau d'activité physique : Avant l'inclusion, moins de la moitié des patients étaient suffisamment actifs (48,7%).

En termes de parcours : 84% des patients ont fait 20 séances ou plus (sur les 40 prévues) ; 60% ont fait 30 séances ou plus. Les patients ont fait 29,5 séances en moyenne.

On observe 18% d'abandon, avec moins d'abandons chez les plus jeunes (qui sont plus observants : âge moyen - 0-15 séances : 64,4 ; 15-25 séances : 62,1 ; 25-35 séances : 61,7 ; 35 séances et plus : 61,1).)

2. Une efficacité démontrée sur la durabilité de l'activité physique et la qualité de vie/expérience-patient

L'efficacité sur les recours aux soins a été évaluée par analyse comparative entre les patients As du Cœur et 2 groupes témoins. Les patients du premier groupe témoin ont été inclus par les SMR expérimentateurs mais n'ont pas bénéficié de l'expérimentation. Le second groupe témoin a été constitué à partir des données SNDS.

Impact positif du programme sur l'évolution du niveau d'activité physique : On observe une augmentation de 34% des patients As du Cœur suffisamment actifs, contre une diminution de 50,8% pour les patients témoins (ie, sortis du SMR sans programme Passerelle).

Atteinte des objectifs en termes de durabilité de l'AP : Des bénéficiaires qui poursuivent l'AP à distance : 84,5% à 1 an et 82,8% à 2 ans.

Des impacts constatés au niveau de la santé et de la qualité de vie des bénéficiaires : Les intervenants APA en contacts réguliers avec les patients, observent des effets positifs sur la qualité de vie de patients et sur leur niveau d'activité. Ces professionnels lui attribuent une note de 9/10 en termes d'efficacité.

Expérience-patient positive : confiance, motivation, remise en mouvement durable : Les retours qualitatifs des patients vont dans le sens d'une **remise en mouvement observée** et d'une **motivation à poursuivre le programme et l'AP** :

- ⇒ Une période de transition « passerelle » reconnue comme nécessaire à la sortie du SMR pour trouver la motivation. Un encadrement et un suivi appréciés par les patients.
- ⇒ Deux cas de figure : Pour les patients qui n'avaient pas l'habitude de l'AP, ADC a été une **prise de conscience et une meilleure connaissance de leurs capacités**, pour les patients qui pratiquaient déjà une AP, ADC a été une manière de **retrouver leurs capacités et de se dépasser** (« *cap à passer ou d'un défi, mais également d'affirmer la possibilité d'un retour à la « normal »* »).
- ⇒ La pérennisation de l'activité physique après le programme (véritable enjeu du projet) varie en fonction des patients. Cela va de la marche nordique 1 à 2 fois par semaine, à plusieurs séances par semaine de divers sports dans des clubs et associations.
- ⇒ **Les bienfaits du programme sont à la fois physiques et psychologiques** : la place des coachs dans le programme est ressentie comme primordiale car leur accompagnement et leur encadrement permettent d'instaurer des relations propices aux échanges entre les patients des différentes structures, qui se sentent écoutés et compris par leurs pairs. « *J'avais besoin d'une activité de groupe pour être motivée et cela m'a vraiment permis de reprendre le sport* ». La présence d'autres personnes lors des séances, permet pour 80% des patients, de partager des réalités communes et d'échanger sur leurs difficultés quotidiennes. L'isolement, induit par la peur de sortir du domicile ainsi que la reprise du travail et l'alimentation, sont les 3 principaux sujets abordés entre les patients (« *Ce qu'il manque dans notre société c'est de pouvoir discuter avec d'autres personnes comme nous parce que franchement ça fait du bien.* » ; « *En fait ça m'a aussi permis de me reprendre en main côté diététique ça c'est pas mal à côté des séances* » ; « *Ça fait du bien de rencontrer d'autres personnes comme nous* »).
- ⇒ Ils donnent une note moyenne de **9,4 sur 10 à l'impact du programme sur leur santé**.

Le programme est associé à une réduction du nombre d'hospitalisations et de recours aux urgences, mais a peu d'impacts sur les soins de ville :

- ⇒ Concernant les soins hospitaliers : Impact important de As du Cœur surtout par rapport au groupe témoins SNDS et à 1 an : Au cours des 6 mois comme au cours des 12 mois suivant la date index, on observe **un taux d'hospitalisation significativement plus faible dans le groupe ADC** : Concernant les hospitalisations MCO, la différence est statistiquement significative entre les cas et les témoins SNDS à 12 mois. Ces taux sont de **38,4% vs 50,8%** ($p < 0,0001$) pour l'ensembles des hospitalisations et **24% vs 32,6% pour les hospitalisations complètes** ($p = 0,0006$). Le nombre d'hospitalisations en MCO ainsi que leurs durées sont plus élevés pour les témoins (respectivement $p = 0,0056$ et $p = 0,0013$). A 12 mois, un taux plus faible d'hospitalisation en SMR chez les cas est observé en comparaison au groupe témoin SMR (5,0% vs 9,7%, $p = 0,0129$) et au groupe témoins SNDS (5,0% vs 17,6%, $p < 0,0001$).
- ⇒ Concernant les soins de ville : peu d'impacts observés par rapport aux témoins : Au cours des 6 mois suivant la date index, les recours aux médecins, infirmiers et kinésithérapeutes ainsi que les délivrances de traitements médicamenteux (observation des antalgiques, anxiolytique, anti-inflammatoire, antidépresseurs, traitements cardio-vasculaires) sont sensiblement les mêmes chez les cas et chez les témoins SMR et SNDS.

Les tendances observées sur les premiers mois se confirment sur l'année suivant l'inclusion et deviennent significatives. On peut noter que les cas sont plus nombreux à avoir consulté un MG (98% vs 95,3%, p-valeur = 0,0332 ; 98% vs 94,8%, p-valeur = 0,0035) et un cardiologue (95,2% vs 90,6%, p = 0,0135 ; 95,2% vs 90,8%, p = 0,0032) que les témoins SMR ou SNDS. Cependant, les taux sont élevés quel que soit le groupe (correspondant à un bon niveau de suivi médical dans les 3 groupes).

3. Un impact économique favorable pour As du Cœur

Un bilan financier positif sur la durée de l'expérimentation, qui s'explique par une bonne gestion des budgets alloués et une proposition correcte de montant des forfaits

- ⇒ Le bilan total de l'expérimentation fait apparaître un coût total de près de 600 K€, avec un excédent budgétaire de 21 K€ sur les 5 années de l'expérimentation (466 patients inclus, dont 34 n'ayant pas engendré de forfait complet).
- ⇒ Ce budget se compose :
 - Des coûts fixes : Les coûts d'amorçage et d'ingénierie de l'association ADC sont estimés à 43% en moyenne sur l'ensemble de l'expérimentation. Les coûts de mise en place de l'expérimentation, qui correspondent au SI et au versement des frais d'amorçage dans les structures APA représentent 18% du budget total de l'expérimentation.
 - Des coûts variables : liés aux coûts de personnels des structures APA (principalement intervenant APA), qui s'élèvent à 39% en moyenne, bien que leur part soit plus importante les 2 années où les patients ont été inclus.
 - Le coût moyen par patient s'élève à 1 316 € en moyenne sur l'ensemble de l'expérimentation, avec une tendance à la baisse observée entre la première et la deuxième année d'inclusion (coût moyen par patient inclus en 2022, dernière année complète, évalué à 810 €).
- ⇒ Les montants des forfaits, tels que calculés actuellement, semblent suffisants pour couvrir les coûts d'un parcours patient : la marge s'élève à près de 48€ pour les patients avec un parcours complet, et 33 € pour les parcours incomplets. Les responsables des structures effectrices se disent globalement satisfaits de la rémunération perçue. Les montants actuels des forfaits permettent de garantir l'attractivité du dispositif pour les structures d'APA et ainsi de pérenniser le parcours ADC.
- ⇒ Les professionnels interrogés sont globalement satisfaits de la **rémunération forfaitaire**. A noter que le système/circuit de facturation reste chronophage pour l'équipe de coordination (l'association A2S étant structure concentratrice) ; des adaptations sont suggérées.

Un plus faible recours aux soins pour les patients As du Cœur, engendrant une moindre dépense de santé, associée en particulier aux séjours hospitaliers.

- ⇒ Globalement, on observe pour un patient inclus dans le programme ADC des dépenses (sur 12 mois) **inférieures de 3 224 €** par rapport à celles des témoins du SNDS.
- ⇒ Le coût moyen des hospitalisations (en MCO et SSR) des patients ADC est plus faible en comparaison des témoins du SNDS à 12 mois. Le coût des hospitalisations à 12 mois pour un patient est inférieur de 2 337€ en moyenne pour un patient de l'expérimentation en comparaison d'un témoin du SNDS (p<0,0001).
- ⇒ Concernant les soins de ville, une faible différence est observée en comparaison des témoins du SNDS. A 12 mois, les témoins du SNDS présentent des dépenses moyennes de soins de ville supérieures de 886 € (p=0,0030). Si l'on regarde le détail des postes de dépense en ville, ce sont les dépenses de dispositifs médicaux (LPP) et de biologie qui présentent les seuls écarts statistiquement significatifs.
- ⇒ Ces écarts de dépenses entre les patients de l'expérimentation en comparaison des témoins du SNDS, en particulier sur les hospitalisations, permettent de formuler l'hypothèse que les

coûts du forfait sont compensés par un moindre recours aux hospitalisations, et donc des dépenses de soins évités.

- ⇒ L'expérimentation a permis d'éviter pour les 466 patients inclus, 1,5 M € de dépenses sur 1 an pour l'Assurance Maladie. Avec un coût moyen pondéré du forfait par patient de 564 €, soit 262 824 € sur l'ensemble de l'expérimentation, l'expérimentation As du Cœur n'a pas généré de surcoût pour l'Assurance Maladie (et ce même en ajoutant les CAI, d'un montant de 371 816 €).

A noter que les résultats économiques de l'essai clinique randomisé réalisé par les porteurs en 2014-2016 rapportaient pour 2015 l'année de l'intervention, des résultats similaires à ceux retrouvés dans la présente évaluation : des dépenses moyennes (sur 43 cas) estimées à 2 877€ versus 4 096€ (moyenne 2013/2014) et versus pour les 1891 témoins de 4 179€ (2015) et 4087 € (2013/2014) soit une réduction de 1219 € (près de 30%) principalement due aux coûts hospitaliers → Des résultats quasi équivalents sont retrouvés dans le cadre de la présente évaluation (réalisée sur un nombre plus important de cas et de témoins).

Tableau 1 : Synthèse des dépenses moyennes de santé sur 12 mois

Dépenses moyennes sur 12 mois	Cas (N=452)	Témoins SNDS (N=1 352)	Différentiel	p-value
Dépenses totales	4 892 €	8 116 €	3 224 €	<0,0001
Dépenses d'hospitalisations	1 562 €	3 899 €	2 337 €	<0,0001
Dépenses soins de ville	3 331 €	4 217 €	886 €	0,0030
Dont honoraires médicaux	762 €	785 €		0,9367
Dont auxiliaires médicaux	289 €	387 €		0,6158
Dont pharmacie	1 503 €	1 739 €		0,0934

→ Ainsi, l'expérimentation a permis d'éviter 1,5 M € de dépenses sur 1 an pour l'Assurance Maladie pour les 466 patients inclus. Avec un coût moyen pondéré du forfait par patient de 564 €, soit 262 824 € sur l'ensemble de l'expérimentation, l'expérimentation As du Cœur n'a pas généré de surcoût pour l'Assurance Maladie (et ce même en ajoutant les CAI, d'un montant de 371 816 €) → L'impact budgétaire net est favorable, et s'élève à 1,2 M € (hors CAI) d'économies pour l'Assurance Maladie.

4. Quelques freins identifiés globalement liés au côté expérimental du parcours

- ⇒ La **pandémie, et les absences de personnel** en lien, engendrant une diminution des **files actives** dans les SMR et donc des patients éligibles.
- ⇒ Pour l'équipe de coordination ADC : Des **temps importants dédiés à la résolution des problèmes** en lien avec le système d'information et la rémunération des effecteurs.
- ⇒ Pour les **centres SMR** : le manque de ressources humaines (cardiologues...), le manque d'offre de proximité dans certaines régions, dû au nombre limité d'effecteurs (lié au caractère expérimental), les horaires de pratique proposés par les effecteurs (pas toujours compatibles pour les personnes ayant une activité professionnelle/une charge familiale), la charge de travail liée à l'information et au recrutement des patients éligibles et des patients témoins.
- ⇒ Pour les **structures effectrices** : les conditions logistiques (indisponibilité d'infrastructures pour les créneaux en dehors des heures de travail) et les difficultés de prise en main du système d'information GOOVE et de temps d'appropriation du protocole (entretiens individuels, module engagement durable).
- ⇒ Le **manque d'implication des MG** mais difficulté non bloquante.

5. Des leviers/facteurs clés de succès identifiés :

- ⇒ L'**adhésion et l'implication des professionnels des SMR** (réfèrent et équipe globale) : en particulier au niveau de la stratégie d'information des patients.

- ⇒ La **concertation territoriale** initiale associant l'ensemble des parties prenantes dès le démarrage du projet.
- ⇒ Le **cadre** proposé par As du Cœur qui permet une adaptation à divers types de contextes, d'acteurs voire de pathologies : « *La souplesse dans le cadre* ».
- ⇒ Les **réunions de sensibilisation des intervenants APA à la cardiologie** : organisées par les professionnels des SMR, sur site, qui permettent la mise en lien des acteurs et une connaissance réciproque. Et la **mise en lien des acteurs « de la santé » et de « l'activité physique »** : permettant en particulier aux effecteurs de se faire connaître et aux professionnels de santé d'identifier des relais territoriaux.
- ⇒ Les actions de **communication** « officielles » (ARS, CPAM...).
- ⇒ Les **séances collectives** proposées et la **prise en charge financière** (pas de reste à charge pour les bénéficiaires).
- ⇒ L'implication et l'accompagnement assurés par **l'équipe de coordination/porteurs** : support technique, formation, outils, communication, facturation...
- ⇒ L'agilité **des porteurs** : adaptations du protocole organisationnel (groupes mixtes, coordinateurs multiples...), intégration d'effecteurs en territoires ruraux...

6. Une transférabilité possible, à encourager et pouvant constituer une opportunité de déployer l'offre d'APA plus largement

Il semble nécessaire et pertinent de soutenir le parcours et de le développer. Cependant le passage à l'échelle nécessitera (et dépendra) des **décisions politiques concernant l'APA telles que** : remboursement de l'APA / montant du forfait, modalités de rémunération des effecteurs (Numéro FINESS nécessaire ou via une structure concentratrice (MSS ?)), participation financière des mutuelles (voire des bénéficiaires ?), communication sur les conditions de prescriptions/lisibilité de l'offre parcours APA, reconnaissance/renforcement des Maisons Sport Santé, reconnaissance des effecteurs (intégrer/labelliser davantage d'effecteurs APA pour une offre d'APA de proximité élargie)...

- ➔ Sur le programme Passerelle proposé : un cadre / des prérequis (à fixer dans un cahier des charges ?), et devant permettre une certaine souplesse dans l'application (pour les adaptations territoriales) :
 - ⇒ Le **dimensionnement** du parcours pour être conforme aux recommandations de la HAS : prescription initiale de 3 mois renouvelable.
 - ⇒ La **fonction coordination de parcours passerelle** : pour la prise en charge post-SMR, l'inclusion, et le suivi du parcours voire à distance (maintien de la motivation). Un rôle possible pour les MSS.
 - ⇒ Les effecteurs d'APA : Niveau de formation minimal, référencement/labélisation.
 - ⇒ L'accompagnement à la mise en place des parcours en région (temps d'appropriation / de mise en place à ne pas sous-estimer) : à assurer par un **centre ressource/coordination générale** (possiblement Azur Sport Santé) pour une harmonisation des déclinaisons en région/territoire et un pilotage centralisé.
 - ⇒ Un relais avec une gouvernance régionale/territoriale en lien avec les MSS pour assurer le maillage en offre d'APA notamment.
 - ⇒ Le renforcement/ développement pour une couverture de l'offre APA (maillage territorial, créneaux horaires).
 - ⇒ Un système d'information commun, simple et à revoir pour assurer le pilotage effectif, la gestion du réseau et le suivis des parcours/forfaits/ rémunérations.
 - ⇒ Les critères d'inclusion : Envisager d'ouvrir le programme à d'autres pathologies.
 - ⇒ Les portes d'entrée du parcours : Elargir à d'autres prescripteurs que les SMR. Le passage par les MSS peut permettre à tout médecin de prescrire et d'orienter vers un parcours APA.

- ⇒ La formation : Mettre en place/proposer une journée de formation As du Cœur par territoire : formation centrée sur l'engagement durable, la sensibilisation à la prise en charge des pathologies cardiaques aiguës et la présentation/utilisation du SI.

→ Les constats issus des analyses qualitatives et quantitatives menées dans le cadre de l'évaluation finale externe **confirment la faisabilité** et l'**opérationnalité** du programme As du Cœur tel qu'expérimenté, avec démonstration d'un fonctionnement possible quel que soit les organisations ou ressources territoriales présentes. **L'efficacité en termes de durabilité de l'AP** à distance du programme et de service rendu pour les patients (« remotivation », confiance retrouvée et qualité de vie) est également observée ainsi que son **impact sur les coûts** (réduction des dépenses hospitalières pouvant compenser le coût du dispositif). L'expérimentation a permis d'identifier des modalités et prérequis de reproductibilité dont une partie dépend de décisions nationales à venir en matière d'APA.

→ → **Les conclusions de l'évaluation** vont donc dans le sens d'une pertinence de la poursuite de l'offre proposée par le programme As du Cœur, pour les patients en sortie de SMR (offre d'aval complémentaire) ; qui sera certainement à étendre aux prescriptions médicales de ville (MG et cardiologue notamment en référence aux recommandations de la HAS). Il peut constituer une opportunité pour l'intégration de l'APA dans le droit commun, par le cadre structurant qu'il propose.

SOMMAIRE

POINTS SAILLANTS	3
SYNTHESE	4
1 Rappels - PRESENTATION SYNTHETIQUE DE du programme expérimenté As Du COEUR	15
1.1 Fiche signalétique.....	15
1.2 Rappel du fonctionnement global du programme As du Cœur.....	16
2 RAPPEL DE LA METHODOLOGIE GENERALE D'EVALUATION / TRAVAUX EFFECTUES	18
2.1 Données recueillies et analysées pour l'évaluation finale.....	18
2.2 Méthodologie d'analyses statistiques du SI et du SNDS	19
2.3 Difficultés rencontrées dans la mise en œuvre de l'évaluation / remarques des évaluateurs.....	21
3 RESULTATS AXE 1 : FAISABILITE / OPERATIONNALITE	23
3.1 Un projet qui s'est déployé de manière conforme au cahier des charges malgré les freins rencontrés au démarrage.....	23
3.2 Profil et niveau d'adhésion des professionnels participants.....	35
3.3 Un déploiement du parcours spécifique à chaque établissement et structure	38
3.4 Déploiement du projet dans les territoires en lien avec les effecteurs APA impliqués.....	43
3.5 Profil et parcours de patients bénéficiaires.....	44
3.6 Des patients satisfaits de l'organisation des séances APA et de leurs parcours.....	47
3.7 Freins / Difficultés rencontrées dans la mise en place du programme, relevant globalement du côté expérimental.....	49
4 RESULTATS AXE 2 : EFFICACITE / EFFICIENCE.....	50
4.1 Des objectifs atteints en termes de remise en mouvement et de pérennisation de la pratique d'activité physique régulière à distance du programme	50
4.2 Un retour d'expérience positif des patients bénéficiaires : motivation (re)trouvée et nombreux bienfaits observés.....	54
4.3 Impacts sur les organisations et les pratiques : Un programme porteur d'évolutions des organisations et des pratiques des SMR et des effecteurs	56
4.4 Impact sur les événements de santé, le recours aux soins ambulatoires et les consommations de soins ..	56
4.5 Impact sur les consommations de soins et les coûts associés (Analyse SNDS).....	59
4.6 Analyse budgétaire de l'expérimentation.....	65
4.7 Des effets indirects non prévus identifiés dans le sillage du projet As du Cœur	72
5 resultats axe 3 : reproductibilite	74
5.1 Principaux enseignements de l'expérimentation en termes structurels/ organisationnels	74
5.2 Facteurs clés de succès / Leviers	75
5.3 Pistes de réflexions sur la reproductibilité	76
6 CONCLUSION	79
7 ANNEXES.....	80
7.1 Listes des acteurs interrogés	80
7.2 Annexe 2 : Profil des répondants à l'enquête en ligne.....	80
7.3 Annexe 3 : résultats de l'enquête auprès des effecteurs	81
7.4 Annexe 4 : Détails des modalités de déploiement et d'organisation des structures effectrices (Source : Entretiens avec les responsables APA impliqués)	82
7.5 Annexe 5 : Cartographie régionales des maillages territoriaux.....	85
7.6 Annexe 6 : Détail de la consommation de soins et des coûts associés	87
7.7 Annexe 7 : Détail du calcul du temps de mobilisation.....	94

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Parcours de soin As du Cœur (Source : Cahier des charges)	16
Figure 2 : Flowchart de l'analyse comparative d'efficacité	20
Figure 3 : Organisation mise en place en région PACA (SMR en Bleu).....	44

Figure 4 : Parcours réalisés (Source SI) : délais moyens et pourcentage de patients concernés.....	46
Figure 5 : Répartition des patients par nombre de séances suivies	46
Figure 6 : Retour des patients sur leur expérience dans le programme (1 – Pas du tout à 4 – Tout à fait satisfaits)..	49
Figure 7 : Evolution du taux de patients entre les 2 bilans d'activité physique	51
Figure 8 : Taux de patients As du Cœur suffisamment actifs en fonction du nombre de séances suivies	51
Figure 9. Evolution des réponses aux items de l'EQ-5D entre le bilan 1 et le bilan 2.....	53
Figure 10 : Taux de patients ayant été hospitalisés dans les 6 mois et 12 mois suivant l'inclusion dans l'expérimentation (* : différence statistiquement significative au seuil de 0,05).....	57
Figure 11 : Taux de patients ayant eu recours à des consultations ou visites dans les 6 mois et 12 mois suivant l'inclusion dans l'expérimentation (* : différence statistiquement significative au seuil de 0,05).....	58
Figure 12 : Taux de patients ayant eu recours à des traitements médicamenteux dans les 6 mois et 12 mois suivant l'inclusion dans l'expérimentation (* : différence statistiquement significative au seuil de 0,05).....	59
Figure 14. Comparaison des dépenses de soins de santé (ville et hôpital) des patients AdC versus témoins SNDS – données à 12 mois (Source : SNDS)	60
Figure 15. Comparaison des dépenses de soins de santé totales des patients AdC selon le nombre de séances d'APA effectuées – données à 12 mois (Source : SNDS)	60
Figure 17. Comparaison des dépenses de soins de santé en ville des patients ADC témoins SNDS – données à 12 mois (Source : SNDS).....	63
Figure 18. Evolution du budget de l'expérimentation par année	68
Figure 19. Comparaison des montants des forfaits ADC versus coûts réels en temps de personnel.....	70
Figure 20 : Organisation mise en place en région AURA.....	85
Figure 21 : Organisation mise en place en région BRETAGNE	85
Figure 22 : Organisation mise en place en région CENTRE-VAL-DE-LOIRE	86
Figure 23 : Organisation mise en place en région OCCITANIE	86

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Synthèse des dépenses moyennes de santé sur 12 mois.....	9
Tableau 2. Fiche signalétique de l'expérimentation « As du Cœur Multicentrique »	15
Tableau 3. Données qualitatives recueillies entre Octobre 2023 et Janvier 2024	18
Tableau 4 : Données quantitatives analysées entre Janvier et Juillet 2024	18
Tableau 5 : Liste des variables ayant servi à l'appariement - Comparaison cas-témoins SNDS (Source : SNDS).....	20
Tableau 6. Répartition régionale des partenaires (SMR et effecteurs APA) et des inclusions.....	24
Tableau 7. Répartition des inscriptions, inclusions, abandons et perdus de vue par SMR/structures APA.....	25
Tableau 8. Répartition des patients inscrits selon les structures APA.....	27
Tableau 9 : Mises en place dans les régions (Source : Entretiens des acteurs institutionnels)	31
Tableau 10 : Qualification des intervenants APA.....	37
Tableau 11 : Modalités de mise en place selon les SMR (Sources : Entretiens).....	39
Tableau 12. Exemples de modalités d'organisation des séances APA (Sources : Coaches, effecteurs APA).....	41
Tableau 13 : Organisation des structures.....	43
Tableau 14 : Profil des patients inclus dans l'expérimentation et niveau d'activité physique (Source SI)	44
Tableau 15 : Résultats des enquêtes à distance (1 an et 2 ans après sortie du programme) sur la poursuite d'une AP par les patients bénéficiaires de As du Cœur	52
Tableau 16. Evolution du score d'utilité entre le premier et le deuxième bilan	54
Tableau 18. Coûts hospitaliers MOYENS par type d'hospitalisation – données à 12 mois (Source : SNDS)	62
Tableau 18 : Synthèse des dépenses moyennes de santé sur 12 mois.....	63
Tableau 19 : Dépenses pour des hospitalisations pour motif cardiaque	64
Tableau 21. Répartition du budget initial (source : Azur Sport Santé).....	65
Tableau 22. Montants versés par la CNAM pour l'ingénierie, le fonctionnement et la mise en place dans les structures (source : Azur Sport Santé).....	65
Tableau 23. Décomposition du forfait du programme As Du Cœur (source : Cahier des charges ADC)	66
Tableau 24. Montants perçus pour les forfaits patients (versés aux structures APA) (sources : Azur Sport Santé, SI) ..	66
Tableau 25. Temps de mobilisation et coût par patient selon le type de parcours	67
Tableau 26. Coûts liés à l'expérimentation As du Cœur (2020-2024).....	68
Tableau 27. Evaluation de l'équilibre financier de l'expérimentation As du Cœur	69
Tableau 28 : Avis sur les modalités de l'expérimentation et sur la généralisation	70
Tableau 29 : Propositions et pistes de réflexions pour une généralisation.....	76
Tableau 30: Liste des partenaires interrogés.....	80
Tableau 31: Liste des acteurs interrogés lors de l'entretien collectif avec le porteur	80

Tableau 32 : Profil des structures ayant répondu à l'enquête	81
Tableau 33 : Effectifs de professionnels et d'adhérents au sein des structures	81
Tableau 34 : Profil Sport-santé des structures.....	81
Tableau 35 : Nombre de professionnels impliqués dans le programme.....	82
Tableau 36. Modalités de déploiement et de fonctionnement pour les effecteurs interrogés.....	83
Tableau 37 : Détail des consommations de soins dans les 6 mois suivant l'inclusion dans As du Cœur, pour les cas et les deux groupes témoins.....	87
Tableau 38 : Détail des consommations de soins dans les 12 mois suivant l'inclusion dans As du Cœur, pour les cas et les deux groupes témoins	88
Tableau 39 : Détail des consommations de soins dans les 6 mois suivant l'inclusion dans As du Cœur, en fonction du nombre de séances suivies.....	89
Tableau 40 : Détail des consommations de soins dans les 12 mois suivant l'inclusion dans As du Cœur, en fonction du nombre de séances suivies.....	90
Tableau 42 : Modèle de régression multivarié pour expliquer le coût total remboursé sur un an chez les patients As du Cœur vs témoins SNDS	92
Tableau 43 : Modèle de régression multivarié pour expliquer le coût total remboursé sur un an chez les patients de l'expérimentation	93
Tableau 44 : Temps de mobilisation des professionnels par étape du programme ADC	94
Tableau 45 : Hypothèses salariales et coût du programme par patient.....	94

LISTE DES PRINCIPALES ABREVIATIONS

ADC	As Du Cœur
A2S	Azur Sport Santé
AP	Activité Physique
APA	Activité Physique Adaptée
ARS	Agence Régionale de Santé
BP JEPS	Brevet Professionnel de la Jeunesse, de l'Éducation Populaire et du Sport
CNAM	Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CROS/CDOS	Comité Régional / Départemental Olympique et Sportif
CPTS	Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
DAHLIR	Dispositif d'Accompagnement de l'Humain vers les Loisirs Intégrés et Réguliers
DAPAP	Dispositif d'Accompagnement vers la Pratique d'Activité Physique
DCGDR	Direction de la Coordination de la Gestion Du Risque
DRJSC	Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale
DRSM	Direction Régionale du Service Médical
ETP	Éducation Thérapeutique du Patient
GERS	Groupe Exercice Réadaptation Sport
ICC	Insuffisance Cardiaque Chronique
LFSS	Loi de Financement de la Sécurité Sociale
NCAA	Nice Côte d'Azur Athlétisme
SMR	Soins Médicaux et de Réadaptation
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
STAPS	Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives

1 RAPPELS - PRESENTATION SYNTHETIQUE DE DU PROGRAMME EXPERIMENTE AS DU COEUR

1.1 Fiche signalétique

Tableau 2. Fiche signalétique de l'expérimentation « As du Cœur Multicentrique »

Titre de l'expérimentation	« As du Cœur Multicentrique » (ADC MultiC)
Porteur(s)	Association Azur Sport Santé (A2S) - Association Loi 1901. A2S est le centre de ressources, d'expertise et de promotion du sport-santé des Alpes-Maritimes et du Var (PACA-Est). Ses actions visent à développer le sport-santé au niveau local : initier, promouvoir et accélérer le développement des activités physiques adaptées aux populations atteintes de maladies chroniques en région PACA.
Partenaire(s) (stratégiques et tactiques)	<u>Dans chaque territoire (« écosystème de territoire »)</u> : ARS, DCGDR, DRJSCS, CROS/CDOS, CPTS, CPAM, DRSM, Réseaux et Maisons Sport Santé, acteurs/Structures Sport-Santé, collectivités (ville, département, région), professionnels de santé (médecin traitant et médecin du centre de réadaptation, éducateurs sportifs, infirmiers, kinésithérapeutes, cardiologues...) FEHAP (information sur la démarche et communication auprès des professionnels de santé). Société Française de Cardiologie et le GERS (choix des établissements, mise en relation avec les SMR et les Clubs Cœur et santé, communication). Laboratoire Motricité Humaine Expertise Sport Santé – Université Nice Côte d'Azur (évaluation de la satisfaction et de l'adhésion au programme). Département de Santé publique du CHU de Nice (data management et évaluation médico-économique éventuelle).
Territoire(s) concerné(s)	5 régions : PACA, Bretagne, Auvergne Rhône-Alpes, Centre Val de Loire et Occitanie.
Nature du projet	Interrégional / Projet interministériel (Ministère des Sports très impliqué)
Public cible	Patients à haut risque cardiovasculaire (sortant de phase de réadaptation en SMR – proposition d'inclusion pendant le séjour), atteints d'une maladie cardiovasculaire chronique avec facteurs de risque associés ou ayant subi un épisode cardiovasculaire aigu, une chirurgie cardiovasculaire, ou un acte de cardiologie interventionnelle. ⇒ 1200 patients visés et un groupe témoin prévu → Revu à 500 patients (pour prendre en compte l'impact de la crise sanitaire).
Professionnels de santé et structures impliqués	⇒ Les établissements SMR ciblés (10 dans les 5 régions) qui incluent les patients : présentation et inclusion par les cardiologues et 1 ^{er} bilan + éducation thérapeutique (ETP). ⇒ Les MG pour la prescription d'APA en sortie de SMR. ⇒ Les effecteurs d'APA (structures Sport-Santé).
Objectifs principaux	Finalité : Favoriser la pratique d'une Activité Physique (AP) autonome, régulière et durable chez des patients sortant d'une phase de réadaptation cardiovasculaire en leur proposant de façon expérimentale un programme d'activité physique adapté (programme « passerelle » ADC), incluant des actions éducatives d'accompagnement à la pratique d'AP durable. Objectifs : ⇒ Favoriser la pérennisation d'une pratique d'AP régulière à l'issue du programme passerelle : rendre le patient autonome dans sa pratique. ⇒ Diminuer les risques de rechute et d'aggravation, amélioration des capacités physiques et de la qualité de vie.
Objectifs opérationnels	⇒ Compléter la « séquence classique » de prise en charge en réadaptation cardiovasculaire (hospitalisation ou ambulatoire) incluant un programme d'éducation thérapeutique (ETP), par un programme d'APA passerelle de 5 mois dont la mise en œuvre est étroitement associée aux ateliers d'ETP habituellement proposés et au suivi global du patient, en lien avec le médecin traitant. ⇒ Améliorer les indicateurs de pratiques cliniques : information sur la nécessité d'une AP régulière et suivi de la pratique d'une AP. ⇒ Mailler le territoire d'offres d'APA à visée thérapeutique de proximité de qualité (améliorer l'accès à l'offre d'APA).
Coût prévu de l'expérimentation	FISS : 1 011 087 € : ⇒ 664 920 € pour le portage des programmes Passerelles ADC (Prestations dérogatoires). ⇒ 346 167€ CAI : 45 000 € pour les frais d'amorçages des structures APA, 254 167 € de coordination Azur Sport Santé et 47 000 € pour la plateforme de service et mailings. Financement forfaitaire d'une séquence de soins (dérogatoire) : 592€ / patient avec programme complet (ou partiel > 2mois) ou forfait de 213€ pour les « abandons 2 mois ».

Dates de début	Publication de l'arrêté : 27 mai 2020.	La date de début correspond à la date d'inclusion du 1 ^{er} patient.
	Date inclusion 1 ^{er} patient : 25 octobre 2021.	
Durée	3 ans à compter de la prise en charge du premier patient.	

1.2 Rappel du fonctionnement global du programme As du Cœur

Le Cahier des charges (CdC) prévoyait la prise en charge de patients « **en fin de réadaptation cardiovasculaire** » (en sortie de SMR) en leur proposant des séances d'activité physique adaptée (APA) et d'engagement durable, visant à **rendre les patients autonomes** dans leur pratique pour qu'ils puissent continuer l'activité après la fin du parcours.

L'inclusion du patient et la réalisation des séances suivaient le schéma suivant :

- ⇒ Un premier bilan médical et une concertation entre le cardiologue et le médecin traitant.
- ⇒ Une consultation auprès du médecin chargé de prescrire l'APA.
- ⇒ La réalisation du programme « Passerelle ADC ».
- ⇒ Une consultation de suivi par le médecin.

Concernant les séances en elles-mêmes, l'organisation était la suivante :

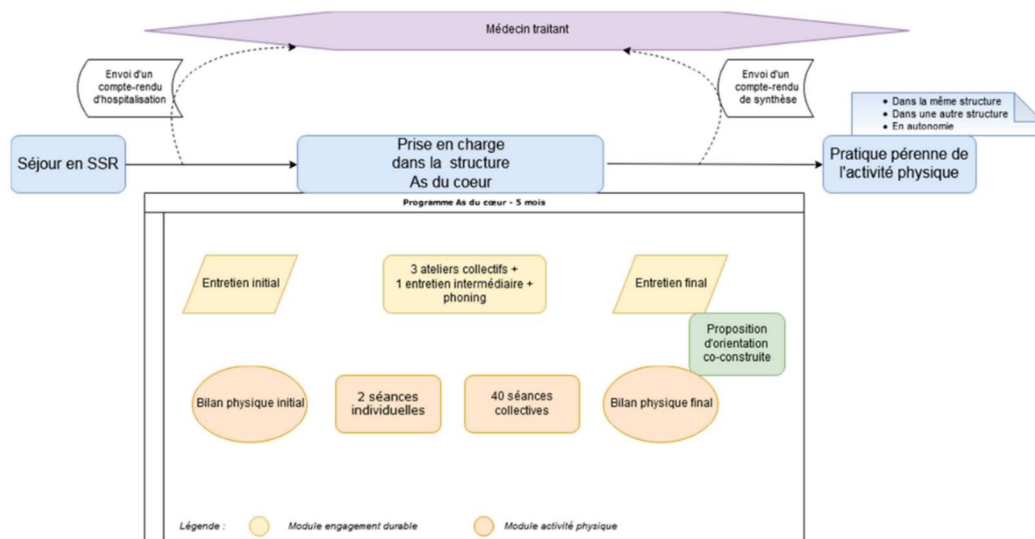
1^{er} module : Module APA :

- ⇒ Encadrement réalisé par des professionnels de l'APA « possédant les compétences nécessaires ».
- ⇒ Séances accessibles à toutes et tous pour garantir l'égalité d'accès au parcours de soin.
- ⇒ Bilan de condition physique réalisé au début et en fin de programme.
- ⇒ **Programme durant 5 mois** avec l'organisation de 2 séances collectives par semaine par groupe de 10 pratiquants maximum.
- ⇒ 2 séances individuelles proposées en amont des séances collectives.
- ⇒ Sur les séances collectives réalisées, une devait être axée sur l'endurance et l'autre sur le renforcement musculaire. Les activités supports restaient un choix des structures.

2^{ème} module : Module Engagement Durable (ED) :

- ⇒ Entretiens motivationnels individuels (initial, intermédiaire et final).
- ⇒ 3 interventions éducatives collectives.

Figure 1: Parcours de soin As du Cœur (Source : Cahier des charges)



Le cahier des charges (CdC) prévoyait que **10 établissements SMR** proposant de la réadaptation cardiovasculaire déploient le Parcours dans 5 régions :

- ⇒ **2 centres SMR en Auvergne Rhône-Alpes (AuRA)** : Clinique médicale de Cardiopneumologie de Durtol (63) ; Centre de réadaptation cardiorespiratoire de la Loire à Saint Priest en Jarez (42).
- ⇒ **1 centre SMR en Bretagne (BZH)** : Clinique Saint Yves à Rennes (35).
- ⇒ **1 centre SMR en Centre Val de Loire (CVL)** : Centre de réadaptation et de prévention cardiovasculaire Bois Gibert à Ballan-Miré (37).
- ⇒ **1 centre SMR en Occitanie (OCC)** : Clinique de Saint Orens à Saint Orens de Gameville (31).
- ⇒ **5 centres SMR en Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA)** : Maison du Mineur à Vence (06) ; Hôpital privé Arnault Tzanck à Mougins (06) ; Hôpital Privé Gériatrique Les Sources à Nice (06) ; Hôpital Privé Clairval à Marseille (13) ; Hôpital Léon Bérard à Hyères (83).

Il était prévu que **20 à 30 structures effectrices d'APA** assurent les « Programmes Passerelle » (de 2 à 3 pour chaque SMR), choisis en **concertation territoriale** et en tenant compte de la proximité du site de pratique par rapport au domicile des patients et d'un nombre suffisant de participants par structure (2 groupes de 10 au minimum) pour éviter un éparpillement.

Au global, le CdC prévoyait l'inclusion, au fil de l'eau, de **1 200 patients volontaires** sur 6 mois. Cet objectif a été revu en 2021, à **500 (à 600) patients**, pour tenir compte de la crise sanitaire.

Il était prévu que le programme ADC soit présenté aux patients dès leur entrée en SMR. A la fin de leur phase de réadaptation cardiaque, les patients volontaires étaient inscrits et orientés vers une structure APA partenaire. A la suite d'un 1^{er} rendez-vous avec l'effecteur APA, le patient était inclus dans le programme pour une durée de 5 mois. La séquence combine 2 modules réalisés en parallèle, de pratique d'activité physique et d'interventions éducatives visant à **agir sur la motivation et sur les déterminants de la pratique de l'AP pour un engagement durable**.

Rappels :

L'APA est une **thérapeutique non médicamenteuse**, qui peut être proposée dans de nombreuses pathologies, facteurs de risques ou situations de perte d'autonomie. Elle fait partie intégrante de l'arsenal thérapeutique des médecins.

La HAS distingue **4 niveaux de prescription de l'AP à des fins de santé** ; Après la rééducation/réadaptation, l'APA correspond au niveau d'intervention le plus encadré (**niveau 2**). (Le sport-santé correspondant au niveau 3).

La loi 2022 a ouvert la **prescription d'APA** à l'ensemble des médecins et permet désormais le renouvellement de la prescription d'APA par les masseurs-kinésithérapeutes (sauf indications contraires du médecin). La prescription médicale écrite d'APA est précédée d'une évaluation médicale initiale. Elle se prescrit sous forme d'un **programme structuré de 3 mois dispensé par un professionnel dédié et renouvelable**.

Les patients peuvent alors **être orientés** vers les **Maisons Sport-Santé**, les fédérations sportives, les villes du réseau Villes Sport Santé sur ordonnance, certains centres hospitaliers.

La dispensation d'une AP n'est **pas remboursée** par l'AM et le remboursement des séances d'APA dans le cancer ou le diabète, évoqué dans le rapport Charges et Produits de la CNAM pour 2024 a finalement été écarté de la LFSS lors du vote final fin 2023. **Certaines mutuelles** prennent en charge partiellement les dépenses de leurs adhérents liées à la pratique de l'APA.

Les **effets bénéfiques** pour la santé de l'AP persistent tant que celle-ci est poursuivie et disparaissent progressivement en 2 mois en cas d'arrêt total. Ainsi l'objectif est d'accompagner la personne vers un mode de vie physiquement plus actif et moins sédentaire, en sécurité, sur le long terme, et dans la mesure du possible en autonomie.

2 RAPPEL DE LA METHODOLOGIE GENERALE D'EVALUATION / TRAVAUX EFFECTUES

L'évaluation comprend 3 grands axes définis dans le cahier des charges de l'évaluation des projets Article 51 LFSS 2018 : **faisabilité**, **efficacité/efficience**, et **reproductibilité**. Le processus de l'évaluation est concomitant à celui de l'expérimentation. La méthodologie est coconstruite, multicritère et fait appel à plusieurs méthodes de recueil de données et d'analyses, avec un volet qualitatif et un volet quantitatif. L'analyse transversale de l'ensemble des éléments permet de répondre aux questions évaluatives définies dans le protocole d'évaluation.

→ Le rapport d'évaluation intermédiaire remis en novembre 2022 concluait à une faisabilité et une opérationnalité du programme, à l'observation de premiers effets perçus par les acteurs professionnels et l'identification de points de vigilance et axes d'amélioration.

→ Ce rapport final, intervenant plus de 4 ans après son agrément (mai 2020) et près de 2,5 ans depuis l'inclusion du premier patient (oct. 2021), vise à répondre à l'ensemble des questions évaluatives selon les 3 axes prévus. Il confirme et complète les constats du rapport intermédiaire.

2.1 Données recueillies et analysées pour l'évaluation finale

La présente évaluation finale a reposé sur l'analyse de **données qualitatives**, recueillies auprès des différents acteurs concernés par l'expérimentation et de **données quantitatives** telles que les charges administratives et les coûts de fonctionnement, les données de prise en charge/parcours des patients (issues du SI) et les données du SNDS.

Tableau 3. Données qualitatives recueillies entre Octobre 2023 et Janvier 2024

Public cible des recueils	Type de recueil	Nombre réalisé	Date de réalisation
Equipe de coordination / Porteur de l'expérimentation	1 entretien collectif	1 (100%)	12/10/2023
Patients bénéficiaires	30 entretiens	30 (100%)	07/12/2023
Partenaires institutionnels et de terrain : responsables SMR, responsables de structures effectrices, coachs APA, ARS, DRAJES, CPAM...	30 entretiens	28 (93%)	07/12/2023
Structures effectrices APA	Enquête en ligne	29 réponses (93%)	Janvier 2024

La liste de l'ensemble des personnes interrogées est disponible en [Annexe 1](#).

Le profil des répondants à l'enquête en ligne des structures APA est présenté en [Annexe 2](#).

Tableau 4 : Données quantitatives analysées entre Janvier et Juillet 2024

Analyses	Pour le rapport Final
Analyse des charges administratives et des coûts de fonctionnement Données d'activité	Données de comptabilité analytique, éléments budgétaires et tableaux de bord des inclusions... fournies par le porteur de projet.
Base de données individuelles Parcours (SI GOOVE)	Analyses statistiques des données du SI pour les cas et pour les témoins issus des SMR.
SNDS	Analyses statistiques comparatives des données SNDS des cas, des témoins SMR et des témoins SNDS.

NB : Chaque unité d'œuvre réalisée a fait l'objet d'un PV de réalisation.

Les éléments présentés sont ceux recueillis à la date des entretiens (Octobre 2023-janvier 2024) et début 2024 pour ce qui concerne les données d'activité du projet (données consolidées). Les données SI et SNDS ont été extraites (gel de bases) entre mars et juillet 2024 (sélection des témoins SNDS).

2.2 Méthodologie d'analyses statistiques du SI et du SNDS

Rappel : Spécificité de l'expérimentation As du Cœur de recourir à 2 groupes témoins : l'un composé de patients inclus dans les SMR et disposant des données du SI (patients bénéficiant du suivi habituel) et l'autre issu du SNDS.

2.2.1 Analyses du SI des patients As du Cœur et des témoins identifiés dans les SMR

Les données du SI GOOVE ont été extraites à la date du 15/02/2024 dans le cadre de l'évaluation finale. Elles contiennent toutes les données du parcours des patients inclus dans le programme As du Cœur entre octobre 2021 et juillet 2022 dans l'expérimentation et celles des patients du groupe témoin issu du SMR. Les données de GOOVE ont permis de décrire le profil clinique des patients ayant bénéficié de l'expérimentation et des témoins (SMR), de décrire les parcours dans As du Cœur et les niveaux de satisfaction.

Au total, l'analyse des données du SI a porté sur 777 patients :

- ⇒ **466 patients inclus dans l'expérimentation As du Cœur.**
- ⇒ **311 patients inclus en tant que témoins et ayant bénéficié d'une prise en charge SMR standard.**

Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel SAS®. L'évolution des critères cliniques a été étudiée chez les sujets de l'expérimentation sur 3 périodes : entre l'inclusion et la fin du parcours (bilan 1 et bilan 2) pour évaluer l'effet direct de la prise en charge renforcée, entre l'inclusion et un an après pour évaluer l'effet long terme et entre la fin du parcours et un an après l'inclusion pour évaluer le maintien de l'effet de l'expérimentation. Les critères cliniques utilisés pour évaluer l'efficacité étaient :

- ⇒ Le **Score de Marshall** qui mesure le niveau d'activité physique : 0-3 insuffisamment inactif ; >= 4 suffisamment actif.
- ⇒ **Composantes du score de Marshall** : Nombre hebdomadaire de périodes d'activité physique modérée supérieures à 30min et nombre hebdomadaire de périodes d'activité physique intensive supérieures à 20min.

2.2.2 Analyses des données du SNDS

Population d'analyse : les cas et 2 groupes témoins

Pour les 777 patients recensés dans le SI à la date de l'extraction, un chaînage avec leurs données dans le SNDS a été possible pour **757 patients (97,5%), 458 cas et 299 témoins**. Pour 20 patients, la correspondance du NIR n'a pas été retrouvée dans le SNDS.

Un **second groupe témoin** a été constitué à partir des données du SNDS. Les patients inclus vérifiaient les critères suivants :

- ⇒ Patient hospitalisé pour une réadaptation cardiovasculaire code CIM-10 Z500 en DP, DR ou DAS) en SMR labellisé « cardiologie » dans un établissement différent de ceux impliqués dans l'expérimentation. La labellisation « cardiologie » a été identifiée comme le passage dans une unité médicale de type « Affections cardio-vasculaires » ;
- ⇒ Patient hospitalisé en MCO dans le mois précédant le séjour en SMR défini ci-dessus avec un code CIM-10 de diagnostic principal commençant par « I » à l'exception des codes I50*.

L'appariement des cas à au plus 3 témoins, a été réalisé par tirage au sort à partir des critères suivants :

- ⇒ Age des patients à la sortie du SMR (< 55 ans ; 55 – 70 ans ; > 70 ans) ;
- ⇒ Genre ;

- ⇒ CSS l'année de la sortie du SMR ;
- ⇒ Type de séjour SMR (hospitalisation complète vs hospitalisation partielle) ;
- ⇒ Code diagnostique du séjour MCO ayant précédés le séjour SMR (I20 : « Angine de poitrine », I21 : « Infarctus aigu du myocarde », I25 : « Cardiopathie ischémique chronique », I34 : « Atteintes non rhumatismales de la valvule mitrale », I35 : « Atteintes non rhumatismales de la valvule aortique », Autre code « I »)

Pour finir, l'analyse comparative réalisée à partir des données du SNDS a porté sur les 457 patients de l'expérimentation pour lesquels il a été possible d'apparier entre 1 et 3 témoins (454 sujets avec 3 témoins, 1 patient avec 2 témoins et 2 patients avec 1 témoin) et sur 1 366 témoins SNDS.

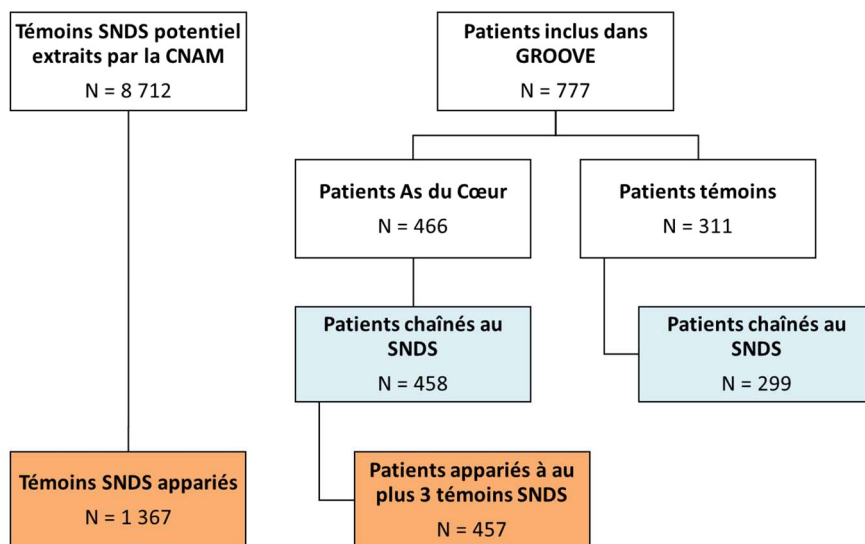
Sur les critères ayant servi à l'appariement, les patients d'As du Cœur sont totalement comparables au groupe « contrôle » qui a été tiré au sort : aucune différence de répartition par âge, sexe, CSS, type de séjour SMR et code diagnostique cardiaque (voir Tableau 5).

Tableau 5 : Liste des variables ayant servi à l'appariement - Comparaison cas-témoins SNDS (Source : SNDS)

	Sujets As du cœur N = 457	Témoins SNDS N = 1 366	P-valeur
Sexe			0,9818 (a)
Homme	341 (74,6%)	1 020 (74,7%)	
Age à la sortie du SMR			0,9969 (a)
<55 ans	99 (21,7%)	294 (21,5%)	
Entre 55 et 70 ans	250 (54,7%)	750 (54,9%)	
70 ans et plus	108 (23,6%)	322 (23,6%)	
CSS l'année de sortie du SMR			0,7443 (a)
Oui	20 (4,4%)	55 (4,0%)	
Type hospitalisation SMR			0,9817 (a)
Non renseigné	1	3	
Hospitalisation complète	197 (43,2%)	588 (43,1%)	
Hospitalisation partielle	259 (56,8%)	775 (56,9%)	
Diagnostic séjour MCO avant le séjour SMR			1,0000 (a)
I20	19 (4,2%)	57 (4,2%)	
I21	133 (29,1%)	399 (29,2%)	
I25	90 (19,7%)	268 (19,6%)	
I34	21 (4,6%)	62 (4,5%)	
I35	33 (7,2%)	97 (7,1%)	
Autre diagnostic	161 (35,2%)	483 (35,4%)	

(a) Test du Chisq 2

Figure 2 : Flowchart de l'analyse comparative d'efficacité



Analyses réalisées et variables créées

Le SNDS a permis d'évaluer l'efficacité de l'expérimentation en termes d'**hospitalisations**, de **consultations médicales et de consommations de médicaments**. Les critères d'efficacité ont été évalués sur les 6 mois suivant l'entrée dans l'expérimentation (délai moyen entre l'inclusion et le bilan de fin de parcours) afin d'évaluer l'effet direct de l'expérimentation et sur les 12 mois pour évaluer l'effet à moyen terme. Pour ces 2 analyses, seuls les sujets avec un temps d'observation suffisant ont été inclus (respectivement 6 mois et 12 mois de suivi après l'inclusion).

Les critères d'efficacité ont été calculés à partir de la date de premier bilan pour les patients ayant bénéficié de l'expérimentation. Pour les témoins (issus du SI/SMR et du SNDS), l'inclusion dans l'expérimentation n'existant pas, une date d'inclusion a été reconstituée en choisissant la date de sortie de SMR.

Les classes thérapeutiques suivantes ont été analysées et recodées en différentes combinaisons :

- ⇒ **Anxiolytique** (ATC commençant par N05B).
- ⇒ **Antalgique** (ATC commençant par N02).
- ⇒ **Anti-inflammatoire** (ATC commençant par M01A).
- ⇒ **Antidépresseur** (ATC commençant par N06A).
- ⇒ **Traitement cardiovasculaire** (ATC code commençant par C).

Plusieurs types d'analyses ont été réalisées :

- ⇒ Deux analyses comparant les patients As du Cœur aux 2 groupes témoin, témoins SI/SMR et témoins SNDS, pour l'ensemble des critères d'efficacité.
- ⇒ Pour les patients As du Cœur, analyses stratifiées en fonction de la complétude des parcours.

2.3 Difficultés rencontrées dans la mise en œuvre de l'évaluation / remarques des évaluateurs

Le recueil et l'analyse de données dans le cadre de cette évaluation, se sont heurtés aux difficultés suivantes :

- ⇒ De **nombreuses sollicitations, relances** ont été nécessaires pour obtenir les rendez-vous pour les entretiens. Les porteurs ont appuyé les demandes d'entretien.
- ⇒ Des **pertes d'historiques** sont à noter du fait des changements des personnes référentes des institutions (« *plus d'un tiers des personnes ont changé* » (selon le porteur)), ou structures (départ retraite, changement de postes...). Les nouveaux référents n'avaient pas l'historique (n'ont par exemple pas assisté aux réunions initiales de lancement sur les territoires...) et/ou peu de recul sur le programme.
- ⇒ Des bugs informatiques dans le logiciel GOOVE ont pu engendrer des pertes de données saisies par les intervenants APA. Ceci ayant pu engendrer une sous-estimation de la participation aux séances APA.
- ⇒ Peu de patients du groupe témoins SMR (27%) ont complété les données cliniques et les scores de Marshall et EQ-5D aux 2 bilans d'activité physique et à 1 an ce qui rend la comparaison cas-témoins globalement peu robuste.
- ➔ A noter un **décalage temporel important** entre la fin de l'activité (du programme) et les entretiens : en effet les entretiens qualitatifs ont été réalisés fin 2023 début 2024 (bien en amont de la remise du rapport final), du fait de la fin du fonctionnement du projet et pour éviter une perte d'information, en attendant le rapport final. En effet, les inclusions sont finies depuis fin 2022 et les dernières prises en charge se sont terminées début 2023. Ce calendrier de

l'expérimentation visait à disposer du recul pour évaluer les effets du programme à distance (à 1 et 2 ans pour certains patients), mais engendrait un arrêt de l'activité des acteurs assez rapidement (le projet est concrètement fini sur le terrain depuis début 2023). Une démobilisation des acteurs du fait de la fin du projet est aujourd'hui constatée et regrettée.

→ Ce document constitue donc le rapport final d'évaluation du projet As du Cœur. Sont présentés dans les chapitres suivants, les résultats par axe d'évaluation.

3 RESULTATS AXE 1 : FAISABILITE / OPERATIONNALITE

Cet axe permet de répondre à la question évaluative « **Dans quelle mesure les acteurs ont-ils réellement la capacité de mettre en œuvre et faire fonctionner le “Programme Passerelle As du Cœur” ?** » et aux sous-questions évaluatives afférentes :

- ⇒ Le projet s'est-il déployé de la manière prévue ?
- ⇒ Qui sont les acteurs professionnels impliqués et les bénéficiaires ?
- ⇒ Comment le projet s'est-il déployé dans les établissements et les structures ?
- ⇒ Quels sont les retours d'expérience des différents acteurs sur le dispositif/programme ?
- ⇒ Quels sont les freins et leviers identifiés à stade ?

➔ **Au total, les constats de faisabilité/opérationnalité dressés dans le rapport intermédiaire (datant de fin 2022) se confirment. Ils sont rappelés dans leurs grandes lignes et des compléments sont apportés sur certains points.**

3.1 Un projet qui s'est déployé de manière conforme au cahier des charges malgré les freins rencontrés au démarrage

3.1.1 Un taux d'inclusion final et de participation des acteurs qui reflète les difficultés rencontrées

Données d'inclusions et de participations (Sources : Rapport d'étape 2024 et SI)

Parmi les 10 établissements pressentis, **9 centres SMR répartis sur les 5 régions ciblées** ont effectivement proposé le programme « As du Cœur » aux patients débutant leur réadaptation cardiaque (RC). L'Hôpital Privé Gériatrique Les Sources a finalement refusé sa participation (manque de RH et changement de direction).

Cinq réunions territoriales de sélection des structures APA se sont tenues lors de la phase d'implantation avec la participation, selon les régions, des représentants des SMR, ARS/ DDARS, DRJSCS, DAPAP et des DRAJES² ont participé. Le recensement et la cartographie des structures APA partenaires ainsi que la concertation territoriale ont permis d'aboutir à la participation de **25 structures APA référentes** et **13 effecteurs APA secondaires partenaires³** soit **80 intervenants APA au total**.

Les premiers patients ont été inscrits par les SMR à partir du **4 octobre 2021**. Le rythme d'inclusion des 2 premiers mois avec environ 300 patients inscrits en décembre 2021 présageait une possible cohorte de plus de 600 patients au bout d'une phase d'inclusion de 5 à 6 mois. Mais, en raison de difficultés structurelles et conjoncturelles persistantes (cf. ci-après), les porteurs ont dû solliciter une **prolongation de la phase d'inclusion de 2 mois** pour les partenaires volontaires (SMR et effecteurs APA) afin d'atteindre cet objectif d'inclusions revu⁴.

² Réunions en visioconférence, 45 participants au global.

³ 13 effecteurs APA secondaires :

- **3 effecteurs secondaires de la région AuRA** correspondent à une organisation territoriale de partenariat déjà existante.
- **10 effecteurs secondaires de la région CVL** correspondent à la volonté de maillage plus fin du territoire pour le SMR dont la file active est la plus importante et la plus étendue mais aussi pour assoir la position de référent d'une Maison Sport Santé (7 effecteurs secondaires) et enfin d'aider 1 CPTS rurale à développer son activité prévention.

⁴ Au total 7 centres SMR sur les 9 ont accepté de prolonger l'expérimentation :

- Le **centre de Bois Gibert** ayant mis fin à la procédure en mars 2022 (départ en retraite du cadre référent). Une procédure alternative a toutefois été proposée afin de permettre au SMR de continuer d'intégrer des patients directement par le biais d'ADC

Au total, au 25 janvier 2024, **583 patients ont été inscrits et orientés** vers une structure APA partenaire par l'un des 9 SMR, avec **466 patients (80%) effectivement inclus dont 86 ont abandonné et 117 patients (20%) perdus de vue** après leur sortie du SMR ou n'ayant pas donné suite après le 1^{er} contact avec l'effecteur APA. Rapporté à l'objectif d'inclusion revu de **500 à 600 patients**, ce taux d'atteinte de l'objectif est naturellement meilleur (**93% à 77%**).

Abandons : Patients inclus mais ayant arrêté leur programme avant la fin.

Perdus de vue : Patients ayant manifesté la volonté de participer (accord quand ils étaient en SMR) mais qui ne se sont jamais présentés auprès de l'effecteur APA malgré les relances téléphoniques.

Les patients perdus de vue (20% des inclus) sont les patients inscrits mais qui n'ont jamais commencé les séances d'APA.

Tableau 6. Répartition régionale des partenaires (SMR et effecteurs APA) et des inclusions

Région	Nb SMR participants	Nb Structures APA participantes	Nb Inscriptions par le(s) SMR	Nb Inclusions	Nb inclus ayant abandonné	Nb Perdus de vue
AURA	2	6	153	136	25 (18%)	17 (11%)
BZH	1	4	91	77	11 (14%)	14 (15%)
CVL	1	5	99	84	4 (5%)	15 (15%)
OCC	1	2	35	35	6 (17%)	0 (0%)
PACA	4	7	205	134	40 (30%)	71 (36%)
TOTAL	9	244	583	466 (80%)	86 (18%)	117 (20%)

Difficultés rencontrées sur le terrain

Les entretiens réalisés montrent que le déploiement du projet s'est heurté à des difficultés de plusieurs ordres :

- ⇒ Comme la plupart des expérimentations développées au cours des années 2020 et 2021, ADC a été fortement impacté par la **pandémie COVID-19 et ses conséquences** : **Activité des SMR considérablement réduite** sur cette période, expliquant des inclusions de patients inférieures au prévisionnel (l'estimation du CdC étant basée sur les données d'activité des SMR de 2019) : file active de patients sensiblement diminuée (-20% à -50% selon les SMR), abandons de patients ou retards de prise en charge (patients refusant la vaccination/le port du masque, patients positifs à la COVID).
- ⇒ Le contexte général du système de santé est marqué par **l'absence/le manque de ressources humaines** et la difficile gestion de ces ressources en lien avec le contre-coup de la pandémie (arrêt d'activité de cardiologie dans un SMR, changement de direction...).
- ⇒ Un système d'information (SI) non stabilisé nécessitant de nombreuses évolutions et entraînant des difficultés de pilotage et de facturation (cf. ci-après) : « *Au démarrage et pendant une grande partie de l'expérimentation, GOOVE n'était pas fonctionnel ni adapté au pilotage, les exports n'étaient pas fiables* » (porteurs).

Un **manque d'offre de proximité dans certaines régions**, dû au nombre limité d'effecteurs APA dans l'expérimentation : selon un sondage réalisé par les porteurs auprès des SMR participants,

(document papier d'information remis à chaque entrant dans son dossier d'admission renvoyant directement à A2S pour les patients intéressés).

- La **Clinique Saint Yves** n'a pas pu prolonger en raison d'un manque de RH et le début d'une autre expérimentation Article 51 de réadaptation hors les murs hybride (Read'hy).

Parmi les 25 effecteurs APA principaux, 20 étaient d'accord pour prolonger et 5 devaient arrêter (problèmes de ressources humaines en intervenants APA).

du 4 octobre au 16 novembre 2021, 143 patients sur les 355 éligibles au programme (40%), n'ont pu être inscrits en raison de l'absence d'une structure APA partenaire à proximité de leur domicile (cf. Encadré page 24 / Patients éligibles).

→ **Au total** : Malgré les difficultés rencontrées et **les reports successifs du lancement de l'expérimentation**, l'association porteuse s'est adaptée et a trouvé des solutions dans un contexte en perpétuelle évolution (adaptation à chaque région, demande de soutien des institutions locales...). Entre octobre 2021 et début 2023, le programme passerelle ADC a été proposé aux patients éligibles. Le rythme d'inclusion témoigne de l'intérêt suscité par le projet et de la motivation des parties prenantes à participer : les responsables des SMR pour prendre part à un projet innovant qui s'inscrit dans la continuité de leurs activités, des cardiologues pour répondre au besoin d'orientation de leurs patients, des effecteurs APA pour la valorisation de leur activité (reconnaissance du sport-santé) et la pertinence du programme proposé.

→ Si un **temps d'adaptation et de mise en place** est nécessairement à prendre en compte (formation, SI, créneaux des séances proposées, ressources humaines...), tous les acteurs interrogés rapportent un **déploiement et un fonctionnement satisfaisants du programme**. Les liens qui préexistaient à l'expérimentation entre le porteur et les partenaires opérationnels, qui ont pour certains, été impliqués dès la construction du programme, constituent un levier au démarrage (participation à l'essai clinique ADC par exemple) et au bon fonctionnement.

3.1.2 Des niveaux variables d'activité des SMR et des effecteurs APA

Le tableau ci-dessous présente la répartition des inclusions par SMR et par effecteur. Il montre des niveaux d'activité variables s'expliquant par des pratiques différentes liées aux capacités logistiques d'accueil disponibles des effecteurs (salle disponible, créneaux horaires, professionnels...), à l'implication/disponibilité des professionnels concernés (SMR et effecteurs), ou encore aux différentes stratégies de communication et d'inscriptions mises en œuvre par les SMR.

REALISATION : ACTIVITE EN TERMES D'INCLUSIONS (Source : Analyse du SI)

Tableau 7. Répartition des inscriptions, inclusions, abandons et perdus de vue par SMR/structures APA

Région	Centres SMR	Effecteurs APA	Nb Inscriptions	Nb Inclusions	Nb inclus ayant abandonné	Nb Perdus de vue
AURA	CMCP de Durtol	Adapt' gym	22	19 (86%)	2 (10,5%)	3 (14%)
		CREPS Vichy	9	9 (100%)	3 (33,3%)	-
		Dhalir 63	25	22 (88%)	5 (22,7%)	3 (2%)
	CRCRL St Priest en Jarez	CDOS Loire	26	22 (84%)	4 (18,2%)	4 (15%)
		FSCF de la Loire	26	24 (92%)	4 (16,7%)	2 (8%)
		Le Clos Champirol	44	39 (88%)	7 (17,9%)	5 (11%)
BZH	Clinique Saint Yves	The Sunrise	6	4 (67%)	-	2 (33%)
		Clinique St Yves	62	52 (83%)	6 (12%)	10 (16%)
		Orange Bleue	18	16 (89%)	5 (31%)	2 (11%)
		Roche aux fées	5	5 (100%)	-	-
CVL	Centre Bois Gibert	Agir Sport Santé	48	43 (90%)	-	5 (10%)
		CPTS Asclépios	3	3 (100%)	-	-
		CPTS Sud Lochoix	9	4 (44%)	-	5 (56%)
		Melting Forme	23	22 (96%)	-	1 (4%)
		Santé Escale 41	16	12 (75%)	2 (17%)	4 (25%)
OCC	Clinique de Saint Orens	ASSO Ste Orens	30	30 (100%)	6 (20%)	-
		Cap Atout Age	-	-	-	-
		Efformip	5	5 (100%)	-	-
PACA	(1) Maison du Mineur (2) Hôpital privé A. Tzanck	B2S	24	14 (58%)	6 (43%)	10 (42%)
		VITAE	57	33 (57%)	4 (12%)	24 (42%)
	(3) Hôpital Privé Clairval (4) Hôpital Léon Bérard	CDOS 83	32	28 (87%)	6 (21%)	4 (13%)
		Santé croisée	27	23 (82%)	11 (47%)	5 (18%)
		SCO	16	16 (100%)	-	-

	(4) Hôpital Léon Bérard	Léon Bérard	9	6 (67%)	-	3 (33%)
	(1) Maison du Mineur (2) Hôpital privé A. Tzanck (3) Hôpital Privé Clairval (4) Hôpital Léon Bérard	NCAA	41	15 (37%)	9 (60%)	25 (62,5%)
TOTAL			583	466 (80%)	86 (18,5%)	117 (20%)

Au global, **583 patients** ont été recrutés par les SMR depuis le lancement opérationnel du projet, début octobre 2021. Les 9 centres SMR impliqués ont inscrits des patients : 65 patients en moyenne par centre SMR et de 29 à 99 patients selon les établissements. Parmi ces inscriptions :

- **466 patients (80%) ont effectivement été inclus** par une structure APA effectrice : soit 19 patients en moyenne par structure mais le nombre d'inclusions est très variable : entre 3 et 62 patients selon les effecteurs et 2 structures n'ont pas inclus de patients faute d'inscription/d'orientation par leur SMR de « référence ». De la même manière, la proportion de patients inclus par une structure APA est variable : entre 37% et 100% des patients orientés/inscrits par le SMR. Parmi ces inclusions, **86 patients ont abandonné le programme** : 5,7 patients en moyenne répartis sur 15 structures (de 2 à 11 abandons). Les abandons représentent 24 % des patients inclus en moyenne pour ces 15 structures (de 10,5% à 60% des patients).

A noter :

Taux d'éligibilité : Entre 1/3 et 2/3 des patients SMR Cardiologie (66%) pourraient être concernés par le programme (en présence d'offres d'APA suffisante).

Fin 2021, une étude réalisée par les porteurs montrait que sur 440 patients pris en charge en SMR Cardiologie : 81% des patients étaient éligibles à As du Cœur (85 patients (19%) ne pouvaient pas prétendre à participer à As du Cœur pour des raisons médicales) et que parmi ces patients éligibles, plus d'un tiers (entre 34 et 40%) ont été inclus dans le programme. 143 patients (32%) n'ont pu être inscrits en raison de l'absence d'une structure APA partenaire à proximité de leur domicile ; 63 n'ont pas été inscrits pour absence de motivation (14%).

- **117 patients (20%) n'ont pas donné suite** après leur sortie du SMR ou après le 1^{er} contact avec l'effecteur APA : **6,5 patients perdus de vue en moyenne par effecteur**, répartis sur 18 structures (de 1 à 25 perdus de vue). La proportion de patients perdus de vue est variable selon les SMR/effcteurs APA : 23% de leurs patients inscrits en moyenne et de 4% à 62,5% des patients selon les SMR/effcteurs APA.
- A noter que 9 effecteurs sur les 24 actifs (37,5%) n'ont pas constaté d'abandon, témoignant de leur **capacité à maintenir les patients inclus dans le programme**. Les modalités de présentation du programme aux patients par les SMR peuvent certainement avoir un impact sur le taux de poursuite du programme par les patients (mais non démontré à date).

→ Au total :

La capacité des SMR à recruter des patients et la capacité des SMR/effcteurs APA à maintenir ces patients dans le programme sont variables.

De la même manière, la répartition entre effecteurs, des patients recrutés par les SMR est disparate (cf. tableau 7) :

- Une répartition hétérogène : 5 structures effectrices comptabilisent plus de la moitié des patients inscrits par les 5 SMR partenaires correspondants. Pour 2 d'entre elles, il s'agit de structures qui assurent à la fois les activités de SMR et d'effecteurs (Clinique Saint Yves et association indépendante de la Clinique de Saint Orens).
- Les inscriptions des 4 autres SMR sont réparties de façon relativement homogène entre 2 à 3 structures effectrices.

Tableau 8. Répartition des patients inscrits selon les structures APA

Régions	Centres SMR	Nb Inscriptions	Effecteurs APA	Nb Inscriptions
AURA	CMCP de Durtol	56	Adapt' gym	22 (39%)
			CREPS Vichy	9 (16%)
			Dhalir 63	25 (45%)
	CRCRL St Priest en Jarez	96	CDOS Loire	26 (27%)
			FSCF de la Loire	26 (27%)
Le clos Champirol			44 (46%)	
BZH	Clinique Saint Yves	91	The Sunrise	6 (7%)
			Clinique St Yves	62 (68%)
			Orange Bleue	18 (20%)
			Roche aux fées	5 (5%)
CVL	Centre Bois Gibert	99	Agir sport santé	48 (48%)
			CPTS Asclépios	3 (3%)
			CPTS Sud Lochoix	9 (9%)
			Melting Forme	23 (23%)
			Santé Escale 41	16 (16%)
OCC	Clinique de Saint Orens	35	ASSO Ste Orens	30 (86%)
			Cap Atout Age	-
			Efformip	5 (14%)
PACA	Maison du Mineur	48	B2S	9 (19%)
			NCAA	31 (65%)
			VITAE	8 (17%)
	Hôpital privé A. Tzanck	77	B2S	15 (19%)
			NCAA	9 (12%)
			VITAE	53 (69%)
	Hôpital Privé Clairval	29	CDOS Var	-
			NCAA	-
			Santé Croisée	15 (52%)
			SCO Ste Marguerite	14 (48%)
			CDOS VAR	32 (57%)
	Hôpital Léon Bérard	56	Leon B	9 (16%)
			NCAA	1 (2%)
Santé croisée			12 (21%)	
SCO Ste Marguerite			2 (4%)	
TOTAL		583		

→ *Eléments explicatifs / Retours des professionnels interrogés*

Les professionnels interrogés se disent **globalement satisfaits de la mise en œuvre du programme** et observent un bon fonctionnement en routine. Pour autant, le déploiement du parcours a été source de **difficultés** pour plusieurs centres SMR/effecteurs ce qui explique **l'hétérogénéité des niveaux d'activité entre les différents sites et des adaptations**.

Les structures effectrices sont à la fois **dépendantes** des inscriptions réalisées par les SMR (unique porte d'entrée du programme) et des territoires de résidence des patients volontaires inscrits :

- Dépendance aux SMR et aux bassins géographiques de recrutement : Plusieurs effecteurs estiment qu'ils auraient pu prendre en charge davantage de patients, « *Nous sommes allés présenter le projet dans la clinique pour informer les patients, les professionnels mais nous n'avons pas eu beaucoup d'inclusions certainement en lien avec l'organisation interne de la clinique/SMR qui n'a pas envoyé autant de patients que prévu* » (EfforMip). Aussi, l'une de ces structures, qui avait ouvert 2 nouveaux créneaux

- destinés aux patients ADC et qui avait suivi la formation ADC, n'a pas reçue d'inscription/inclusion : « *Nous avons participé à ADC mais nous n'avons pas eu d'inclusion finalement. Nous considérons que la non-inclusion a été "subie"* ».
- **Une adaptation** : Face à ce constat et à la crainte des structures APA d'un effectif insuffisant de patients ADC, les porteurs ont admis la possibilité de constituer des **groupes mixtes** (patients du programme et autres patients)⁵. Pour beaucoup, les inclusions se sont faites au compte-goutte et donc dans des groupes déjà constitué afin de ne pas laisser les patients sans activité.
 - **Une organisation qui se détache** : Tous les effecteurs de la région PACA (hormis Léon Bérard) pouvaient se voir inscrire des patients de la part de 2 ou 4 centres SMR différents. Ainsi, bien qu'un effecteur tel que le NCAA n'ait pas eu d'inscription de la part du SMR de l'Hôpital Privé Clairval et une seule provenant du SMR de l'Hôpital Léon Bérard, la structure comptabilise 40 inscriptions au global (dont 31 patients de la Maison du Mineur et 9 patients de l'hôpital Privé A. Tzanck). **Le maillage territorial plus important en région PACA (proposant une offre APA plus importante) a permis, pour certains effecteurs, un meilleur taux d'inscriptions.**

Inversement, les SMR ont parfois été « dépendants » (au moins au début du programme) de la **capacité logistique d'accueil des effecteurs** : « *Les premiers patients inclus n'ont pu débiter leur programme qu'en mars alors qu'ils ont été inclus en décembre, les coachs APA n'étaient pas prêts à les accueillir pour des questions de logistiques* » (cadre kinésithérapeute, SMR Centre Bois Gibert) ; « *Une des structures APA ne proposait des créneaux que les mercredi matin de 10h à 12h, ça ne convenait pas à tous les patients* » (responsable SMR Clinique Saint Orens). Les différences constatées concernant les proportions de patients inscrits et les proportions de perdus de vue peuvent s'expliquer par les **stratégies de communication et d'inscription propres à chaque centre SMR**. Certains ont davantage eu tendance à communiquer auprès des patients éligibles à différentes étapes de leurs parcours/séjours en SMR, et d'autres ont « présélectionné » les patients les plus enclins à participer : « *Il faut insister à plusieurs moments du parcours : dès que le patient arrive au SMR il est vu par le cardiologue et l'infirmière de réadaptation cardio-vasculaire, le séjour est présenté ainsi que la suite à savoir ADC. En milieu de séjour et après que le patient a constaté les premiers bénéfices, ADC est à nouveau présenté. Un rdv est alors immédiatement fixé avec le patient en fonction de son lieu d'habitation. Le programme est présenté par l'infirmière de réadaptation cardio-vasculaire au début et au milieu et le cardiologue présente aussi l'intérêt du programme en cours de prise en charge* » (SMR Tzanck) ; « *Le cardiologue communiquait à plusieurs moments clés du parcours et orientait les patients intéressés vers le référent ADC. Seuls les plus motivés venaient le voir* » (Bois Gibert). Si les effecteurs semblent satisfaits de l'adhésion des patients inclus, quelques **abandons** ont été relatés (<10% selon les données d'activités présentées ci-avant) : le plus souvent pour raisons de santé, de déménagement ou à cause des créneaux horaires proposés, parfois incompatibles avec une reprise d'activité professionnelle.

➔ Globalement, les niveaux d'activités des SMR et des effecteurs restent dépendants de l'**adhésion des professionnels** des SMR et de leur **disponibilité** : le centre SMR Bois Gibert a par exemple mis fin à la procédure d'inscription en mars 2022 en raison du départ en retraite du cadre référent très investi ; l'inclusion de patients ADC par le centre SMR de la Clinique Saint Orens a été freiné du fait d'une période d'absence de la cardiologue référente et 5 effecteurs APA n'ont pas inclus de patients après mars 2022 (refus du prolongement de la phase d'inscription et d'inclusion) « *pour des problèmes de ressources humaines en intervenants APA* » (source : d'étape 2022).

⁵ Pour rappel, le CdC mentionnait la mise en œuvre des 5 mois de programme As du Cœur dès la constitution d'un groupe de 10 patients inclus au sein de chaque structure APA.

3.1.3 Une structuration opérationnelle en termes de pilotage

Pour RAPPEL, le cahier des charges de l'expérimentation prévoyait que l'association Azur Sport Santé, forte de son expérience après l'étude As du Cœur⁶, pilote le projet et coordonne les programmes mis en place dans les 5 régions pressenties, l'enjeu étant de garantir une homogénéité de structuration. Le déploiement du projet devait se dérouler selon 5 phases :

- ⇒ **Phase 1** : Concertation, Préparation de la coordination.
- ⇒ **Phase 2** : Rencontre avec les établissements de SMR partenaires, Mise en place de la gouvernance.
- ⇒ **Phase 3** : Conception et développement du système d'information GOOVE selon les besoins d'As du Cœur (ADC), Sélection des structures effectrices d'activité physique adaptée (APA) partenaires, Information de tous les partenaires et acteurs du domaine Sport-santé dans chaque territoire.
- ⇒ **Phase 4** : Mise en œuvre opérationnelle du projet avec constitution du groupe contrôle, inclusion des 1 200 patients volontaires, dispensation du programme « As du Cœur » à chaque patient pendant 5 mois, recueil des données pour l'évaluation et validation.
- ⇒ **Phase 5** : Analyse des données, Évaluation du projet.

→ REALISATIONS (Source : Rapports d'étape 2022 et 2023)

Une gouvernance ad hoc est instaurée avec un **comité de pilotage** qui s'est réuni 4 fois, en visioconférence durant l'expérimentation et un **comité opérationnel actif** (17 réunions, 102 participants au total). Dans les phases 4 et 5 du projet (inclusions et évaluation), les instances n'ont plus été sollicitées mis à part le Comité opérationnel qui a poursuivi ses réunions afin de résoudre les points de blocages éventuels.

Au-delà de ces instances de pilotage et en parallèle du lancement opérationnel du projet, les porteurs ont informé et mobilisé les **partenaires** et **acteurs territoriaux** du sport-santé par l'intermédiaire de :

- ⇒ Rencontres avec les **équipes SMR** en janvier et février 2020 : *10 visites sur site, 60 participants*.
- ⇒ Réunions de présentation du projet aux **acteurs institutionnels régionaux** (ARS, DRAJES, Assurance Maladie...) : *3 réunions en visioconférence, 35 participants*.
- ⇒ Réunions territoriales d'information et de concertation (*5 réunions en visioconférence, 45 participants*) et réunions territoriales (comités de pilotage territoriaux) de sélection des structures APA (*5 réunions en visioconférence qui ont permis d'aboutir à la cartographie des structures APA partenaires, 45 participants*).
- ⇒ Réunions territoriales d'informations des structures APA partenaires : *5 réunions en visioconférence, 50 participants*.
- ⇒ Réunions d'échanges avec l'ensemble des partenaires (SMR et effecteurs) réalisées en janvier 2022 (4 réunions en visioconférence) afin de **recueillir leurs retours d'expérience et leurs enseignements**.

Concernant la **communication** et les **outils** du projet, diverses actions ont été menées :

- ⇒ Un travail sur les supports d'informations avec l'élaboration de l'ensemble des outils de communication (*logo, charte graphique, vidéo de présentation du programme, communiqués de presse nationaux/régionaux, mails de présentation destinés aux MG et assurés des CPAM des 11 départements d'expérimentation, présentation détaillée sur le site internet de l'association A2S...*).
- ⇒ La création du Fil info mensuel qui présente l'avancement du projet et permet de tenir informé l'ensemble des acteurs impliqués de près ou de loin dans et autour du projet (large diffusion).

⁶ Fournier et al. "As du Cœur" study: a randomized controlled trial on physical activity maintenance in cardiovascular patients. BMC Cardiovascular Disorders (2018) 18:77. <https://doi.org/10.1186/s12872-018-0809-1>.

- ⇒ La création d'outils de gestion de projet : l'espace « porteur » du SI GOOVE n'étant pas opérationnel pour le pilotage et la facturation, des fichiers Excel ont été mis en place.

→ *Retours des professionnels interrogés (Sources : entretiens et bilan d'étape 2022 et 2023)*

Les retours des **porteurs** font état d'un travail initial considérable de **mobilisation des partenaires et acteurs territoriaux**, essentiel pour le projet : prise de contact, explication, présentation et concertation. La communication par les acteurs institutionnels locaux (CPAM notamment) a été un facteur favorisant. Cette charge de travail s'est maintenue y compris dans la dernière phase du projet alors même qu'elle s'annonçait initialement moins chronophage notamment à cause du temps passé pour la validation, la recherche et la vérification des informations (pour le SI).

Les entretiens réalisés auprès des différents acteurs impliqués mettent en évidence l'importance de la **disponibilité et de l'implication de l'équipe de coordination** dans la réussite du projet :

- ⇒ **L'accompagnement** par l'équipe de coordination et les **outils** mis à disposition sont perçus comme une **plus-value** pour le bon déploiement/fonctionnement du projet selon les effecteurs : création d'un groupe WhatsApp (aide à la résolution rapide des problématiques en lien avec le SI) ... « *Un groupe WhatsApp réunissant les coachs d'APA du département a été créé et permet d'échanger en cas de difficultés techniques* » (Coach APA, Association Fit and Zen / CPTS Sud Lochois). Ce point fort est partagé par les responsables de SMR, cardiologues et partenaires interrogés qui soulignent et apprécient la **disponibilité** de l'équipe de coordination : « *Très satisfait de l'accompagnement, le Dr Fuch est très aidant, c'est essentiel* » (SMR Centre Bois Gibert) ; « *Des échanges réguliers par téléphone avec le Dr Fuch* » (SMR Saint Yves) ; « *Un porteur très actif, très dynamique* » (CPAM Bouches du Rhône).
- ⇒ **Les partenaires institutionnels et territoriaux** interrogés ont été **associés en amont de la mise en œuvre du projet** pour une phase de **concertation** et de sélection des structures effectrices d'APA. L'expertise des partenaires et leur bonne connaissance du contexte territorial ont permis d'orienter la sélection des sites d'implantation des structures APA et des effecteurs pressentis (avec pour contrainte un nombre limité de structures en raison du caractère expérimental du projet) : « *L'instance territoriale a permis de mettre tout le monde autour de la table et de se connaître* » (DRAJES CVL). L'implication des partenaires a pris plusieurs formes :
- Utilisation du réseau sport santé de la DRAJES.
 - Rôle de médiateur afin de convaincre un SMR de participer au programme.
 - Appui pour le recrutement des patients.
 - Aide à la communication sur le projet à travers la presse.
 - Travail pour organiser une journée ART51 régionale avec As du Cœur à l'honneur (ARS).

Si les partenaires ont apprécié leur implication dès le démarrage et bien qu'ils soient tous destinataires de la *Newsletter* du projet, certains regrettent de ne pas avoir été suffisamment tenu informés du déploiement territorial effectif (au fur et à mesure) : « *Aucun mail depuis 2022, aucune réunion d'information* » (DRAJES Occitanie) ; « *Aucun contact ni de la part des porteurs, ni de la part des effecteurs depuis la mise en œuvre effective* » (ARS AuRA), « *aucune implication dans le programme depuis quelques temps* ».

3.1.4 Déploiement régional : Les acteurs institutionnels régionaux ont pleinement joué leur rôle dans la mise en place du projet au niveau stratégique

Les éléments recueillis et analysés mettent en évidence :

- ⇒ La constitution d'un **comité de pilotage territorial** dans chaque région. De composition variable, ils ont principalement été sollicités au démarrage pour **assurer la sélection des structures effectrices** (30 prévues) et assurer la communication du projet auprès de différentes cibles.
- ⇒ **La sélection des 10 SMR avait quant à elle été effectuée en amont, en lien avec le GERS** (Groupe Exercice Réadaptation Sport - communauté de la Société Française de Cardiologie (SFC) dédiée à la réadaptation cardiovasculaire, la cardiologie du sport et de l'exercice, et la prévention cardiovasculaire) en fonction de leur implication reconnue dans la RCV et de l'importance de leur file active.
- ⇒ **Les acteurs institutionnels régionaux et départementaux (notamment CPAM) ont soutenu le programme par des communications larges : à destination des professionnels de santé voire du grand public.** Des mails aux MG et cardiologues ont été envoyés par les CPAM sur 9 des 11 départements accueillant le projet ; et des courriers destinés à la presse nationale et régionale ont également été envoyés.
- ⇒ Les régions **AURA et PACA présentent le plus grand nombre d'inclusions**. Par ailleurs, ces dernières comptent **davantage de SMR et de structures effectrices** participant à l'expérimentation.
- ⇒ En termes de couverture territoriale, un manque de proximité a été déploré dans certaines régions, expliqué par le nombre restreint d'effecteurs, contraint par le caractère expérimental.
- ⇒ Les partenaires institutionnels ont été particulièrement associés au démarrage du projet, sur le volet stratégique.

Tableau 9 : Mises en place dans les régions (Source : Entretiens des acteurs institutionnels)

	Mise en œuvre sur les régions	Freins – Difficultés - Observations
AURA	Réunions de pré lancement ("assez intenses") visant à présenter le projet et les établissements pressentis pour l'expérimentation.	Manque regretté d'intégration de la spécificité de la région (ex : le choix a été fait de ne pas intégrer comme effecteur les Dispositifs d'Accompagnement vers la Pratique d'Activité Physique (DAPAP - dispositifs spécifiques à la région) visant à favoriser l'orientation des publics des structures sanitaires, médico-sociales ou sociales, vers une pratique d'AP ou sportive régulière et sécurisée. Car trop spécifique). Le Forfait APA pourrait être revu à la hausse : 650€ (temps téléphoniques et de suivi + administratif).
Bretagne	Participation dans le cadre des COFIL à la sélection des structures APA. Apport de la connaissance des acteurs du territoire. « Relations ARS, CPAM, DRAJES déjà très bonnes avant As du Cœur ». Rôle dans la communication générale (courrier au grand public et aux professionnels de santé) et dans les discussions initiales sur le choix des effecteurs, leur connaissance du territoire...	Difficultés COVID, Patients fragiles, besoin de ports du masque... et malgré cela le projet s'est déployé. - Certains des effecteurs choisis n'ont pas été référencés par la commission régionale sport santé (ARS-DRAJES-CROS) et n'avaient donc pas signé la charte régionale = Incohérence. - Temps longs de démarrage, lié à la crise en partie. - Pas de retour sur l'activité... aurait souhaité plus d'information sur la durée.
CVL	Participation à la réflexion sur le déploiement, au choix des effecteurs au sein du comité de pilotage territorial : Mise en relation avec les structures APA, réflexion dans le déploiement du projet sur la région, car bonne connaissance des acteurs. - Ecoute des porteurs avec prise en compte des recommandations des acteurs régionaux notamment de déployer sur le rural (en complément de l'existant). Chaque partenaire avait un rôle de facilitateur : présentation du projet en commission paritaire locale des médecins libéraux + relais d'information et de communication pour relayer la présentation du projet.	- Difficultés liées à la rémunération des effecteurs : trop faible pour le temps passé (car « <i>Lourd à mettre en place pour les éducateurs</i> »). Réunions au démarrage et pour la mise en place, puis moins fréquentes (car moins utiles). Information via les newsletters du porteur.

	« L'instance territoriale a permis de mettre tout le monde autour de la table et de se connaître (confiance) ». « Bon accompagnement, disponibilité des porteurs dans un cadre structuré.... Malgré le COVID... »	
Occitanie	Le groupe de travail a réfléchi sur la proximité des structures effectrices, le budget et les coûts/rémunération.	Manque de concertation regretté sur le choix des structures APA. Il était nécessaire de trouver des partenaires sur le territoire du Grand Toulouse ce qui n'a pas été évident.
PACA	COFIL facilitateur : aide au porteur pour le plan de communication au niveau régional, mise en lien, partage de coordonnées des organismes locaux + diffusion de l'info auprès des médias et du grand public.	Point principal la crise sanitaire → Retard pris dans les inclusions. Point d'amélioration au niveau de la plateforme GOOVE et de la gestion des facturations (manque de visibilité pour juger le reste).

→ Retours des acteurs institutionnels interrogés

Globalement, les acteurs institutionnels interrogés sont satisfaits de leur implication dans le déploiement du projet au niveau territorial/régional et saluent la pertinence du projet. Ils permettent de constater que :

- ⇒ La **phase de sélection des structures APA** réalisée au sein des COFIL territoriaux a permis un **travail collaboratif** entre les membres, permettant à certains de se connaître et à d'autres de renforcer leurs collaborations déjà existantes avec un sentiment de renforcement des collaborations institutionnelles sur le Sport Santé.
- ⇒ Les réflexions se sont en grande partie appuyées sur la connaissance des acteurs de terrain et des outils/pratiques régionales (ex : Référencement des structures APA Sport-Santé fait par l'ARS -DRAJES et le CROS tous les 6 mois (cahier des charges : formation des éducateurs, application de la Charte Qualité pour 4 ans...)).
- ⇒ Une **bonne implication / contribution des acteurs institutionnels dans la communication/relais autour du projet.**
- ⇒ Les **négociations/réflexions initiales** qui ont eu lieu au niveau régional ont permis de **mettre en place la « meilleure stratégie possible »**. Les partenaires institutionnels territoriaux ont réellement participé à la mise place du programme, même si certains ont regretté la sélection déjà effective des SMR impliqués (établie avec le GERS principalement sur des critères d'activité (file active relativement importante)).

Les partenaires jugent majoritairement le projet de manière positive, ce dernier étant vu comme capable d'apporter une **vraie alternative non-médicamenteuse pour des patients en phase de réadaptation cardio-vasculaire**. Quelques verbatims illustratifs :

- ⇒ « *Projet en cohérence avec la dynamique nationale et sociétale, place importante de l'activité physique de nos jours* ».
- ⇒ « **C'est une réussite**. Le projet fait bouger les choses en matière de Sport Santé et APA. Il renforce les convictions intimes de tous les acteurs. Il y a une réelle augmentation de l'implication des collectivités territoriales, acteurs privés, les effecteurs d'APA... ».
- ⇒ « **Importance du réseau et de mettre autour de la table tous les acteurs qui n'ont pas l'habitude de travailler ensemble**. Un référencement des structures APA Sport-Santé était déjà fait par l'ARS -DRAJES et le CROS tous les 6 mois (cahier des charges : formation des éducateurs, application de la charte qualité pour 4 ans...). Le maillage va augmenter via une augmentation des structures validées en commission régionale ».
- ⇒ « *Le projet permet une meilleure connaissance des acteurs ; Confiance installée pour les spécialistes vers les APA (car ils font les formations) ; Mobiliser les professionnels de santé en les impliquant dans les formations des APA ; Un réseau territorial se crée petit à petit* ».

Quelques observations sont toutefois à noter :

- ⇒ La longueur de mise en place souvent regrettée mais liée à des facteurs externes (crise COVID), compris par les acteurs.
- ⇒ Un sentiment d'éloignement du projet après la phase de mise en place (parfois qualifiée « d'intense »), lié à l'arrêt des COPIL territoriaux dû à la phase de fonctionnement en « routine » du projet (« *Regret de ne pas savoir où en était le projet à 1 ou 2 ans* »). Mais relayé par des newsletters régulières des porteurs.

3.1.5 Des difficultés en lien avec le SI GOOVE : opérationnalité construite en cours de route pour répondre aux besoins (pilotage, facturation...)

Pour rappel, la plateforme proposée par la *start-up* française GOOVE Santé préexistait à l'expérimentation ADC. Elle permet de gérer l'activité d'une structure dispensant des programmes d'activité physique : agendas des intervenants, espace personnel pratiquant, suivi des séances, bibliothèque de documents et vidéos d'exercices physiques, boîte de dialogue entre partenaires et professionnels... L'une des phases de déploiement du projet consistait en la **conception et le développement/adaptation du SI GOOVE aux besoins d'As du Cœur**. A cet effet un cahier des charges a été élaboré par les porteurs et transmis à GOOVE Santé afin de réaliser les développements nécessaires.

→ *Retours des porteurs et professionnels interrogés (entretiens et rapports d'étape 2022 et 2023)*

Les entretiens et documents analysés mettent en évidence diverses difficultés liées au SI qui ont impacté le fonctionnement du programme :

- ⇒ Les **porteurs** font état de **retard pris dans la conception** de la plateforme GOOVE ADC et de **manques au regard du cahier des charges** transmis (rappels pour les effecteurs/patients, notification des bilans à venir, cellules bloquantes...). De **multiples développements** ont alors été nécessaires après la mise en œuvre opérationnelle de l'expérimentation, pour adapter la plateforme aux besoins du projet et notamment pour répondre aux exigences de **recueil des informations et des indicateurs de suivi** nécessaires au pilotage mais aussi à la facturation et à l'évaluation. De **nombreux temps de travail et discussions ont ainsi été consacrés à l'amélioration de la plateforme GOOVE ADC** (une 15^{aine} de réunions).
- ⇒ De leur côté, **les effecteurs d'APA** ont constaté des **pertes de données** : « *Enormément de bugs GOOVE lors du premier mois de mise en service entraînant un double travail de saisie des bilans lors des bugs en hiver 2021* » (Enseignant APA, PACA) ; « *Le logiciel plante régulièrement et nécessite d'avoir une très bonne connexion réseau, c'est parfois chronophage* » (Enseignante APA, CVL) ; « *Le début avec GOOVE était catastrophique avec des difficultés d'utilisation importantes et des bugs* » (Enseignante APA, OCC). Cette **difficulté est confirmée par les porteurs** : en juin 2022 (*bilan d'étape*), persistaient encore des « *bugs informatiques* » qui ne leur permettaient pas d'avoir une vision claire de l'état d'avancement des inclusions et de disposer de données consolidées et validées. L'équipe de coordination regrette le fait que la plateforme n'ait **pas été opérationnelle ni stabilisée** et qu'elle n'ait pas été adaptée, en l'état, pour le pilotage de l'expérimentation ; pilotage qui a nécessité la création/utilisation d'outils complémentaires de gestion (fichiers Excel).
- ⇒ Face à ces difficultés et au besoin des effecteurs de réponses instantanées, les porteurs ont dû embaucher une personne, à raison de 2 jours/semaine, dédiée au **support technique de la plateforme GOOVE**⁷. Cette adaptation a été appréciée par les effecteurs qui ont souligné la disponibilité et l'aide rapide à la résolution des problèmes.

→ Au global, les **retours des effecteurs quant à l'usage de la plateforme GOOVE sont mitigés** : Une partie des structures la trouve ergonomique et adaptée à leur pratique. Certaines

⁷ A noter que cette mission de support technique était prévue dans le contrat avec le développeur de Goove mais non mise en œuvre.

ont par ailleurs fait le choix de conserver GOOVE comme SI y compris après la fin du programme : « *c'est facilitateur sur les aspects organisationnels et les échanges avec les partenaires* » (Responsable structure APA, AURA) ; « *Outils plutôt pratique notamment pour le travail en équipe (4 coachs APA dans la structure) et vis-à-vis du SMR qui peut directement inscrire les patients sur nos créneaux, on reçoit une notification. Il y a des chances qu'on continue de travailler avec* » (Enseignant APA, AURA). D'autres structures au contraire, regrettent les difficultés de prise en main et de double saisie (non-interopérabilité) « *Le calendrier de la plateforme ADC n'est pas relié au calendrier de la structure et nécessite une double saisie des disponibilités* » (Enseignant APA, BZH).

A distance (enquête réalisée 1 année après la fin des inclusions) : 78% se déclarent satisfaites ou très satisfaites (21/27) du système d'information GOOVE.

→ Il était prévu que les **patients** accèdent aux services de la plateforme (bilans, calendrier, rappels, séances disponibles en autonomie...). Les effecteurs comme les porteurs estiment que la mise en place d'une **application mobile ergonomique** (notifications pour les rappels de rendez-vous et les séances à faire en autonomie) aurait favorisé l'adhésion des patients : « *GOOVE n'est pas utilisé par les patients, ils ne sont pas habitués. Ils doivent accéder à une page Web, il faut rendre la plateforme plus accessible* » (Responsable APA, OCC).

→ En conclusion, GOOVE est principalement perçu comme un outil de coordination et de gestion « *sur le terrain* », un aspect jugé satisfaisant par la majorité des utilisateurs interrogés. En revanche, sa fonction de système d'information a été source de difficultés pour le porteur et pour certains effecteurs, en raison de la complexité et du caractère chronophage de la saisie des données, ainsi que de la nécessité de saisies en double.

3.1.6 Des formations indispensables qui ont contribué à une sensibilisation, une connaissance mutuelle et à une mise à niveau des compétences

Pour RAPPEL, le cahier des charges de l'expérimentation prévoyait la mise en place d'un **module de formation spécifique « As du Cœur »** pour les professionnels de l'APA. L'un des résultats/impacts attendus du programme visait la sensibilisation et la montée en compétence sur la thématique sport-santé des structures porteuses et des intervenants du programme Passerelle ADC.

→ Réalisations (bilan d'étape des porteurs 2022)

Un large programme de formation a été assuré dès le démarrage du projet pour permettre aux acteurs de pouvoir participer :

- ⇒ Sensibilisation des intervenants APA à la cardiologie : 9 réunions en présentiel ou visioconférence, assurées par les cardiologues des SMR participants, 80 participants.
- ⇒ Formation à la prise en main de la plateforme GOOVE ADC, réalisée en visioconférence et conduite par l'équipe projet ADC : 2 réunions de formation pour les professionnels des SMR (40 participants) et 3 réunions de formation pour les effecteurs APA (90 participants).
- ⇒ Journées d'accompagnement et d'appropriation du protocole As du Cœur pour les équipes SMR et les intervenants APA, organisées par l'équipe projet ADC : 7 réunions en présentiel sur site SMR ou salle adaptée (100 participants).

→ Retours des professionnels interrogés

D'une manière générale, tous les acteurs interrogés ayant participé à ces réunions d'information/sensibilisation sont apparus **très satisfaits du contenu et du format des formations proposées** : « *Les formations étaient très satisfaisantes et pertinentes* » (Cardiologue, PACA) ; « *Les formations sont d'un grand intérêt et constituent un prérequis au bon*

déroulement/démarrage de l'expérimentation » (Coach APA, AURA). Elles ont contribué à la prise en main du système d'information pour tous les acteurs impliqués, à la sensibilisation à l'engagement durable, à la connaissance de la prise en charge des pathologies cardiaques aiguës pour les effecteurs ainsi qu'à la création d'un réseau d'acteurs sur le territoire.

Les professionnels des structures effectrices soulignent **l'intérêt des journées de sensibilisation à la cardiologie pour créer du lien entre acteurs** :

- ⇒ Ces **journées en présentiel** ont permis aux acteurs de **se rencontrer et créer du lien** : « *Tous les coaches ont participé à la formation, ça nous a permis de rencontrer l'équipe du SMR et de créer une réelle coordination* » (Coach APA, AURA).
- ⇒ Elles ont également contribué à la **sensibilisation et montée en compétence des bénéficiaires** : « *Formation assurée par le cardiologue du SMR pour découvrir les spécificités liées à la prise en charge des patients cardiaques* » (coach APA, AURA) ; « *Approche à la fois théorique et pratique, des informations médicales intéressantes* » (coach APA, OCC) ; « *Animation d'une journée sur les pathologies cardiaques, les contre-indications, les mesures de secours, l'utilisation du défibrillateur...* » (Coach APA, PACA).

3.2 Profil et niveau d'adhésion des professionnels participants

Pour rappel, le projet repose sur la mise en place d'un **protocole de collaboration entre professionnels de la santé et professionnels de l'APA**. Le cahier des charges précise que la séquence est proposée au patient dès son entrée en réadaptation cardiaque par les professionnels de santé du SMR. Les grandes étapes consistent en un bilan médical et une concertation cardiologue-médecin traitant ; une consultation du médecin traitant lors de laquelle il y a prescription de l'APA ; la réalisation du programme passerelle ADC et une consultation de suivi par le médecin traitant. Les consultations lors desquelles il y a prescription de l'APA, puis de suivi doivent en principe être réalisées par le médecin traitant, en lien avec le cardiologue rééducateur (point d'entrée dans le dispositif).

3.2.1 Bonne adhésion des professionnels de santé (hors MG)

- ⇒ Pour les SMR, les différentes tâches liées au **recrutement**, à l'**information** et au **bilan médical** des patients éligibles ont effectivement été mises en œuvre. L'ensemble des équipes ont été **sensibilisées au protocole ADC** et à l'utilisation de la plateforme **Goove**. Si le référent ADC des établissements concernés est souvent un cardiologue, les **profils des professionnels impliqués opérationnellement sont variables** : cardiologues, enseignants APA, masseur-kinésithérapeutes, infirmiers de rééducation cardiaque... (cf. [déploiement ci-après](#)).
- ⇒ Les équipes de SMR se sont impliquées dans la **sensibilisation des intervenants APA à la cardiologie** leur permettant de créer des liens.
- ⇒ A noter que 2 cardiologues référents (SMR PACA et AURA) sont **membres du comité d'experts** qui a contribué aux réflexions concernant la prise en compte non seulement des recommandations de bonne pratique mais aussi des contraintes logistiques et professionnelles.

Focus concernant la place des MG dans le parcours : Les MG n'ont finalement pas été (ou très peu) impliqués dans les parcours contrairement à ce qui était prévu : pour faciliter les premières inclusions, les prescriptions étaient le plus souvent préremplies par les cardiologues de SMR et soumises aux MG pour signatures ; à la suite d'une **évolution législative**, l'ensemble des médecins spécialistes ont pu prescrire l'APA ; cela a été facilitateur pour l'inclusion des patients ; le médecin traitant restait informé de la démarche et destinataire des comptes-rendus.

En lien avec cet état de fait, la problématique des MG relève des modalités de prescription de l'APA (« comment prescrire ? ») et d'orientation (« vers qui orienter » ?). Auxquelles s'ajoutent le manque de temps et d'information et le fait que les MG soient jugés « frileux » en matière de

cardiologie. [**« L'APA sur prescription » étant possible mais encore peu structurée : pas d'outils pour les MG (qui par ailleurs n'ont pas de temps à y consacrer) pour trouver la structure APA la plus proche/adaptée)].**

Le MG pourrait constituer une porte d'entrée au parcours As du Cœur, en plus des structures SMR. Un relais Sport Santé (MSS ?) accueillerait le patient, organiserait les bilans, l'orientation et le suivi du parcours du patient en lien avec les effecteurs APA labellisés du territoire.

Dans l'ensemble, aucun des cardiologues interrogés n'a eu de contact direct avec le MG traitant de patients inclus et ils ont également eu peu voire pas de contact avec d'autres professionnels du patient en dehors de leurs structures.

Enfin, la place des MG dans le programme apparaît également faible du point de vue des patients : 16% des patients (N=4) ont déclaré que leur MG connaissait le programme mais qu'il n'avait pas d'implication. Ce sont globalement les patients qui leur expliquent le programme et ses enjeux « *c'est important, les médecins devraient être au courant* ». Cependant, les informations transmises sur le programme sont accueillies positivement par les MG qui encouragent les patients (Le MG ne connaissait pas ADC, c'est le patient qui lui en a parlé. MG très content du programme souhaite que le patient poursuive en autonomie (Notes d'entretien patients)).

Focus concernant le Rôle des Maisons Sport-Santé » (MSS) dans le parcours :

Créées en 2019 dans un objectif de répondre aux besoins croissants de prévention et de prise en charge de diverses pathologies par l'APA, les Maisons Sport Santé faisaient partie des acteurs du territoire susceptibles de proposer des activités dans le cadre de l'expérimentation.

Dans le cadre de l'enquête réalisée, 79% des structures effectrices mentionnent l'existence d'une MSS sur leur territoire. Pour 39% de ces répondants (9/23) leur structure est la Maison Sport Santé. Les structures autres que MSS sont également majoritaires à dire avoir un lien avec leur MSS (78,6%). Les MSS ayant participé à As du Cœur sont de statuts et de tailles variables (ce « label » étant souvent porté par une structure préexistante et ayant d'autres missions) : ASM Sport-Santé CDOS Loire, CDOS Var, CREPS Auvergne Rhône Alpes de Vichy, DAHLIR - DAPAP / Espace Sport Santé OMS, EFFORMIP, Melting Forme, Santé EsCALE 41, VITAE Sport Santé. En moyenne ces structures ont plus d'intervenants /professionnels d'APA qui travaillent à l'année (5,2 vs. 3,7) et un nombre d'adhérents plus faible (273,5 en moyenne vs 435,3) que les autres structures. Une grande majorité de ces adhérents sont des pratiquants Sport-Santé (216,6 en moyenne soit 79% contre 25% pour les autres structures). Ces structures sont plus souvent soutenues financièrement pour leurs activités Sport Santé (par la DRAJES ou l'ARS) que les autres effecteurs. Leur activité reste (pour certaines) précaire : Une MSS a fermé pendant l'expérimentation.

Des structures habilitées : La loi prévoit que les MSS soient habilitées : l'arrêté du 25 avril 2023⁸ porte sur le cahier des charges des maisons sport-santé et le contenu du dossier de demande d'habilitation et de renouvellement d'habilitation.

Le regard du porteur : Si, dans l'avenir, les MSS semblent constituer un relais/antenne incontournable dans l'organisation des parcours APA dont As du Cœur, à ce stade, les MSS doivent encore être soutenues par les instances régionales (« *Les Maisons Sports Santé sont des acteurs encore en voie de « construction », « avec des financements non pérennes et disparates d'une région à l'autre* »). Elles pourraient occuper un rôle central (« *guichet unique* ») sur la fonction de coordination territoriale des parcours et d'animation de As du Cœur (partie coordination du parcours et gestion de la facturation). Cette valorisation des MSS passe par la

⁸ <https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=wgoAra6H5WCaeE8v6Pip11ohwvMXPOPZ5JP4BnMJBZ4=>

volonté des décideurs nationaux de donner une mission officielle de fonction de coordination territoriale à ces Maisons Sport Santé et d'assurer le maillage territorial.

→ **En cas de généralisation de As du Cœur**, elles pourraient remplir plusieurs missions (en lien avec leur cahier des charges) :

- ✓ Information/Mobilisation/Animation des acteurs territoriaux.
- ✓ Coordination et relais vers les autres effecteurs.
- ✓ Rôle de structures concentratrices qui reverseraient le forfait aux effecteurs.
- ✓ Prise en charge de certains patients en fonction des ressources des territoires.

Etat des lieux :

78 % des Français ne connaissent pas les MSS
 En mai 2024, 506 MSS sont recensées sur le territoire français.
 Source : Observatoire de la Mutualité Française 2024.

3.2.2 Concernant les intervenants APA

L'enquête menée auprès des structures effectrices permet de préciser leurs profils et caractéristiques, l'ensemble reflétant la diversité des structures et des organisations :

- ⇒ 72,4% des structures sont des Associations Loi 1901.
- ⇒ Les structures comptent en moyenne 4,2 intervenants APA à l'année (min 4 ; max 15).
- ⇒ Le nombre d'adhérents varie de 200 à 3800 selon les structures ; moyenne 385 adhérents.
- ⇒ Le nombre moyen de pratiquants Sport-Santé au sein de ces structures est de 142,5 (min 105 ; max 520) soit **37% de leurs adhérents**.

Les tableaux des résultats sont présentés en Annexe 3.

La majorité de structures (24/29) se déclarent « reconnues/référencées » officiellement par l'ARS et/ou DRAJES pour leurs activités Sport-Santé. 55% (16/29) reçoivent des financements pour ces activités Sport Santé (6 par l'ARS et 9 par la DRAJES).

31% (9/29) des structures ayant répondu, sont des Maisons Sport Santé (MSS). 80% des autres structures ont des liens avec les MSS de leur territoire (3 sur 14 concernées n'ont pas de lien avec une MSS).

Au sein de chaque structure, 2,3 professionnels en moyenne sont engagés dans ADC (sur 4,2 professionnels), soit 55% des professionnels APA impliqués dans ADC par structure en moyenne. 15 structures (sur 28) ont 2 professionnels APA ou plus impliqués dans ADC.

Sur les 56 intervenants APA : 48% disposent d'un Master STAPS mention APA et Santé, 30,4% d'une licence STAPS mention APA et Santé. 12,5% des intervenants sont kinésithérapeutes et 9% ont une formation d'éducateur sportif avec formation complémentaire.

Tableau 10 : Qualification des intervenants APA

	Total
Effectif : Intervenants avec qualification renseignée	56 (100,0%)
Qualification des intervenants	
MASTER STAPS mention APA et Santé	27 (48,2%)
LICENCE STAPS mention APA et Santé	17 (30,4%)
Professionnel de santé Kinésithérapeute	7 (12,5%)
EDUCATEUR SPORTIF avec formation complémentaire	5 (8,9%)

Les notes moyennes attribuées par les effecteurs APA sont globalement très élevées :

- ⇒ **9,1/10** à leur niveau de satisfaction de participer au programme.
- ⇒ **8,8/10** à l'acceptation du dispositif par les patients.

→ *Retours des professionnels interrogés*

Les entretiens réalisés auprès des professionnels des SMR et des professionnels de l'APA mettent en évidence leur **très bonne implication et adhésion** aux modalités de l'expérimentation :

- ⇒ « *Très facile de faire adhérer les équipes car c'est une toute petite structure, les 5 cardiologues participent. A noter le rôle essentiel de l'infirmière de rééducation cardiaque et de la secrétaire pour les prises de rdv et l'explication du programme...* » (Adjointe de direction SMR, PACA).
- ⇒ « *Tout le monde était convaincu de l'intérêt du projet* » (Directeur SMR, PACA).
- ⇒ « *L'équipe était réellement motivée et les personnes les plus impliquées travaillaient déjà dans l'association qui propose les séances à la sortie du SMR* » (Directeur SMR, OCC).
- ⇒ « *Opportunité de renforcer le lien avec le SMR et de démontrer l'intérêt du sport en salle pour le Sport Santé* » (Coach APA, BZH).
- ⇒ « *Objectif d'être reconnu auprès des prescripteurs de Sport Santé, ADC est une belle porte d'entrée* » (Coach APA BZH).
- ⇒ « *Prouver encore et toujours l'intérêt de l'AP* » (Coach APA, OCC).

Un **temps d'adaptation/d'appropriation** est parfois relaté par certains professionnels de l'AP : appropriation du protocole et du module engagement durable et prise en main de la plateforme GOOVE (principalement dans les premiers temps de l'expérimentation).

Malgré ces difficultés, **tous les professionnels interrogés souhaitent que le dispositif soit généralisé** :

- ⇒ Une **opportunité des professionnels de l'AP de valoriser leur activité/structure** : « *La motivation initiale à participer était la valorisation de l'APA, c'est la première fois que la CNAM rembourse des séances d'APA* » (Coach APA, AURA).
- ⇒ Une volonté des professionnels de santé de **compléter le parcours du patient en réadaptation cardiaque par de l'activité physique adaptée**.
- ⇒ Note moyenne de 9,4/10 à la volonté de pérennisation/généralisation du dispositif des effecteurs APA.

3.3 Un déploiement du parcours spécifique à chaque établissement et structure

3.3.1 Des modalités de déploiement du parcours spécifiques à chaque SMR

Le déploiement de l'expérimentation dans les SMR est globalement spécifique à chaque structure et aux ressources disponibles. Les grandes modalités de déploiement sont présentées dans le tableau suivant. Les constats suivants sont dressés :

- ⇒ Le degré d'implication et le type d'acteurs impliqués dépendent de la stratégie de déploiement choisie par l'établissement. D'après le suivi des inclusions, il semblerait que **les établissements avec le plus de professionnels impliqués dans l'expérimentation aient inclus un plus grand nombre de patients**. Dans certains établissements cependant, **l'expérimentation a été principalement portée par un seul professionnel** (le « référent ») et a également pu fonctionner.
- ⇒ La **motivation des professionnels impliqués et notamment de la mobilisation des cardiologues semblent essentielles**. Ces derniers ayant la possibilité d'expliquer le programme lors des consultations individuelles et de transmettre des informations essentielles à l'inclusion des patients.
- ⇒ La **stratégie de communication au sein des établissements**. Lorsque les établissements ont fait le choix d'expliquer l'expérimentation à différents moments du séjour du patient ou encore via différentes formes de communication telles que des posters et réunions d'informations, le nombre de patients inclus semble plus élevé.
- ⇒ Le choix de cibler des patients a également impacté le nombre/taux d'inclusions. Effectivement, certains SMR ont largement diffusé l'information et ont adopté **une stratégie large de communication** : « *On proposait l'expérimentation à tous les patients de cardio et de pneumo* » (Cardiologue SMR PACA), ainsi, chaque patient avait la possibilité de choisir

de participer ou non. En revanche, **d'autres centres ont fait le choix de n'orienter que les patients éligibles à ADC** (pour lesquels une structure APA pouvait être identifiée sur son territoire de résidence notamment). Leur inclusion était confirmée à la suite d'une consultation initiale.

- ⇒ Autres facteurs à considérer : Le **maillage en structures APA participantes, les changements de direction ou des réductions d'effectifs**.
- ⇒ Enfin, **les patients** interrogés estiment que les présentations/informations répétées pendant le séjour, l'implication des professionnels dans la planification, la sensibilisation et l'explication de l'intérêt du parcours les ont aidés à se projeter et les ont motivés davantage à trouver des activités afin de pérenniser l'APA. Effectivement il semblerait que **plus la sortie du patient est planifiée moins il y a de chance d'abandon de la part de ce dernier**. « *A sa sortie, le patient repartait avec une prescription, et une partie de son dossier pour le coach APA* » (Kiné SMR CVL).

➔ **L'ensemble démontre que chaque établissement s'est adapté, s'est organisé de manière différente en fonction des ressources et volontés internes et qu'au final le parcours s'est déployé (dans la limite des conditions expérimentales).**

Tableau 11 : Modalités de mise en place selon les SMR (Sources : Entretiens)

SMR	Région	Nb de patients inscrits	Modalités d'organisation
Clinique Médicale Durtol - (63)	AURA	56	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Le SSR travaillait déjà sur le sujet du sport santé et avait commencé à travailler avec des structures effectrices sur le territoire. ⇒ Les éducateurs APA du SMR informaient tous les patients de l'expérimentation ⇒ Il incombait aux patients intéressés d'aller voir les médecins ou coaches APA du SMR. ⇒ Les cardiologues rédigent les prescriptions d'APA et proposent aux MG de co-signer.
SMR Le Clos Champiro I (42)	AURA	96	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ 2 services impliqués : Le CRCRL et le CRCRL (cvp) l'un incluant des patients au fil de l'eau avec hospitalisation complète et l'autre proposant une prise en charge dans des groupes fermés avec des ateliers dédiés. ⇒ La présentation d'As du Cœur aux patients différait selon les structures : Présentation du programme en chambre pour la 1^{ère} structure vs. Réalisation d'un atelier motivationnel sur la troisième semaine pour la 2^{ème} structure. ⇒ Le SMR est à la fois prescripteur et effecteur dans l'expérimentation. ⇒ La responsable APA du SMR avait la charge d'orienter les patients : les renseigner sur l'expérimentation, trouver un effecteur à proximité de leur domicile. ⇒ Le SMR était déjà en relation avec le comité Olympique depuis de nombreuses années. Cela a facilité la collaboration avec les effecteurs.
SMR Saint Yves (35)	BZH	91	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Les 7 cardiologues ont été formés au programme et pouvaient proposer aux patients (en pratique surtout 4 cardiologues ont inclus des patients). ⇒ Des affiches ont permis aux patients de connaître le dispositif, et évité aux cardiologues un temps important d'explication (« <i>Informé, convaincre = ça prend du temps sur la consultation</i> »).
SMR Centre Bois Gibert - Ballan-Miré (37)	CVL	99	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Un référent particulièrement impliqué (cadre kinésithérapeute). Très actif dans la communication auprès des patients. ⇒ Le cardiologue orientait les patients intéressés par ADC vers le référent pour réaliser les inclusions et procéder à l'orientation vers une structure APA la plus proche de chez eux et aux horaires compatibles avec les emplois du temps. ⇒ A sa sortie, le patient repartait avec une prescription, et une partie de son dossier pour le coach APA.
SMR Clinique Saint Orens de Gameville (31)	OCC	35	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ La cardiologue référente de l'établissement a participé à la mise en place de ADC puis en arrêt de travail. ⇒ La référente de l'expérimentation est donc une enseignante en APA du SMR qui est également membre de l'association sportive du SMR. Elle est épaulée par une autre enseignante en APA spécialiste des maladies cardiovasculaire exerçant également dans l'association Saint Orens.

			<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Des interventions⁹ d'une demi-heure sont organisées par la référente, afin de présenter le programme aux patients. ⇒ Les enseignants en APA du SMR ont la charge d'inclure les patients volontaires à la suite de l'intervention.
Maison du Mineur - Vence (06)	PACA	48	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Validation du projet en CME + CODIR. Désignation d'un référent formé en APA qui a géré le projet. ⇒ Un référent (cardiologue) s'est chargé d'expliquer le programme aux patients et de dispenser les formations aux membres de son établissement. ⇒ Les médecins ont également tous été sensibilisés. ⇒ L'expérimentation a été proposée à tous les patients de cardio-pneumo du SMR. ⇒ Forte implication des enseignants en APA du SMR, principalement du responsable APA en charge du suivi des inclusions.
Hôpital privé A. Tzanck (SMR Saint Basile) - Mougins (06)	PACA	77	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Le programme est inclus dans le protocole de soin et présenté par l'infirmière de réadaptation cardio-vasculaire au début et au milieu du séjour SMR et le cardiologue présente aussi l'intérêt du programme dès la première consultation et en cours de prise en charge. ⇒ A la sortie prévue du SMR, un rendez-vous As du Cœur est fixé avec le patient en fonction de son lieu d'habitation. ⇒ Adhésion « facile » des professionnels (« car c'est une toute petite structure ». Les 5 cardiologues participent. ⇒ Rôle essentiel de l'infirmière de rééducation cardiaque et de la secrétaire (prise de rendez-vous, explication du programme...) « <i>Très impliqués dans le projet</i> ». ⇒ L'établissement avait par ailleurs participé à l'essai clinique initial, et était donc déjà organisé pour ce type de parcours.
Hôpital privé Clairval - Marseille (13)	PACA	29	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ 2 cardiologues de la structure sont impliqués dans l'expérimentation. Ils voient tous les patients du SMR en consultation initiale et proposent aux patients éligibles une inclusion dans ADC¹⁰. ⇒ Les patients reçoivent une notice et un temps de réflexion leur est laissé, une fois qu'ils ont donné leur accord, les patients sont inclus sur GOOVE.
Hôpital Léon Bérard - Hyères (83)	PACA	56	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ La cadre de service du SMR informe et accompagne les patients souhaitant participer au programme. Elle aide les patients à trouver les structures effectrices les plus près de chez eux.¹¹ ⇒ Le SMR possédait déjà une offre d'APA en place.

- ⇒ Du côté des SMR, **l'adhésion s'est faite facilement par le biais des interventions du Dr. Fuch qui a contacté directement les responsables et leur a présenté le projet.** Contrairement à d'autres acteurs, les responsables des **SMR ont été davantage sollicités lors de la phase de démarrage** de l'expérimentation que durant la phase de mise en œuvre. Ce sont en effet leurs équipes et les cardiologues référents qui ont principalement été mobilisés durant le projet. Les responsables sont nombreux à souligner **l'importance de leur participation au projet et les bonnes relations** aussi bien avec le porteur qu'avec les structures effectrices.
- ⇒ Les cardiologues interrogés partagent en grande partie l'avis des directions des SMR. Le projet est perçu de manière positive et vu comme un moyen de **valoriser leur activité en tant que professionnel de santé opérant en SMR.** De la même manière que leur responsable, les cardiologues évoquent également la bonne coordination entre les équipes aussi bien au sein de leur structure qu'avec l'extérieur.
- ⇒ La principale difficulté rencontrée par les SMR a **été le manque d'effecteurs sur le territoire** pour inclure l'ensemble des patients qui auraient pu participer.

⁹ A noter : pour des raisons de RH ces interventions n'ont été faites que pour les patients en hôpital de jour ce qui a exclu de fait tous les patients hospitalisés (moitié de la file active avec des patients habitant principalement à Toulouse et tous les résidents du Tarn). Malgré les demandes des porteurs et celles des 2 effecteurs de fait impactés il n'y a eu aucune possibilité de trouver une solution même avec l'aide proposée par les 2 effecteurs. Ces problèmes de RH (personnels et cardiologues) expliquent le faible recrutement.

¹⁰ A noter qu'un cadre kiné avait été désigné référent mais il ne semble pas avoir été impliqué dans le « recrutement » et il a quitté l'établissement avant la fin de l'expérimentation → ce qui peut expliquer le faible recrutement.

¹¹ Selon les porteurs, l'absence d'implication des cardiologues (tensions internes avec départ de la cardiologue référente de l'hôpital de jour) au début du projet a été un peu compensé par la forte implication de la cadre de service mais explique la relative faiblesse du recrutement pour l'établissement SMR effecteur.

3.3.2 Modalités d'organisation des séances d'APA

Les entretiens avec les responsables et effecteurs APA ont permis de dresser les constats suivants :

- ⇒ Le dialogue et la coordination avec les SMR ont été variables selon les territoires : les coachs **(7 sur 10)** évoquent globalement **une bonne relation avec une communication voire un accompagnement du SMR**. Pour 2 structures (sur 10) la coordination aurait pu être plus développée. Les effecteurs situés en milieu rural (plus éloignés du SMR) évoquent davantage ce manque de lien avec le SMR.
- ⇒ Dans la majorité des cas, les patients ADC étaient intégrés à des groupes mixtes incluant d'autres patients. Pour certaines structures au contraire, le choix a été fait de créer des groupes spécifiques pour les patients du programme.
- ⇒ Les séances d'APA se sont organisées sur des principes similaires. Les activités privilégiées sont l'endurance et le renforcement musculaire mais des activités de gymnastique ou d'équilibre ont également pu être proposées. Les séances réalisées pouvaient avoir lieu en extérieur ou en intérieur en fonction du type d'activité.
- ⇒ Concernant la réalisation des séances **d'engagement durable**, plusieurs modèles étaient possibles. Certaines structures ont fait intervenir **2 coachs différents**, l'un réalisant les séances d'APA et l'autre les séances d'engagement durable. A contrario, certaines structures ont privilégié le choix **d'une seule personne référente** pour les 2 types d'activités.
- ⇒ Les séances collectives n'ont pas atteint les 10 participants comme prévu. Globalement, les groupes ont variés entre 3 et 11 participants mais plus généralement entre 6 et 7.

Tableau 12. Exemples de modalités d'organisation des séances APA (Sources : Coachs, effecteurs APA)

Structure effectrice	Types de groupes	Lien avec le SMR	Difficultés rencontrées / Leviers
CPTS ASCLEPIOS (Primaire - rural)	Groupes mixtes	Inscription du patient par le SMR mais pas de lien supplémentaire	<ul style="list-style-type: none"> • SI très intuitif. Quelques difficultés au début mais vite résolues. • Le SMR n'envoie pas le CR médical (c'est le patient qui l'apporte). • Problème de l'âge : les patients AdC sont relativement jeunes par rapport aux patients APA de la CPTS ce qui a pu induire une différence de capacités physiques.
APA Santé croisée (primaire - urbain)	Groupes mixtes et spécifiques ADC	Contact avec 2 SMR à Marseille qui accompagnent et orientent. Bonnes relations	<ul style="list-style-type: none"> • Rémunération : Pas en adéquation avec la pratique • SI : Ne fonctionne pas pour tout ce qui est rappel de séance pour les patients. Beaucoup de bugs • Communication autour du programme aurait pu être plus importante
Orange Bleue / Wellness (Primaire - urbain)	Groupes spécifiques ADC	Le SMR a effectué les séances d'ETP.	<ul style="list-style-type: none"> • Peu de difficultés : Problème de gestion des plannings du fait du double outil (logiciel du centre et logiciel GOOVE). • Rémunération : OK
Association Fit and Zen / CPTS Sud Lochois (secondaire - rural)	Groupes mixtes	Peu de liens avec le SMR et les autres professionnels du patient	<ul style="list-style-type: none"> • Le SI est intéressant mais la prise en main était difficile en raison des bugs • Rémunération : OK
CREPS Auvergne Rhône Alpes de Vichy (primaire - urbain)	Groupes mixtes	Des liens avec le SMR au début (formation) et en cours via les notifications GOOVE + certificat de non-contre-indication/ prescription signé par le cardiologue	<ul style="list-style-type: none"> • Sur la mise en œuvre du parcours pas de difficulté. • SI : A un grand intérêt • Formation : Satisfaisante • Rémunération : Cohérente

Association Vitaé Sport santé (primaire - semi-rural)	Groupes spécifiques ADC	La communication et la proximité avec le SMR ont facilité la collaboration	<ul style="list-style-type: none"> • Quelques difficultés à trouver des créneaux libres • SI : GOOVE déjà utilisé mais de nombreux bugs • Rémunération : OK mais pas de rémunération du déplacement pour les bilans des patients qui ne se déplacent pas au rendez-vous
ASSO Saint Orens (primaire - urbain)	Groupes mixtes	Le lien avec le SMR se fait par le biais de la coach qui a les 2 casquettes car travaille aussi pour le SMR.	<ul style="list-style-type: none"> • Charge de travail importante pour la coach • SI : Problèmes importants
FSCF Loire 42 (Primaire - urbain)	Groupes mixtes	Les liens avec le SMR existent avec des appels et des réunions au cas par cas. Il y a eu une coordination pendant le projet.	<ul style="list-style-type: none"> • Difficultés à prendre un patient qui ne pouvait pas se déplacer. Une solution individuelle a été trouvée. • SI : Satisfaisant mais a rajouté une charge de travail • Rémunération : OK
Maison Sport Santé de la Haute Garonne (EffORMip) (Primaire - urbain)	Groupes spécifiques ADC	Lien avec le SMR qui a permis de venir faire des séances d'information dans ses locaux.	<ul style="list-style-type: none"> • Quelques difficultés de communication autour du programme • Lien avec les MG pourrait être plus important • Le programme prévoit 40 séances mais certains patients sont parfois absents. Ils rattrapent les séances ce qui rallonge la période d'inclusion. • SI : Satisfaisant mais améliorations possibles
Clinique Saint Yves (Volet effecteur) (primaire - urbain)	Groupes spécifiques ADC	Volet effecteur de la clinique Saint Yves	<ul style="list-style-type: none"> • Quelques difficultés avec la gestion des rendez-vous • SI : Peu utilisé par les patients
The Sunrise (Primaire – urbain)	Groupes spécifiques ADC et groupes mixtes.	Structure jeune dont ADC a permis de donner de la légitimité et de faire "de la pub".	<ul style="list-style-type: none"> • Pas vraiment de difficulté mais estime avoir eu moins de patients car "secteur de Rennes moins important".
Association Action Sport Santé Nutrition (secondaire – rural)	Groupes mixtes	Orientation des patients par le SSR vers la Maison Sport Santé (aujourd'hui fermée). La MSS rémunérait l'association : pas de souci particulier car payé en temps et en fonction des séances.	<ul style="list-style-type: none"> • Pas de difficultés particulières sauf l'arrêt des inclusions par le SMR et l'arrêt de la Maison Sport Santé (maladie de la coordinatrice). • Pas de contacts avec les MG (mais pas besoin). • Perte du lien avec le SMR et la MSS (plus de référents).
CTD- Coordinateur Sport Santé CDOSL / DAPAP / MSS Loire	Groupes dédiés As du Cœur	Départ en retraite et turn-over des équipes SMR qui a entraîné une perte des collaborations. Le SMR ne propose plus de l'APA qu'en son sein.	<ul style="list-style-type: none"> • Difficultés de flux de patients pour la gestion des groupes. • Constitution des groupes mixtes basés en réalité sur d'autres critères que la pathologie : Limitations physiques de la personne.
Office des Sports du pays de la Roche aux Fées (Primaire – périurbain/rural)	Groupes spécifiques ADC et groupes mixtes.	Bonne coordination avec le SMR et bonne communication durant le projet. Les échanges se poursuivent malgré la fin de l'expérimentation.	<ul style="list-style-type: none"> • Pas de difficulté majeure identifiée.

Des détails complémentaires sont présentés en [Annexe 4](#).

Conditions pratiques de fonctionnement du programme (résultats de l'enquête en ligne) :

61% des structures (17/28) disposent d'un lieu dédié pour réaliser l'APA. L'organisation de l'intégration des patients suit 2 modalités : pour 45% des structures (13/29), les patients sont intégrés dans des **groupes dédiés As du Cœur** tandis que pour 52% (15/29) des structures, les patients rejoignent des **groupes mixtes** composés d'autres pratiquants d'APA).

93% des structures ont réalisé le module d'engagement durable prévu. Dans la quasi-totalité des cas, il est réalisé par un professionnel de l'APA. Dans une structure, il est réalisé par un autre professionnel (diététicienne formée à l'ETP ou médecin généraliste).

Tableau 13 : Organisation des structures

	Total
Effectif	29 (100,0%)
Disposez-vous d'un lieu dédié pour l'APA ?	
Oui	17 (60,7%)
Modalités d'organisation des séances d'APA pour As du Cœur	
Groupes dédiés As du Cœur	13 (46,4%)
Groupes mixtes (avec d'autres pratiquants APA)	15 (53,6%)
Les éléments du module d'engagement durable ont-ils été réalisés par votre structure ?	
Par votre structure	26 (92,9%)
Par une autre structure	2 (7,1%)
Les éléments du module d'engagement durable ont-ils été réalisés par :	
Par un professionnel de l'APA	19 (76,0%)
Par un autre professionnel	1 (4,0%)
Par les 2	5 (20,0%)

Les structures déclarent globalement (90%) être satisfaites du processus d'inclusion des patients.

Le contenu du programme As du Cœur est jugé pertinent par plus de 93% des effecteurs APA (2 effecteurs estiment qu'il faudrait le revoir).

Principales difficultés évoquées par les structures dans l'enquête :

- ⇒ Difficulté d'organiser des groupes d'APA du fait de l'inclusion **au fil de l'eau** (13/29).
- ⇒ Suivi via le logiciel GOOVE (11/29).
- ⇒ Difficulté d'organisation de l'atelier collectif du module d'engagement durable (10/29).

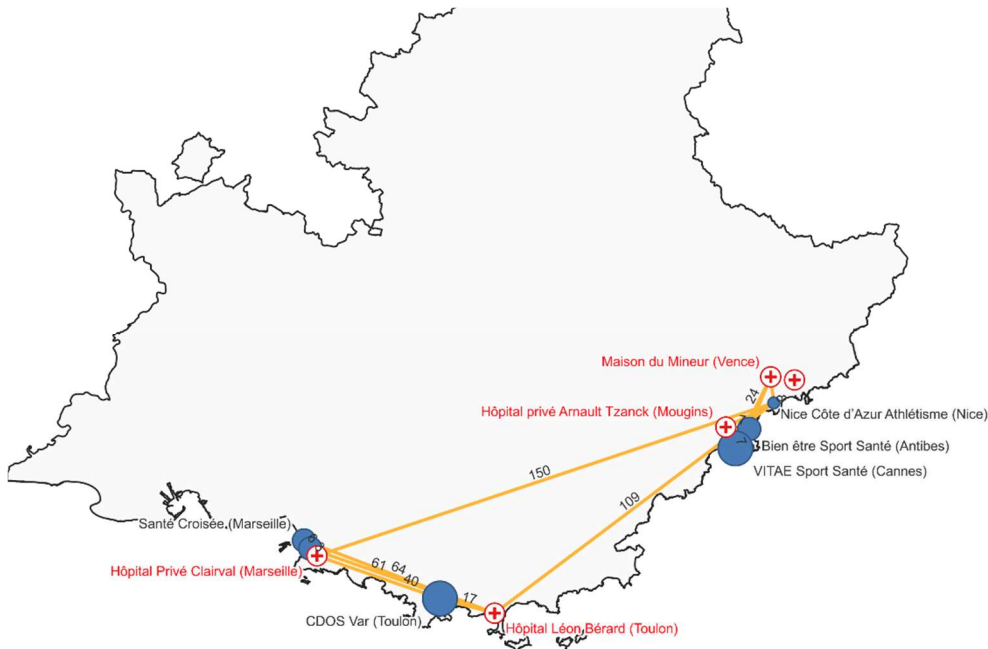
3.4 Déploiement du projet dans les territoires en lien avec les effecteurs APA impliqués

Le déploiement dans les territoires a été conforme au cahier des charge avec des parcours proposés dans les 5 régions prévues. Comme vu précédemment (paragraphe Gouvernance), les partenaires institutionnels se sont fortement impliqués dans la phase de démarrage. Un rôle majeur était attendu dans l'impulsion et le démarrage dans chaque région notamment avec le relais de campagnes de communication régionales. Chez les partenaires institutionnels et territoriaux, le programme a été davantage suivi lors de sa conception que lors de la mise en œuvre mais reste toujours perçu, à distance, très positivement par la majorité des acteurs qui souhaitent sa prolongation. Enfin, le coté expérimental a limité la couverture territoriale : les inclusions reflétant le maillage et l'offre territoriale proposée dans le cadre de l'expérimentation (nombre limité d'effecteurs APA par SMR). Un regret commun est exprimé sur le manque d'offre d'effecteurs du fait de l'expérimentation.

Est présenté ci-après, à titre d'illustration, le maillage territorial de la région PACA. Les cartographies des 4 autres régions sont présentées en **Annexe 5**. Il s'agit de cartes illustratives établies à partir des codes postaux (traduits en codes de géolocalisation) des structures SMR et effecteurs participants.

→ Afin de garantir une égalité d'accès aux patients des SMR, il conviendra de couvrir le territoire d'offres APA.

Figure 3 : Organisation mise en place en région PACA (SMR en Bleu)



3.5 Profil et parcours de patients bénéficiaires

3.5.1 Profil des 466 patients inclus dans le programme As du Cœur

Au total, **466 patients ont été inclus dans le programme As du Cœur** ; âge moyen : **61,4 ans** ; **74%** sont des hommes ; 49% sont retraités ; 44% en activité professionnelle et 7% sans activité. 4,4% de patients bénéficiaient de la Complémentaire Santé Solidaire (Ex CMU-c) l'année d'inclusion.

Concernant le niveau d'activité physique : Avant l'inclusion dans ADC, 53,8% des patients ne faisaient jamais 20min d'activité intense par semaine. 29,6% des patients faisaient 1 à 2 fois par semaine 30min d'activité physique modérée, 32,2% des patients en faisaient 3 à 4 fois et 28,5% plus de 5 fois. → **Finalement moins de la moitié des patients étaient suffisamment actifs à l'inclusion (48,7%)**.

Tableau 14 : Profil des patients inclus dans l'expérimentation et niveau d'activité physique (Source SI)

	Patients As du Cœur N = 466	Témoins SMR N = 311	p-value
Données socio-démographiques			
Sexe : homme, N (%) *	345 (74,0%)	240 (77,3%)	0,2974 (e)
Age à l'inclusion			
Moyenne (écart-type), médiane	61,4 (10,0) / 62,0	59,6 (11,2) / 61	0,0231 (b)
Moins de 55 ans, N (%)	99 (21,7%)	91 (29,3%)	0,0041 (e)
Entre 55 et 70 ans , N (%)	250 (54,7%)	173 (55,6%)	
Plus de 70 ans, N (%)	108 (23,6%)	47 (15,1%)	
Profession , N (%)			
Non renseigné	30	--	
Retraité	213 (48,9%)	--	
En activité professionnelle	191 (43,8%)	--	
Sans activité	32 (7,3%)	--	
CSS l'année d'inclusion : Oui, N (%)	20 (4,4%)	14 (4,7%)	
Données cliniques			
ALD en lien avec une autre pathologie que pathologie cardiaque , N (%)	3 (0,7%)	4 (1,3%)	
Etablissement d'inclusion , N (%)			
CRCRL	85 (18,2%)	--	
Bois Gibert	84 (18,0%)	--	

	Patients As du Cœur N = 466	Témoins SMR N = 311	p-value
Données socio-démographiques			
Saint Yves	77 (16,5%)	--	
CMCP	51 (10,9%)	--	
Léon Berard	45 (9,7%)	--	
Tzanck	43 (9,2%)	--	
Saint Orens	35 (7,5%)	--	
Clairval	27 (5,8%)	--	
Maison du Mineur	19 (4,1%)	--	
Nombre de fois par semaine avec 20 mn d'AP intense			<0.0001 (e)
Non renseigné	7	227	
Jamais	246 (53,6%)	1 (1,2%)	
1 à 2 fois	118 (25,7%)	51 (60,7%)	
Plus de 3 fois	95 (20,7%)	32 (38,1%)	
Nombre de fois par semaine avec 30 mn d'AP modérée			0,0011 (e)
Non renseigné	7	227	
Jamais	44 (9,6%)		
1 à 2 fois	136 (29,6%)	18 (21,4%)	
3 à 4 fois	148 (32,2%)	42 (50,0%)	
Plus de 5 fois	131 (28,5%)	24 (28,6%)	
Score Marshall			<0.0001 (e)
Non renseigné		227	
Insuffisamment actif (entre 0 et 3)	239 (51,3%)	17 (20,2%)	
Suffisamment actif (4 ou plus)	227 (48,7%)	67 (79,8%)	

(e) Test di chi 2 ; (b) Test de Student

Compléments Porteur : « La faible proportion de femmes ayant pu bénéficier d'As du Cœur reflète l'inégalité d'accès aux soins dont souffrent celles-ci. Les raisons de ce faible recours s'expliquent notamment par les contraintes logistiques plus prégnantes pour les femmes. Une généralisation d'As du Cœur permettrait aux structures APA d'obtenir un élargissement des possibilités d'accueil afin de s'adapter aux exigences/contraintes des demandeuses ».

Remarque : La comparaison des profils des cas et des témoins SMR met en évidence des témoins légèrement plus jeunes (59,6 vs 61,4 ans) et plus actifs que les cas (79,8% des témoins suffisamment actifs contre 48,7% chez les cas). Il faut toutefois noter que seuls 27% des témoins ont répondu au questionnaire du score de Marshall.

3.5.2 Parcours effectifs des patients inclus

Tous les patients As du Cœur ont réalisé le premier entretien d'activité physique. Au cours du suivi, 18% des patients ont abandonné. Dans la moitié des cas, l'abandon est survenu dans les 2 premiers mois et dans un quart des cas après 4 mois ou plus. En moyenne les patients ayant abandonné ont suivi 7,8 séances (+/- 9), la moitié en ont réalisé 4.

Au cours du parcours As du Cœur, plusieurs entretiens étaient prévus. La Figure 4 représente le taux de patients ayant réalisé chaque étape du parcours, parmi les patients n'ayant pas abandonné.

- ⇒ **77% des patients ont réalisé l'entretien d'engagement durable intermédiaire.** Ce dernier avait lieu en moyenne 4 mois après le 1^{er} bilan.
- ⇒ **46% des patients ont participé à l'atelier collectif d'engagement durable,** en moyenne 3,5 mois après le 1^{er} bilan.
- ⇒ **74% des patients ont réalisé l'entretien d'engagement durable final.** Ce dernier avait lieu en moyenne 6,4 mois après le 1^{er} bilan.
- ⇒ **75% des patients ont réalisé l'entretien d'activité physique 2,** en moyenne 6,2 mois après le 1^{er} bilan.
- ⇒ Tous les patients ont été revus pour le suivi à un an ; en moyenne 17 mois après le 1^{er} bilan.

Pendant la prise en charge As du Cœur, **les patients ont participé en moyenne à 29,5 séances sur les 40 prévues**. Les trois quarts des patients ont suivi 26 séances ou plus. La distribution est présentée Figure 5.

Profil des patients ayant abandonné :

- ⇒ Le profil socio-démographique des patients ayant abandonné diffère principalement sur la profession avec une sur-représentation des patients sans activité (15,9% vs 5,4%) et une sous-représentation des patients retraités (35,4% vs 52,0%). Un taux de CSS plus important chez les sujets ayant abandonné (10,8% vs 2,9%, p=0.0015).
- ⇒ Les sujets ayant abandonné sont plus nombreux à être **insuffisamment actifs** selon le score de Marshall (61,6% vs 48,9%) sans que les données cliniques soient statistiquement différentes (distance parcourue en 6 minutes, force de serrage...).
- ⇒ Les raisons d'abandon sont liées à l'état de santé (40,6% (rechute ou santé/décès)), difficultés logistiques diverses (41% : raisons professionnelles, distances, horaires, déménagement) et 16% par manque de motivation ou perdus de vue.

Figure 4 : Parcours réalisés (Source SI) : délais moyens et pourcentage de patients concernés

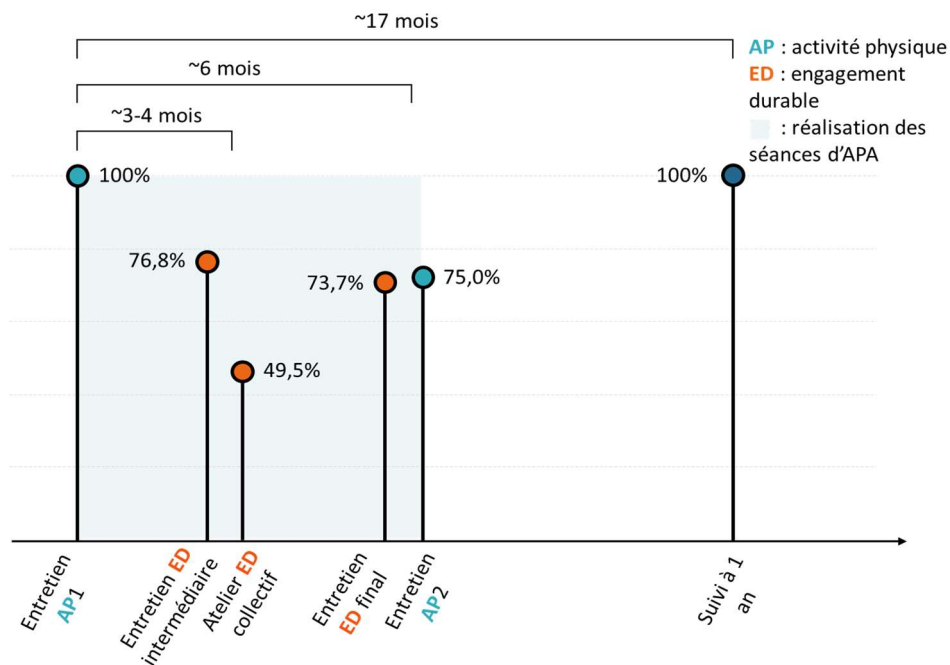
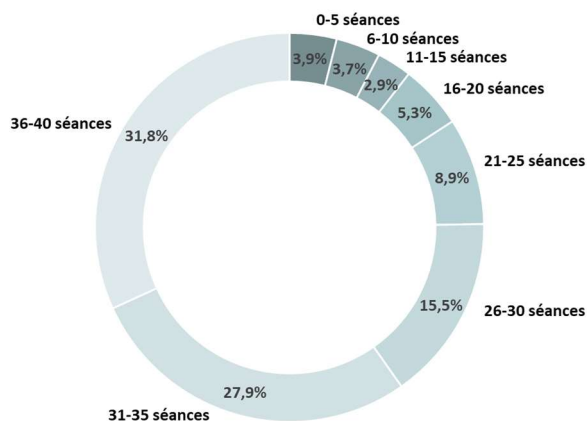


Figure 5 : Répartition des patients par nombre de séances suivies



84% des patients ont fait 20 séances ou plus
60% ont fait 30 séances ou plus
Seulement 10% des patients s'arrêtent avant la 15ème séance
29,5 séances en moyenne

Profil des patients en fonction du nombre de séances :

- ⇒ Un taux plus élevé d'hommes est observé globalement et dans les groupes ayant un grand nombre de séances (0-15 séances : 62,5% ; 15-25 séances : 68,5% ; 25-35 séances : 75,2% ; 35 séances et plus : 80,2%).
- ⇒ **On observe aussi des patients légèrement plus jeunes chez les patients les plus observants (Age moyen - 0-15 séances : 64,4 ; 15-25 séances : 62,1 ; 25-35 séances : 61,7 ; 35 séances et plus : 61,1.)**

3.6 Des patients satisfaits de l'organisation des séances APA et de leurs parcours

➔ **Les retours des patients bénéficiaires montrent une bonne acceptation du programme malgré des difficultés principalement dues à la distance résidence-lieu d'APA (liées au côté expérimental).**

83% des patients interrogés (N=25/30) se sont vu présenter le programme par le personnel soignant du SMR lors de leur séjour (cardiologues, infirmières et kinésithérapeutes) « *Moi c'est mon cardiologue qui m'a parlé du programme, mon médecin il savait mais ce n'est pas lui qui me l'a proposé* » ou par les coachs sportifs des SMR. Le programme est généralement présenté oralement, ou par le biais d'un flyer (N=2). 3 patients connaissaient le projet grâce à un membre de leur famille ou par des connaissances.

Le **niveau d'information pour la présentation du parcours As du Cœur** est assez homogène pour tous les SMR, où l'encadrement/organisation, la temporalité et la prise en charge financière sont les principaux sujets discutés lors de la présentation du programme. Les patients sont tous **motivés** et n'expriment pas de craintes ou d'objections particulières à la participation « *Je savais qu'il fallait que je me mette au sport surtout que j'en faisais peu auparavant* ».

La totalité des 30 patients interrogés n'ont pas eu d'hésitation à s'inscrire au programme, et ont **facilement trouvé une structure**. La distance entre les SMR et le domicile des patients est très **variable**. Certains ont pu s'y rendre à pied car leur SMR était à proximité, alors que certains devaient se rendre à leur centre à plus d'une heure en voiture. Cependant, les horaires pouvaient être **flexibles** selon les structures effectrices, permettant ainsi de regrouper 2 séances hebdomadaires en une seule, afin d'éviter trop de déplacements. Le **changement de structure** a également été proposé lorsque la distance rendait impossible la participation aux séances aux horaires prévus. 16% des patients (N=5) ont trouvé que les structures effectrices étaient assez loin de leur domicile, 2 d'entre eux ont pu changer de structures et 3 ont quand même décidé de s'y rendre, malgré l'absence d'alternatives.

Concernant le **contenu et l'organisation des séances**, tous les patients (30/30) se montrent très **satisfaits**. Pour la majorité, les exercices adaptés leur ont permis de **reprendre confiance** en eux et d'envisager une pratique sportive plus sereinement « *j'ai vraiment eu une grande perte de confiance en moi après mon infarctus j'avais peur* » ; « *j'étais motivé pour participer au programme car j'avais besoin de me rassurer* » (*grand sentiment de stress pour la reprise d'une pratique sportive et détresse émotionnelle (Notes d'entretien)*) ». Les activités proposées par les coachs dépendaient des infrastructures existantes sur le territoire, et pouvaient être pratiquées en intérieur (renforcement musculaire, tapis roulant, stretching, musculation, séance de kinésithérapie) ou en extérieur (marche rapide, marche nordique, vélo). Les activités ont été bien accueillies par les patients, car les coachs s'adaptaient au niveau de chacun. « *La coach était à l'écoute de tous, ça c'était bien, c'était chacun à son rythme* » ; « *Je trouvais que c'était bien, j'étais la plus âgée du groupe, les autres avaient 70 ans mais il n'y a eu aucun problème, le coach s'est adapté pour moi* ».

→ Ils attribuent des notes moyennes de **9,2 sur 10** à l'organisation des séances APA ainsi qu'à leur satisfaction de leur prise en charge dans le programme As du Cœur.

Peu de difficultés rencontrées : Globalement, les patients n'ont pas rencontré de difficulté notable dans leur parcours. Pour quelques patients, la distance devenait un frein mais les structures ont su les orienter vers d'autres centres afin de continuer le programme.

6 patients déclarent que les horaires n'étaient pas assez flexibles et donc peu adaptés à leur quotidien (travail, vie de famille). « *Les horaires ne sont pas adaptés à tous et il manquait des locaux après les grandes vacances (la coach ne savait pas comment organiser les séances à la rentrée)* » ; « *Problèmes horaires et distance avec le travail (Notes d'entretien)* ».

Pour 93% des patients interrogés (N=28), la **dimension économique** (« gratuité ») du programme est un **atout majeur**. La fin du programme (et notamment la poursuite de manière autonome) est pour quelques participants une source d'interrogation. La prise en charge financière n'est plus possible et cela peut compromettre leur reprise d'activité physique. « *C'est dommage que ce soit payant à la fin (du programme)* » ; « *séances qui seront payantes : patient ne souhaitant pas payer (Notes d'entretien)* » ; « *Patient qui pratique maintenant la randonnée en autonomie. Voulait continuer dans un centre mais devenu payant (Notes d'entretien)* ».

Une généralisation souhaitée à l'unanimité d'un programme qu'ils jugent **indispensable** : « *Ça serait formidable si ça se généralise* » : **Note moyenne de 9,8/10 à la volonté de pérennisation** du programme, qui leur a permis de reprendre confiance en soi « *C'est vrai ça aide quand on a ce genre d'accident de vie, au moins on reprend confiance quoi !* ».

Les **échanges, les rencontres, l'encadrement et l'amélioration de leurs capacités physiques** sont les principaux arguments mis en avant par les participants interrogés, en faveur d'une généralisation du programme. « *C'est une expérience à généraliser, j'ai bien fait d'y aller* » ; « *le physique c'est important mais sans le moral ce n'est même pas la peine* » ; « *je pense que le programme m'a sauvé la vie* » ; « *je pense que dans l'état dans lequel j'étais on peut quand même voir qu'on peut monter très haut !* ».

Des **axes d'améliorations** sont proposés par les patients :

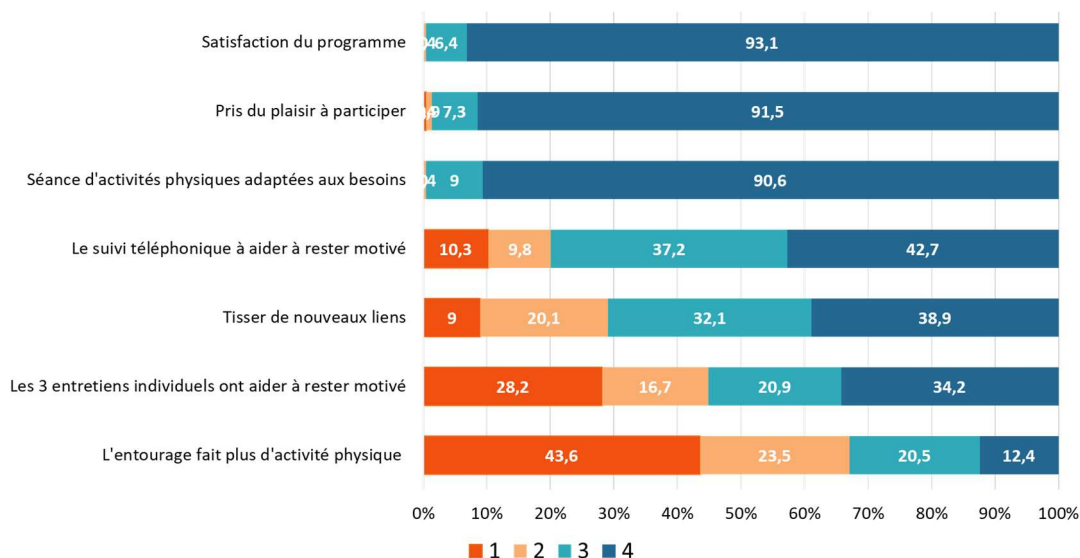
- ⇒ « **Création** » de plus de centres permettant ainsi de faciliter le changement de structure en raison des distances trop importantes pour certains patients « *Aurait souhaité pouvoir éventuellement changer de structure effectrice en cours de parcours. (Notes d'entretien)* »
- ⇒ **Variation des activités** proposées permettant de découvrir d'autres sports « *la patiente propose la possibilité de mettre en place des ateliers de découverte d'activités physiques pour pouvoir les choisir en amont. (Notes d'entretien)* ».
- ⇒ **Développement d'un réseau [social]** pour se rapprocher d'autres personnes partageant le même vécu (hôpital, pathologies, peurs) « *Le système est bon mais en complémentarité, il faudrait faire une sorte de "réseau social" pour que les gens puissent se parler et échanger sur les difficultés, parce que j'ai cherché et je n'en ai pas trouvé* » (groupe soutien RS) ».
- ⇒ Inclusion d'autres acteurs tels que des médecins nutritionnistes « *C'est vrai que c'est dommage que ADC ne propose pas ça moi vraiment je mangeais très mal et sur le pouce, je suis allée voir une nutritionniste pour arranger les choses de mon côté* ».

→ **Les entretiens réalisés confirment les résultats des questionnaires de satisfaction** issus du système d'information du projet :

Les patients étant allés au bout de l'expérimentation sont satisfaits du programme (99,5%), ont pris du plaisir à participer (98,8%) et considèrent que ces séances sont adaptées à leurs besoins (99,6%). Le suivi téléphonique semble avoir été un levier plus important dans le maintien de la motivation des participants (79,9%) ainsi que les 3 entretiens individuels (55,1%). Le détail des résultats est présenté dans la figure suivante.

100% des patients (ayant répondu à la question) recommandent le programme à un ami.

Figure 6 : Retour des patients sur leur expérience dans le programme (1 – Pas du tout à 4 – Tout à fait satisfaits)



3.7 Freins / Difficultés rencontrées dans la mise en place du programme, relevant globalement du coté expérimental

Les principales difficultés ont pour la plupart déjà été identifiées dès le rapport intermédiaire. Elles sont principalement liées :

- ⇒ Au contexte général du système de santé dans une période marquée par la **pandémie, des absences de personnel** en lien avec le contre-coup COVID ; une **file active de patients sensiblement diminuée en SMR** entraînant une diminution des patients éligibles.
- ⇒ Pour l'équipe de coordination ADC : des **temps importants dédiés à la résolution des problèmes** en lien avec le système d'information et la rémunération des effecteurs.
- ⇒ Au sein des **centres SMR** :
 - Au manque de ressources humaines (cardiologues...) pour s'impliquer dans le projet et informer et orienter les patients vers le programme.
 - Au manque d'offre de proximité dans certaines régions, dû au nombre limité d'effecteurs (lié au caractère expérimental du projet).
 - Aux horaires de pratique proposés par les effecteurs : pas toujours compatibles pour les personnes ayant une activité professionnelle/une charge familiale.
 - A la charge de travail liée à l'information et au recrutement des patients éligibles et des patients témoins.
- ⇒ Au sein des **structures effectrices** :
 - Aux conditions logistiques : indisponibilité d'infrastructures pour les créneaux en dehors des heures de travail.
 - Aux difficultés de prise en main du système d'information GOOVE et aux temps d'appropriation du protocole (entretiens individuels, module engagement durable).
 - Au fonctionnement à la saison (pas de séances juillet/aout) : contrairement aux besoins de santé avec les flux permanents.
 - A la difficulté de s'organiser et d'anticiper (du fait de l'expérimentation en partie et de l'arrivée au fil de l'eau) le nombre de patients concernés et donc difficulté d'anticiper les besoins en ressources humaines nécessaires.

4 RESULTATS AXE 2 : EFFICACITE / EFFICIENCE

Ce volet vise à répondre à la question de l'atteinte des objectifs de l'expérimentation en matière de qualité du parcours des patients et d'organisation innovante et pour quels coûts et impact médico-économique.

RAPPEL DES OBJECTIFS A PARTIR DESQUELS EST MESUREE L'EFFICACITE

Objectifs principaux et opérationnels du projet As du Cœur :

- ⇒ Favoriser la pérennisation d'une pratique d'AP, autonome, régulière à l'issue du programme passerelle.
- ⇒ Améliorer les paramètres physiques et de la qualité de vie des patients inclus.
- ⇒ Réduire les dépenses de santé [pour rappel, en 2015, l'essai clinique ayant conduit à l'expérimentation As du Cœur, avait identifier une réduction des dépenses annuelles de santé de 1279 € (près de 30%) des cas versus un groupe témoins, principalement due aux coûts hospitaliers].

4.1 Des objectifs atteints en termes de remise en mouvement et de pérennisation de la pratique d'activité physique régulière à distance du programme

4.1.1 Les analyses comparées cas/témoins des données du SI montrent un impact positif du programme : Augmentation de 34% des cas suffisamment actifs

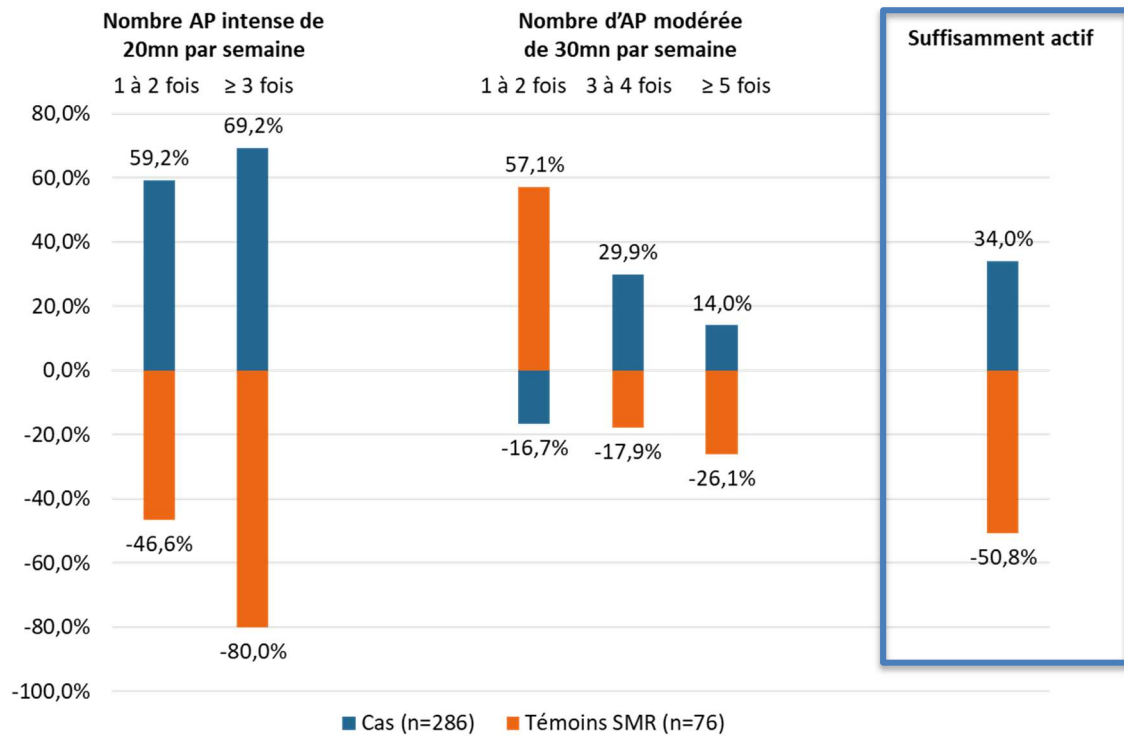
Les analyses statistiques montrent qu'entre les bilans d'activité physique 1 et 2, le taux de patients pratiquant 1 à 2 fois une activité physique intense de 20mn par semaine a augmenté chez les cas de 59,2% et diminué chez les témoins de 46,6%. L'augmentation est de 69,2% pour le taux de cas pratiquant 3 fois (ou plus) une activité physique intense de 20mn par semaine. Le taux chez les témoins a diminué quant à lui de 80%.

La tendance à l'augmentation du nombre de séances d'activité physique modérée de 30mn par semaine est la même :

- ⇒ On observe une augmentation de 57,1% du taux de témoins pratiquant 1 à 2 fois par semaine une AP modérée de 30mn et une diminution du taux de témoins pratiquant 3 à 4 fois et 5 fois ou plus par semaine une AP modérée de 30mn, respectivement 17,9% et 26,1%.
- ⇒ Pour les cas, une augmentation du taux de patients pratiquant une AP modérée de 30mn 3 à 4 fois et 5 fois ou plus par semaine est observée de respectivement 29,9% et 14,0%.

→ Finalement, le taux de cas « suffisamment actifs » a augmenté de 34% entre les 2 bilans d'activité physique alors qu'il a diminué de 50,8% pour les témoins.

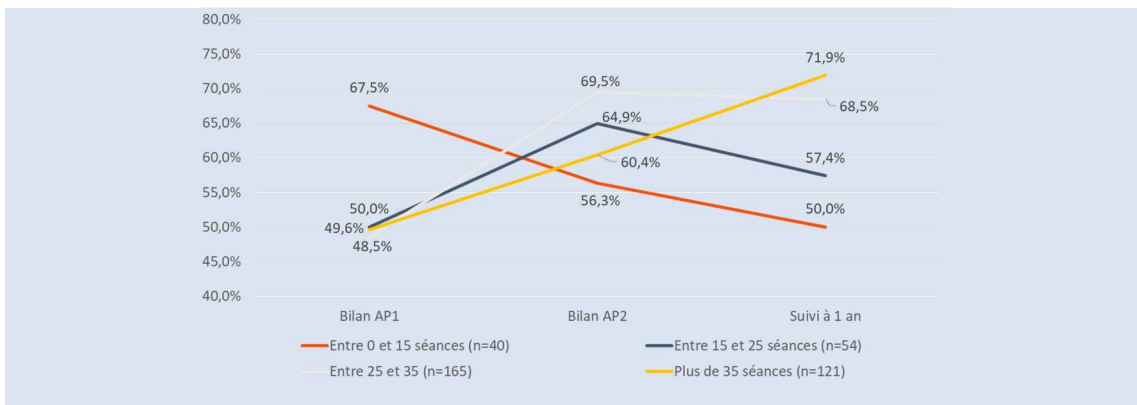
Figure 7 : Evolution du taux de patients entre les 2 bilans d'activité physique



Profil d'activité des patients en fonction du nombre de séances :

- ⇒ **Les patients ayant suivi moins de 15 séances étaient globalement plus actifs que les autres patients à l'inclusion** (67,5% de patients suffisamment actifs au sens du score de Marshall contre ~50%). Dans ce groupe, le taux de patients suffisamment actifs a diminué tout au long du suivi (67,5% au bilan AP1, 56,3% au bilan AP2 et 50% à 1 an).
- ⇒ Pour le groupe ayant suivi plus de 15 séances, le taux de patients suffisamment actifs a augmenté entre les 2 bilans AP :
 - Une augmentation de 43,3% est observée chez les patients entre 25 et 35 séances, avec un maintien de l'activité physique à un an.
 - Dans le groupe 15-25 séances, l'augmentation du taux de patients suffisamment actifs est de 29,8% pendant l'expérimentation. Une diminution du nombre de patients actifs est observée à 1 an (passage de 64,9% au bilan AP2 à 57,4% à un an)
 - **Chez les patients ayant suivi plus de 35 séances, le taux de patient suffisamment actifs a augmenté tout au long du suivi pour passer de 49,6% au bilan AP1 à 71,9% à 1 an.**

Figure 8 : Taux de patients As du Cœur suffisamment actifs en fonction du nombre de séances suivies



4.1.2 Des bénéficiaires qui poursuivent l'AP à distance : 84,5% à 1 an et 82,8% à 2 ans

Parmi les 282 patients ayant réalisé l'entretien d'engagement durable à l'issue du parcours, tous déclaraient souhaiter poursuivre une activité physique régulière après le programme. En particulier, ils étaient 88% à souhaiter poursuivre cette activité en autonomie (seul ou en groupe) et 74,8% encadrée par un professionnel. **Près des trois quarts des patients déclarent que l'expérimentation leur a permis de changer leurs habitudes de vie.**

A 1 an, 84,5% des patients déclaraient toujours pratiquer une activité physique régulière. Cette activité était pratiquée pour :

- ⇒ 54,5% des patients en autonomie / seul.
- ⇒ 38% des patients avec encadrement par un professionnel.
- ⇒ 7,5% des patients en autonomie en groupe.

Parmi les patients ayant une pratique encadrée par un professionnel à 1 an, **63% pratiquaient cette activité dans la structure d'activité physique de prise en charge pour le programme As du Cœur** et 37% dans une autre structure (club ou association). Les sports les plus cités comme activité physique à un an sont la marche (54%), le vélo (30,5%), la musculation/gym (22%).

Près des **trois quarts des sujets déclarent avoir une activité physique plus importante** que celle avant la réadaptation cardiaque et 8% déclarent que cette activité est plus faible.

A 2 ans, 82,8% des patients interrogés (314/379) déclarent toujours pratiquer une activité physique régulière : 43% en autonomie/seuls ; 40% encadrée par un professionnel ; 17% en autonomie en groupe. Lorsqu'elle est encadrée, 59% des patients poursuivent dans la structure APA As du Cœur.

Tableau 15 : Résultats des enquêtes à distance (1 an et 2 ans après sortie du programme) sur la poursuite d'une AP par les patients bénéficiaires de As du Cœur

	A 1 an N= 380	A 2 ans N=379
Pratique toujours une AP	84,50%	82,80%
En autonomie /Seul	54,20%	43,30%
En autonomie en groupe	7,50%	16,50%
Encadrée	38,30%	39,80%
Dans une structure As du Cœur (pour les encadrées)	63,40%	59,20%
AP plus importante qu'avant la réadaptation	65,30%	57,80%
AP Identique	20,30%	22,70%
AP moins importante qu'avant	14,50%	19,50%

4.1.3 Des impacts constatés au niveau de la santé et de la qualité de vie des bénéficiaires

Généralement, seuls les enseignants en APA avaient la possibilité de directement constater un changement concernant la qualité de vie des patients. « *On a des personnes qui sont en meilleure santé, en meilleure forme, plein de petites réussites que ce soit physiques ou psychologiques* » (Responsable APA, PACA).

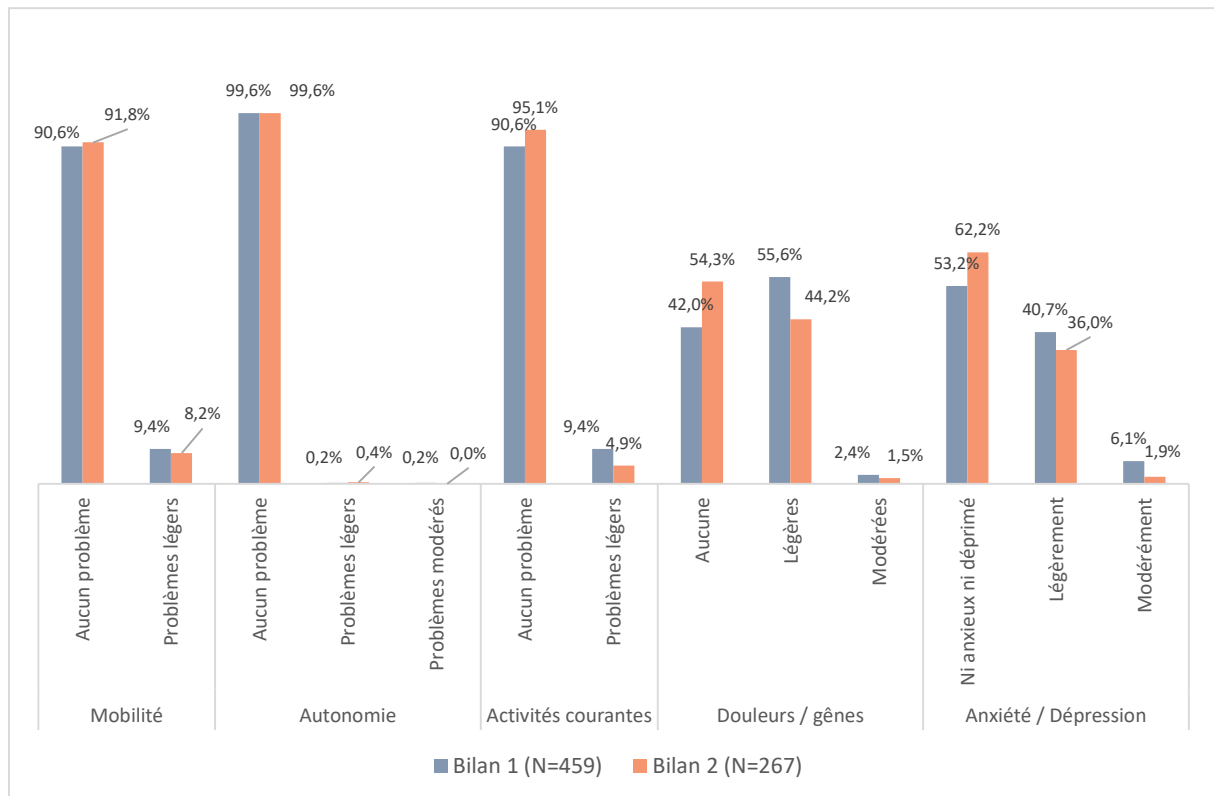
Les résultats de l'enquête réalisée auprès de ces enseignants APA, montrent que le **programme est jugé efficace** par ces professionnels qui lui attribuent une note de 9/10 en termes d'efficacité. Il est également décrit comme très bien accepté des patients (nota de 8,8/10). Le déploiement d'As du Cœur à l'échelle nationale est globalement souhaité par les effecteurs (9,4/10).

Quant aux professionnels de santé des SMR, ces derniers n'ont eu que dans de rares cas des retours de patients par le biais de certains enseignants en APA. La plupart n'ont eu aucun retour : *« on perd les patients de vue après leur sortie »* (Responsable SMR). D'après les professionnels interrogés, **les patients semblaient dans l'ensemble très satisfaits du programme ce qui est confirmé par les patients eux-mêmes**. Effectivement, ces derniers ont confié lors des entretiens, que **le programme avait changé leur rapport à l'exercice**. Les patients constatent **un impact au niveau de leur santé que ce soit sur le plan physique ou mental**. *« Lorsque vous sortez de Clairval, vous êtes déjà motivé et très accompagné mais c'est dans un cadre très médicalisé, donc passer de ça au suivi par un coach, avoir l'étiquette sport, c'est aussi bien mentalement que physiquement »* (Patient), *« beaucoup d'échanges et la possibilité de s'exprimer sur notre ressenti avec les autres »* (Patient). D'après les différents témoignages, les patients en fonction de leurs accidents ont pu retrouver confiance en leur capacité physique.

Impact positif sur la qualité de vie des patients

La qualité de vie des patients de l'expérimentation As du Cœur a été mesurée à 2 reprises, à l'aide du questionnaire EQ-5D, qui est une échelle de qualité de vie avec 5 items représentant 5 dimensions : mobilité, autonomie, activités courantes, douleurs / gênes et anxiété / dépression. La réponse se fait sur des échelles en 5 points (1 : pas de problème ; 2 : problèmes légers ; 3 : problèmes modérés ; 4 : problèmes sévères ; 5 : problèmes extrêmes ou incapacité totale). La Figure 9 présente l'évolution des réponses des participants entre le premier bilan (N=459) et le deuxième bilan (N=267). Il est observé qu'aucun patient n'a sélectionné les niveaux 4 et 5 de l'échelle. Globalement, il est observé une amélioration de la qualité de vie sur l'ensemble des dimensions, avec une proportion de patients signalant « Aucun problème » en augmentation entre les 2 bilans.

Figure 9. Evolution des réponses aux items de l'EQ-5D entre le bilan 1 et le bilan 2



Les réponses à l'EQ-5D permettent de calculer le score d'utilité à l'aide de la matrice française de valorisation des états de santé. Le score d'utilité varie entre 0 (état de santé équivalent à la mort) et 1 (parfaite santé). Le Tableau 16 fait apparaître des scores d'utilité élevés (proches de 1) pour les patients de l'expérimentation. Il est observé une légère augmentation du score entre

le premier et le deuxième bilan, avec un score d'utilité qui atteint 0,977 en moyenne au moment du deuxième bilan.

Tableau 16. Evolution du score d'utilité entre le premier et le deuxième bilan

	Bilan 1 (N=459)	Bilan 2 (N=267)
Moyenne (écart-type)	0,969 (0,029)	0,977 (0,027)
Médiane / Min / Max	0,978 / 0,860 / 1,000	0,980 / 0,862 / 1,000
Quartile 25 / Quartile 75	0,958 / 0,980	0,958 / 1,000

4.2 Un retour d'expérience positif des patients bénéficiaires : motivation (re)trouvée et nombreux bienfaits observés

4.2.1 Un soutien nécessaire pour trouver la motivation : la passerelle

As du Cœur semble selon les patients bénéficiaires et les professionnels interrogés avoir été **la période de transition indispensable après la sortie du SMR et la « reprise du quotidien (retour au domicile)**. Au sein du SMR, les patients sont très encadrés et bénéficient d'un suivi adapté à leur état de santé. Par conséquent, **la crainte dans de nombreux cas est l'abandon total de l'activité physique**, par manque de motivation ou d'accompagnement. De ce fait, **les patients interrogés n'ont pas hésité à participer au programme**.

Ce qui ressort principalement, est **le goût de la pratique sportive suscité par le programme** : « *J'avais besoin d'une activité de groupe pour être motivée et cela m'a vraiment permis de reprendre le sport* ». Une partie des patients a confié s'être inscrit dans des associations ou avoir créé des groupes de sports entre amis à la suite des 40 séances d'APA. Les raisons liées à la pérennisation de l'activité physique sont multiples et dépendent des patients. D'après les bénéficiaires interrogés, lorsqu'ils n'avaient pas l'habitude de pratiquer, cela s'explique par **une prise de conscience et une meilleure connaissance de leurs capacités**. Autrement, pour les patients déjà habitués à ce rythme, il s'agissait **d'un cap à passer ou d'un défi, mais également d'affirmer la possibilité d'un retour à la « normal »**. « *C'est la confirmation que les choses peuvent revenir comme avant. J'ai vu mon cardiologue récemment, donc celui qui m'avait opéré, et il m'a dit que j'avais retrouvé mon cœur d'avant* » (Patient).

Néanmoins, **maintenir la discipline du programme s'avère difficile pour quelques patients**. Certains ont confié rencontrer des difficultés concernant la fréquence ou l'intensité des séances en autonomie, à la suite du programme. « *J'essaie de faire une heure de marche nordique par jour mais c'est plus compliqué seule* » (Patient). Différents facteurs sont à prendre en considération. Les patients pour une part habitent dans des zones rurales et donc n'ont à disposition que très peu d'infrastructures leur permettant de maintenir des séances aussi fréquentes et intenses que celles du programme. « *Oui, c'est plus la même rigueur, mais j'essaie de maintenir au moins 2 séances par semaine, où il y a un véritable effort physique et une séance où je marche des kilomètres* » (Patient). Une petite minorité de patients fait également état de difficultés à poursuivre l'activité physique pour des raisons de santé : hospitalisation, accident de voiture, blessure...

4.2.2 Apports des séances selon les bénéficiaires : des bienfaits physiques et psychologiques

Interrogés sur les **principaux apports des séances sur leur santé**, les réponses des patients mettent en évidence l'importance de l'encadrement, la sociabilité et l'évolution des capacités physiques comme **leviers motivationnels** de participation au programme As du Cœur.

83% des patients interrogés (N=25) estiment que la **reprise de confiance en soi** est un des principaux bienfaits du programme. Elle est permise par l'encadrement des coachs, puisque 80% d'entre eux (N=24) expliquent que l'accompagnement est nécessaire à la reprise d'une activité physique afin de réduire les risques de blessure et de connaître leurs nouvelles limites sportives.

Les **bienfaits** du programme sont à la fois **physiques** et **psychologiques** : la place des coachs dans le programme est ressentie comme primordiale car leur accompagnement et leur encadrement permettent d'instaurer des relations propices aux échanges entre les patients des différentes structures, qui se sentent écoutés et compris par leurs pairs. *« J'avais besoin d'une activité de groupe pour être motivée et cela m'a vraiment permis de reprendre le sport »*. La présence d'autres personnes lors des séances, permet pour 80% des patients, de partager des réalités communes et d'échanger sur leurs difficultés quotidiennes. L'isolement, induit par la peur de sortir du domicile ainsi que la reprise du travail et l'alimentation, sont les 3 principaux sujets abordés entre les patients. *« Ça m'a permis de pouvoir ressortir de chez moi et voir du monde »* ; *« Gestion de l'effort physique et prise de confiance en moi »* ; *« Ce qu'il manque dans notre société c'est de pouvoir discuter avec d'autres personnes comme nous parce que franchement ça fait du bien. »* ; *« En fait ça m'a aussi permis de me reprendre en main côté diététique ça c'est pas mal à côté des séances »* ; *« Ça fait du bien de rencontrer d'autres personnes comme nous »*.

Tous les patients ont pu bénéficier d'un **bilan** avec les coachs en début de parcours, et pour une grande partie en fin de parcours *« Oui on était tous réunis au club et le coach a fait le point avec nous à la fin »*.

→ Ils donnent une **note moyenne de 9,4 sur 10** à l'impact du programme sur leur santé.

4.2.3 Assiduité et reprise progressive d'une activité physique : des résultats positifs du programme As du Cœur pour les patients bénéficiaires

En matière de respect du parcours, 53% des patients interrogés (N=16) ont suivi la **totalité** des séances proposées. Des raisons exceptionnelles telles que problème de santé, déménagement dans une autre ville ou fermeture de structures, n'ont pas permis à 5 patients de finaliser le programme : *« La patiente a eu un accident (déchirure à l'épaule) elle n'a pas pu faire les 10 dernières séances (Notes d'entretien) »* ; *« Déménagement à Marseille par la suite. (Arrêt du programme à cause de cet évènement) »* ; *« Difficulté mais pas vraiment liée à ADC : Couac dans la structure effectrice où les 2 coachs n'ont pas été reconduits. Pas de remise en cause du programme et de sa qualité (Notes d'entretien) »*.

Cette **assiduité** s'explique par la volonté de reprendre confiance en leur **capacité** et de trouver une synergie de groupe, dans laquelle les personnes ont pu **s'identifier** les uns aux autres. L'**encadrement** proposé par les coachs est également un levier important de la participation continue des participants. D'après les patients interrogés, ces derniers se sont **sentis soutenus et rassurés** tout au long du programme, facilitant grandement la **reprise du sport en autonomie**. *« J'ai beaucoup apprécié, elle était très à l'écoute, c'était très rassurant »*.

Un des objectifs principaux du programme était une reprise progressive d'une activité physique après les 40 séances prévues. La majorité des participants sont dans cette dynamique, puisque **73% (N= 22) déclarent avoir repris des activités** telles que le vélo et la marche nordique ou bien le sport en salle. Ce sont les activités principales les plus pratiquées en autonomie à la suite

du programme. 2 participants se sont inscrits dans des associations afin de pouvoir continuer sereinement une activité physique en groupe et encadrée.

4.3 Impacts sur les organisations et les pratiques : Un programme porteur d'évolutions des organisations et des pratiques des SMR et des effecteurs

Les professionnels interrogés ont noté un impact sur leur **manière d'aborder la sortie des patients du SMR**. La poursuite de l'activité physique à la sortie de la rééducation cardiaque était déjà recommandée par les professionnels en SMR, cependant, il leur était impossible d'assurer un suivi des patients ou d'orienter les patients vers des structures adaptées. As du Cœur a permis **cette orientation en confiance**. « *Des changements très intéressants, savoir qu'ils (les patients) pouvaient continuer une activité physique après leur sortie de SMR* » (MG SMR CVL).

Le **caractère « rassurant »** d'un tel programme est souligné par les professionnels des SMR « *On avait des patients qui faisaient des infarctus et parce qu'ils ne continuaient pas l'activité physique après leur sortie de SMR, on les retrouvait 5 ans après* » (MG SMR CVL).

Les professionnels des SMR notent également une meilleure connaissance des partenaires APA de leurs territoires.

L'expérimentation a aussi permis selon eux de **valoriser la place de l'activité physique dans la santé**.

Du côté des effecteurs APA, les impacts sont davantage perceptibles. Pour les effecteurs avec une activité moins développée, l'expérimentation a été un **moyen de monter en compétences (par les formations proposées notamment) et de se structurer dans l'optique de prendre en charge les patients**. Cela englobe le fait d'avoir accès à une salle pour les séances ou encore à du matériel. Un des apports majeurs est la **reconnaissance de leur pratique par les prescripteurs**. A cela s'ajoute la création de liens entre les SMR et les effecteurs qui n'avaient pas pour habitude de collaborer ensemble. Un contact direct et plus fréquent avec certains professionnels de SMR prêts à répondre aux questions des effecteurs est noté. Par ailleurs, une partie des enseignants en APA étaient déjà formés à la gestion des pathologies cardiaques. Dans le cas contraire, les formations reçues dans le cadre de l'expérimentation ont permis une **montée en compétences**.

4.4 Impact sur les événements de santé, le recours aux soins ambulatoires et les consommations de soins

Le recours aux données du SNDS a permis d'apporter des réponses à cette question évaluative.

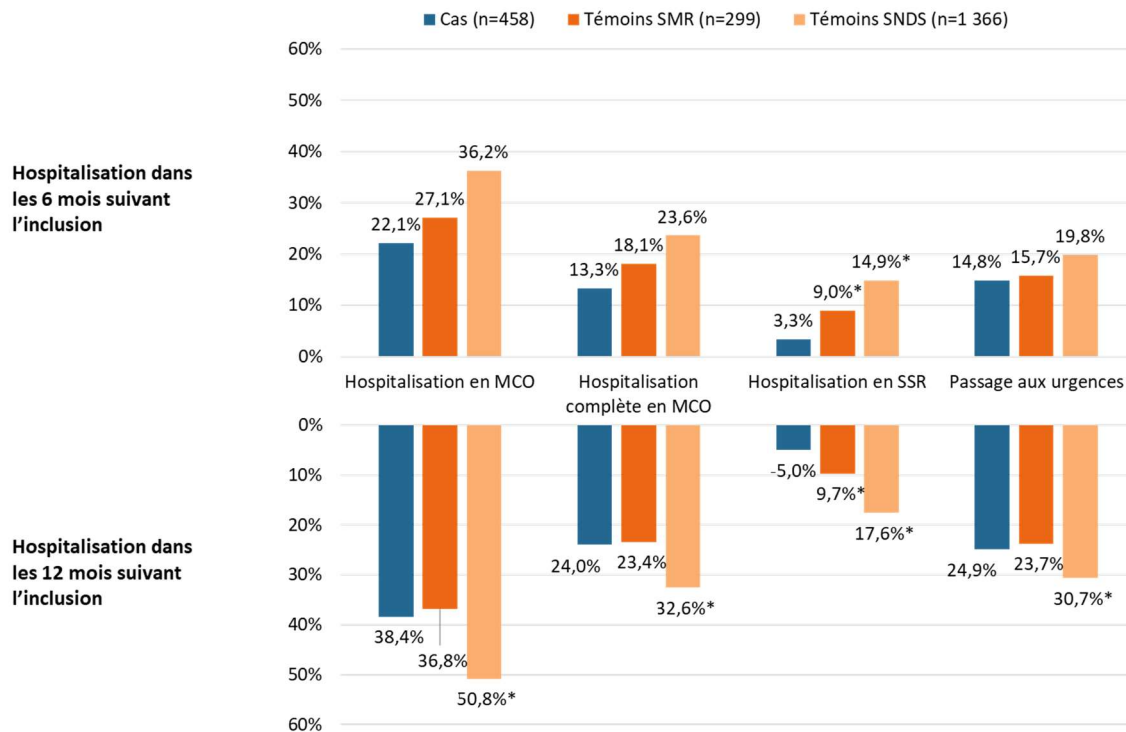
4.4.1 Concernant les soins hospitaliers : Impact important de As du Cœur surtout par rapport au groupe témoins SNDS et à 1 an

Au cours des 6 mois comme au cours des 12 mois suivant la date index, on observe **un taux d'hospitalisation significativement plus faible dans le groupe ADC** :

- ⇒ Concernant les hospitalisations MCO, la différence est statistiquement significative entre les cas et les témoins SNDS à 12 mois. Ces taux sont de **38,4% vs 50,8%** ($p < 0,0001$) pour l'ensemble des hospitalisations et **24% vs 32,6%** pour les hospitalisations complètes ($p = 0,0006$). Le nombre d'hospitalisations en MCO ainsi que leurs durées sont plus élevés pour les témoins (respectivement $p = 0,0056$ et $p = 0,0013$).
- ⇒ A 12 mois, un taux plus faible d'hospitalisation en SSR chez les cas est observé en comparaison au groupe témoin SMR (5,0% vs 9,7%, $p = 0,0129$) et au groupe témoins SNDS (5,0% vs 17,6%, $p < 0,0001$).

Un taux plus faible de passage aux urgences est observé dans le groupe ADC comparativement aux témoins SNDS à 6 mois et à 12 mois.

Figure 10 : Taux de patients ayant été hospitalisés dans les 6 mois et 12 mois suivant l'inclusion dans l'expérimentation (* : différence statistiquement significative au seuil de 0,05)



Le détail des consommations de soins sont présentés en annexe Tableau 36 et Tableau 37.

Consommation hospitalière en fonction du nombre de séances suivies :

- ⇒ A 6 mois comme à 12 mois, un **taux plus élevé d'hospitalisation en MCO et particulièrement d'hospitalisation complète est observé chez les patients ayant suivis moins de 35 séances**. Par exemple à 12 mois, 13,6% de patients du groupe 35 séances ou plus ont eu au moins une hospitalisation complète en MCO contre 30% pour le groupe « moins de 15 séances », 20,4% entre « 15 et 25 séances » et 25,8% entre « 25 et 35 séances ».
- ⇒ Ce constat est le même concernant les hospitalisations SMR. A un an, 2,5% des patients ayant suivi 35 séances ou plus ont été hospitalisés en SMR contre ~5,2% dans les 3 autres groupes.

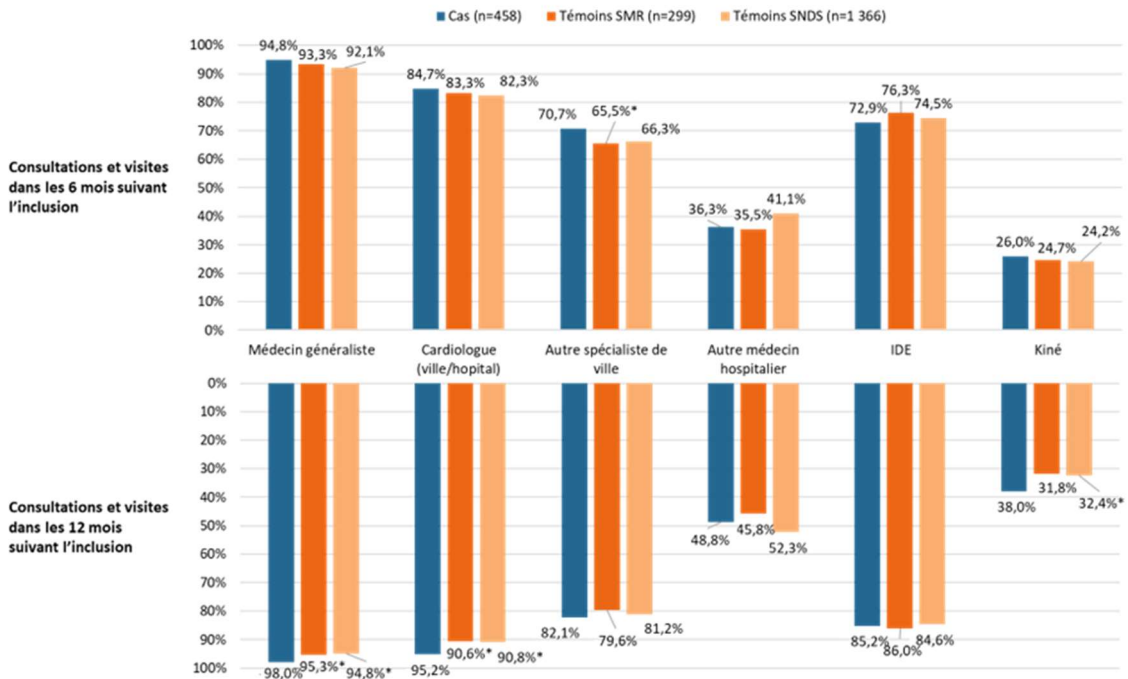
4.4.2 Concernant les soins de ville : peu d'impacts observés par rapport aux témoins

Au cours des 6 mois suivant la date index, les recours aux médecins, infirmiers et kinés (cf Figure ci-dessous) ainsi que les délivrances de traitements médicamenteux (voir Figure 9) sont sensiblement les mêmes chez les cas et chez les témoins SMR et SNDS :

- ⇒ Une tendance à un taux plus important de consultation de MG, de cardiologue (ville ou hôpital) ou de kinésithérapeute est observée chez les cas, sans significativité statistique (respectivement 94,8% vs tém. SMR 93,3% vs tém. SNDS 92,1%; 84,7% vs tém. SMR 83,3% vs tém. SNDS 82,3% et 26,0% vs tém. SMR 24,7% vs tém. SNDS 24,2%).
- ⇒ Un taux de recours aux spécialistes de ville (autres que cardiologue) statistiquement plus important est observé chez les cas par rapport aux témoins SMR (70,7% vs 65,5%).

⇒ Une tendance à un plus faible recours aux antidépresseurs, antalgiques ou anti-inflammatoires et à un recours plus important aux traitements cardio-vasculaires est observée chez les cas. Cependant aucune de ces tendances n'est statistiquement significative.

Figure 11 : Taux de patients ayant eu recours à des consultations ou visites dans les 6 mois et 12 mois suivant l'inclusion dans l'expérimentation (* : différence statistiquement significative au seuil de 0,05)



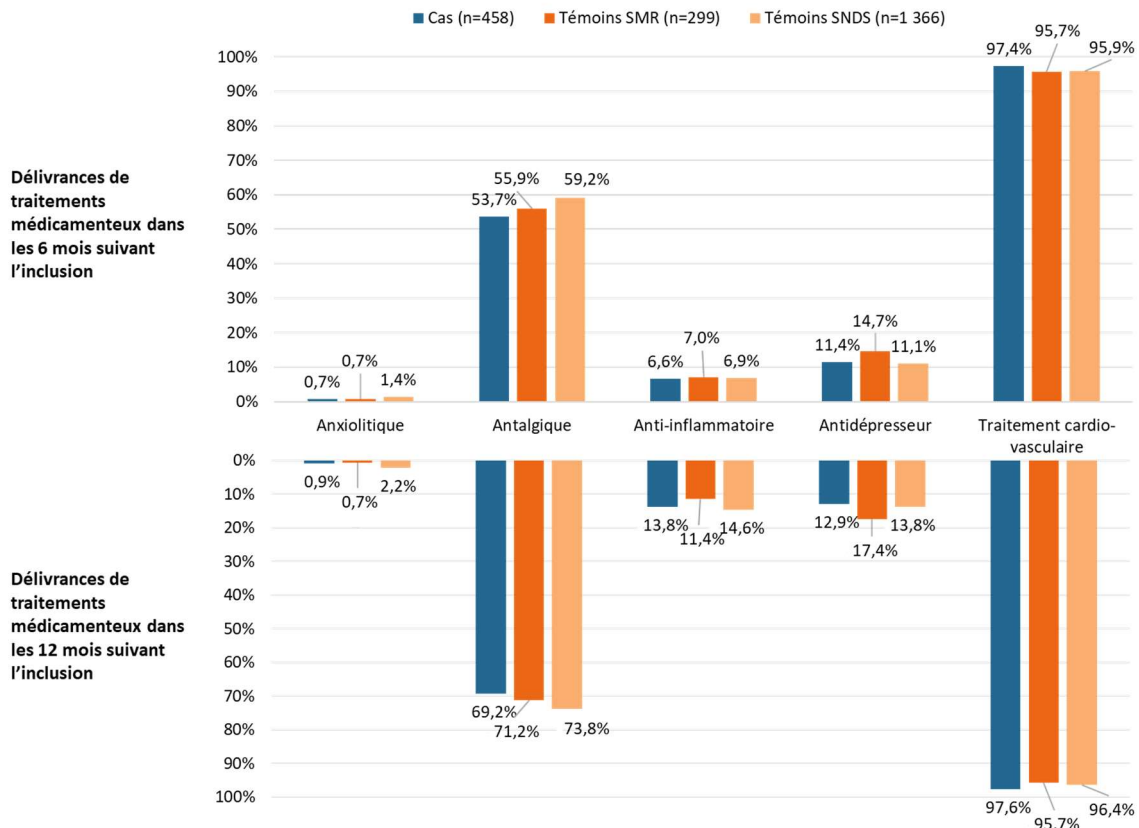
Les différences observées à 6 mois se confirment à 12 mois et deviennent en outre significatives. On peut noter notamment que **les cas sont plus nombreux à avoir consulté un MG à 1 an** (98% vs 95,3%, p-valeur = 0,0332 ; 98% vs 94,8%, p-valeur = 0,0035) et **un cardiologue** (95,2% vs 90,6%, p = 0,0135 ; 95,2% vs 90,8%, p = 0,0032) que les témoins SMR ou SNDS.

→ Cependant, les taux sont élevés quel que soit le groupe.

Consommation de soin de ville en fonction du nombre de séances suivies :

⇒ Aucune différence significative n'est observée sur la consommation de soins de ville (consultations et traitements médicamenteux) à 6 mois et à un an en fonction du nombre de séances suivies.

Figure 12 : Taux de patients ayant eu recours à des traitements médicamenteux dans les 6 mois et 12 mois suivant l'inclusion dans l'expérimentation (* : différence statistiquement significative au seuil de 0,05)



Le détail des consommations de soins sont présentés en annexe Tableau 36 et Tableau 37.

4.5 Impact sur les consommations de soins et les coûts associés (Analyse SNDS)

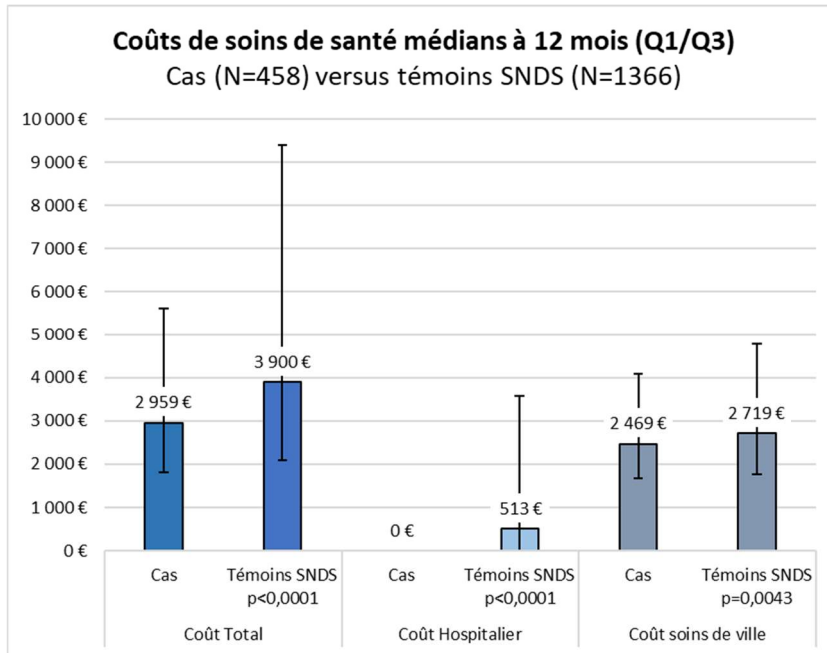
L'impact de l'expérimentation sur la consommation de soins des patients (taux de recours aux soins hospitaliers et aux soins de ville), et sa traduction économique, en coûts ou économies réalisées pour l'Assurance Maladie, a été évalué à partir de l'analyse des données du SNDS.

La méthode d'analyse des données du SNDS est présentée chapitre 2.2.2. Il est rappelé que 2 groupes témoins (inclus via les SMR avec données SI et repérés dans le SNDS) permettent les comparaisons. L'analyse des coûts se concentre sur les témoins SNDS, plus comparables aux patients de l'expérimentation. Du fait de la grande variabilité des parcours individuels des patients de l'expérimentation, l'analyse de l'impact économique est présentée à partir des coûts médians, à l'exception des dépenses d'hospitalisation.

4.5.1 Coûts totaux : coûts médians inférieurs pour les patients As du Cœur notamment par rapport aux patients du GT SNDS à 6 mois et 12 mois

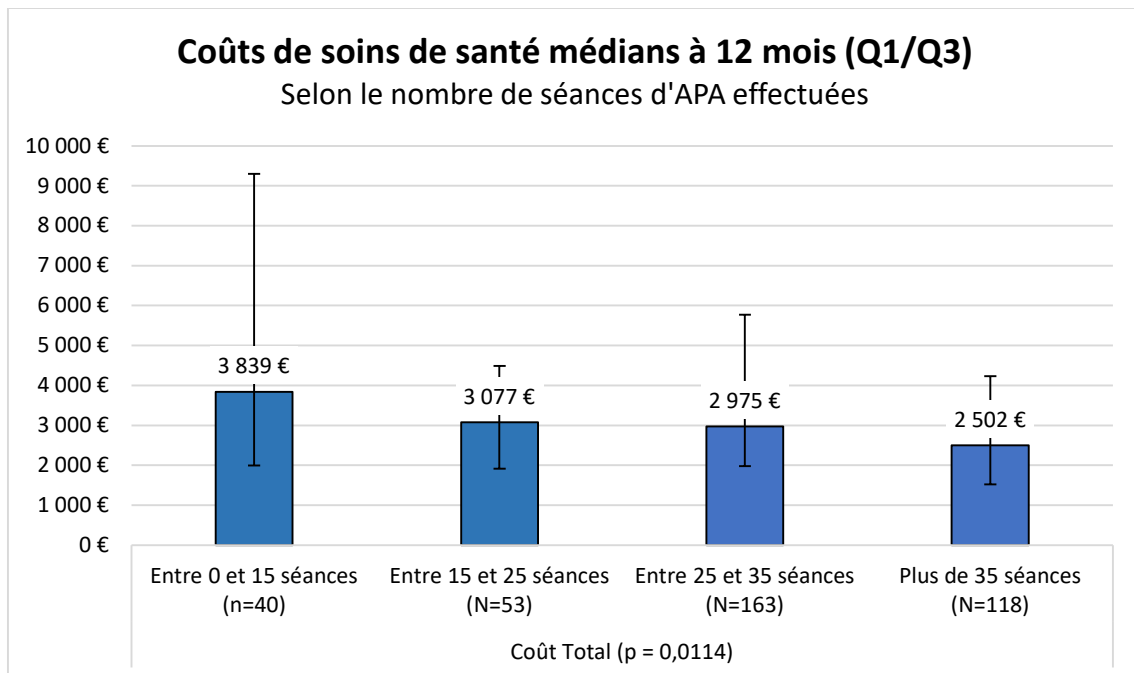
A 12 mois, les témoins du SNDS présentent des dépenses de soins totales significativement plus élevées que les patients ADC. Le coût total médian est considérablement inférieur pour les patients AdC (2 959 € versus 3 900 €, $p < 0,0001$) (Cf. Figure 13).

Figure 13. Comparaison des dépenses de soins de santé (ville et hôpital) des patients AdC versus témoins SNDS – données à 12 mois (Source : SNDS)



Si l'on regarde le coût total médian selon le nombre de séances d'APA effectuées par les patients, il est observé que **le coût des soins à 12 mois diminue avec le nombre de séances d'APA effectuées** (Figure 14). Ainsi, pour un patient ayant réalisé entre 0 et 15 séances, le coût médian s'élève à 3 839 € sur 12 mois, alors que ce coût diminue à 2 502 € pour les patients ayant effectué plus de 35 séances. Cette baisse concerne principalement les dépenses des soins hospitaliers.

Figure 14. Comparaison des dépenses de soins de santé totales des patients AdC selon le nombre de séances d'APA effectuées – données à 12 mois (Source : SNDS)



Il n'est pas possible dans le SNDS d'identifier la cause des abandons de l'expérimentation As du cœur. Afin de contextualiser ces abandons, nous avons examiné les consommations de soins au cours des 6 mois suivant la date index. Voici les principaux résultats :

- ⇒ Aucune différence significative n'a été observée entre les cas ayant abandonné et ceux n'ayant pas abandonné en ce qui concerne les consultations (médecins, spécialistes, auxiliaires paramédicaux).
- ⇒ Bien que non significative, une tendance se dégage concernant la prise d'antalgiques, d'anti-inflammatoires et d'antidépresseurs, qui semble plus élevée chez les cas d'abandon.
- ⇒ Les cas ayant abandonné l'expérimentation ADC ont été davantage hospitalisés en MCO dans les 6 mois (34,9% vs 19,3%, $p = 0,0018$) en grande partie dû aux hospitalisations complètes : 25,3% des abandons ont été hospitalisés en hospitalisation complète contre 10,7% des autres cas ($p = 0,0004$). Par ailleurs, bien que non significatif, un recours plus fréquent aux séances en MCO a également été observé chez les patients ayant abandonné (4,5%). Les taux d'hospitalisations en SSR ne diffèrent pas significativement mais sont légèrement plus élevés chez ces cas.
- ⇒ Ces patients ont également présenté un nombre plus élevé de passages aux urgences (25,3% vs 12,3% chez les cas ayant poursuivi l'expérimentation, $p = 0,0024$)
- ⇒ Les coûts dans les 6 mois reflètent les consommations de soins puisque le coût moyen des hospitalisations est plus élevé (2153,6€ contre 742,3€, $p = 0,0009$). Les coûts de ville sont aussi plus importants mais non significatifs.

Dans l'ensemble, les patients qui ont abandonné l'expérimentation ont été plus fréquemment hospitalisés dans les 6 mois suivant la date index. Cependant, les données ne permettent pas de dire que ces abandons sont liés à ces taux d'hospitalisation importants.

Les entretiens et le recueil d'éléments qualitatifs permettent de préciser les motifs principaux d'abandon : « le plus souvent pour raisons de santé, de déménagement ou à cause des créneaux horaires proposés, parfois incompatibles avec une reprise d'activité professionnelle » (page 29 du RF).

Un modèle de régression multivarié (présenté en Annexe section 7.6.3) fait apparaître une diminution du coût de soins de santé de 74€ sur 12 mois pour chaque séance d'APA supplémentaire effectuée par le patient ($p = 0,0065$).

4.5.2 Les dépenses hospitalières : inférieures pour les patients As du Cœur

Dans la suite de l'étude des dépenses de santé, ces dernières **ne sont plus exprimées en coûts médians mais en coûts moyens**.

En effet, les dépenses hospitalières médianes des patients AdC comme celles des témoins sont très faibles. Ainsi, les coûts médians d'hospitalisation sont égaux à 0 pour les patients AdC, le nombre de patients ayant eu une hospitalisation dans l'année qui suit l'inclusion étant très faible. Seule une différence est observée à 12 mois avec les témoins SNDS qui ont un coût médian lié aux hospitalisations, égal à 513 € ($p < 0,0001$).

L'analyse des coûts moyens d'hospitalisations permet d'observer des différences entre les 2 groupes avec des coûts inférieurs pour les cas.

A 12 mois, on observe des dépenses plus élevées pour les patients du groupe témoin en comparaison des patients AdC. Les dépenses d'hospitalisation pour les témoins du SNDS sont plus élevées de manière significative (**4°775 €, $p < 0,0001$**). Les résultats sont similaires lorsque l'on regarde les types d'hospitalisation, MCO et SSR.

→ La prise en charge dans le dispositif As du Cœur permet donc d'éviter des séjours en hospitalisation et de réduire les durées de séjour, et donc des économies en termes de dépenses hospitalières. Ces gains permettent de compenser le montant du forfait APA de 592€ (pour le parcours complet), suggérant que le dispositif de prise en charge en APA, en aval du SMR permet des générer des économies sur les dépenses d'Assurance Maladie.

Tableau 17. Coûts hospitaliers MOYENS par type d'hospitalisation – données à 12 mois (Source : SNDS)

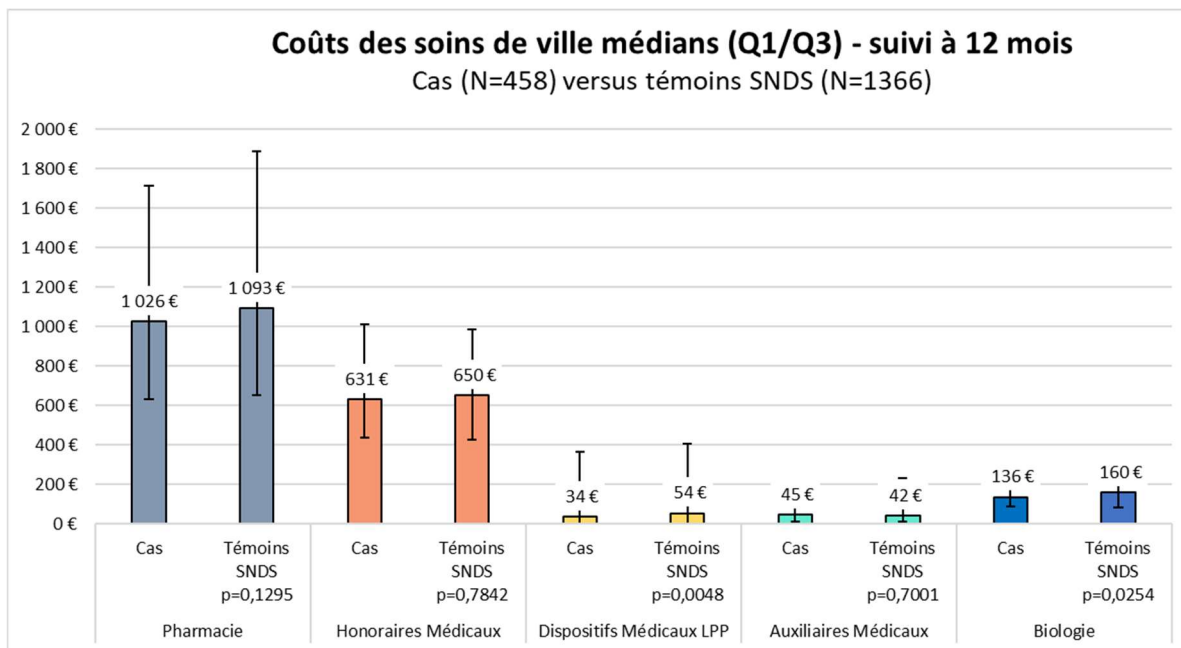
	Cas	Témoins SI	Témoins SNDS
Coût hospitalier total			
Effectif (% recours)	184 (40,17%)	125 (41,81%)	788 (57,69%)
Moyenne (écart-type)	1,899.6 (5,351.6)	3,049.3 (8,182.9)	4,774.9 (13,025.1)
p-value	-	0,2022	<0,0001
Hospitalisations MCO			
Effectif (% recours)	176 (38,5%)	110 (36,8%)	694 (50,8%)
Moyenne (écart-type)	1,756.6 (4,919.5)	2,744.1 (7,652.3)	4,053.3 (11,755.2)
p-value	-	p=0,5186	<0,0001
Hospitalisations SSR			
Effectif (% recours)	23 (5,0%)	29 (9,7%)	240 (17,6%)
Moyenne (écart-type)	114.0 (828.4)	285.1 (1,224.8)	596.9 (3,055.9)
p-value	-	p=0,0004	<0,0001

4.5.3 Concernant les dépenses pour les soins de ville : des dépenses moins élevées pour As du Cœur versus Témoins SNDS

Les patients AdC présentent des dépenses significativement moins élevées que les témoins appariés du SNDS, à 6 mois, comme à 12 mois.

La Figure 15 présente les différents postes de coûts médians de soins de ville à 12 mois. Les postes de dépenses de soins dentaires, transports et autres prestations diverses n'apparaissent pas dans les graphiques en raison des très faibles effectifs ayant eu recours à ces prestations au cours de la période d'analyse.

Figure 15. Comparaison des dépenses de soins de santé en ville des patients ADC témoins SNDS – données à 12 mois (Source : SNDS)



A 12 mois, les témoins appariés du SNDS ont des dépenses légèrement plus élevées, bien que seuls les postes de dispositifs médicaux (54 € versus 34 € pour les patients ADC, p=0,0048) et de biologie (160 € versus 136 €, p=0,0254) soient statistiquement significatifs.

4.5.4 Synthèse des dépenses moyennes de santé sur 12 mois

Le Tableau 19 présente les dépenses moyennes de santé sur 12 mois, en retirant les 1% de témoins SNDS avec les dépenses les plus élevées. Au total, les patients ADC présentent toujours des dépenses significativement inférieures à celles des témoins SNDS (4 892 € versus 8 116 €, p<0,0001). Les écarts restent néanmoins très importants pour les dépenses d'hospitalisation.

Tableau 18 : Synthèse des dépenses moyennes de santé sur 12 mois

Dépenses moyennes sur 12 mois	Cas (N=452)	Témoins SNDS (N=1 352)	Différentiel	p-value
Dépenses totales	4 892 €	8 116 €	3 224 €	<0,0001
Dépenses d'hospitalisations	1 562 €	3 899 €	2 337 €	<0,0001
Dépenses soins de ville	3 331 €	4 217 €	886 €	0,0030
Dont honoraires médicaux	762 €	785 €		0,9367
Dont auxiliaires médicaux	289 €	387 €		0,6158
Dont pharmacie	1 503 €	1 739 €		0,0934

Note : Les 1% de patients avec les dépenses de santé les plus élevées sont exclus de l'analyse

Concernant les patients témoins avec les dépenses les plus élevées, ces dépenses sont dues :

- Aux coûts de traitement à l'hôpital (en oncologie notamment : 2,8% des patients ADC ont une ALD cancer versus 6,5% des témoins SNDS, p=0,0031).
- Aux coûts d'hospitalisation (interventions chirurgicales en oncologie ou liées à une pathologie cardiaque).
- Les coûts de soins en ville ne représentent qu'une faible partie de ces coûts.

Afin de limiter les biais liés aux dépenses d'hospitalisation très élevées, parfois sans lien avec les motifs d'inclusion dans le programme As du Cœur (patients Témoins davantage comorbides), une analyse a été réalisée sur les hospitalisations pour motifs cardiaques (Tableau 19).

L'ensemble des codes CIM-10 au format I* sont sélectionnés pour les hospitalisations à motif cardiaque (DP/DR).

Tableau 19 : Dépenses pour des hospitalisations pour motif cardiaque

	Cas (N=457)	Témoins (N=1 366)	p-value
Tous patients			
Effectif	457 (100.0%)	1,366 (100.0%)	
Moyenne (écart-type)	931.8 (3,337.4)	2,365.8 (7,962.6)	<0,0001
Médiane / Min / Max	0.0 / 0.0 / 23,156.0	0.0 / 0.0 / 104,724.6	
Quartile 25 / Quartile 75	0.0 / 0.0	0.0 / 841.0	
Patients avec au moins une hospitalisation cardiaque			
Effectif	70 (15,3%)	393 (28,9%)	
Moyenne (écart-type)	6,083.5 (6,466.5)	8,222.9 (13,133.6)	0,8668
Médiane / Min / Max	3,473.1 / 174.9 / 23,156.0	3,526.6 / 124.6 / 104,724.6	
Quartile 25 / Quartile 75	1,661.2 / 7,170.4	1,584.6 / 9,154.7	

Il existe toujours un coût moyen significativement supérieur pour les témoins SNDS (environ 1400€) en comparaison des patients AdC, néanmoins le différentiel est réduit par apport aux coûts d'hospitalisation tous motifs : différentiel de 1 434 € versus 2 337 €. Cela confirme toutefois que les patients du programme As du Cœur présentent des dépenses inférieures à celles des patients témoins dans l'année suivant l'hospitalisation index.

➔ Au total, la prise en charge de patients dans le programme As du Cœur est associée à des dépenses de soins moins élevées pour l'Assurance Maladie par rapport à une population présentant les mêmes caractéristiques issues du SNDS. Ainsi, on observe pour un patient inclus dans le programme des dépenses (sur 12 mois) inférieures de 3 224 € par rapport à celle des témoins du SNDS. En termes d'hospitalisations pour motifs cardiaques, les témoins présentent des dépenses moyennes supérieures de 1 434 € en comparaison des patients As du Cœur.

Ces résultats suggèrent que l'expérimentation permettrait d'éviter 1,5 M € de dépenses sur 1 an pour l'Assurance Maladie pour les 466 patients inclus. Avec un coût moyen pondéré du forfait par patient de 564 €, soit 262 824 € sur l'ensemble de l'expérimentation, l'expérimentation As du Cœur n'a pas généré de surcoût pour l'Assurance Maladie (et ce même en ajoutant les CAI de 371 816 €) ➔ Sur ces bases, l'impact budgétaire net apparaît favorable, et s'élève à 1,2 M € (hors CAI) d'économies pour l'Assurance Maladie.

A noter que les premiers résultats économiques de l'essai clinique randomisé¹² réalisé par les porteurs en 2016 rapportaient pour 2015 l'année de l'intervention, des résultats similaires à ceux retrouvés dans la présente évaluation : dépenses moyennes (sur 43 cas) estimées à 2 877€ versus 4 096€ (moyenne 2013/2014) et versus pour les 1891 témoins de 4 179€ (2015) et 4087 € (2013/2014) soit une réduction de 1219 € (près de 30%) principalement due aux coûts hospitaliers ➔ Des résultats quasi équivalents sont retrouvés dans le cadre de la présente évaluation (réalisée sur un nombre plus important de cas et de témoins).

¹² <https://bmccardiovascdisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12872-018-0973-3>

4.6 Analyse budgétaire de l'expérimentation

4.6.1 Sources de financement et circuit de facturation

Dans l'avis CTIS publié en 2019, le besoin de financement au titre de la prise en charge par le fonds pour l'innovation du système de santé (FISS) s'élevait à **664 920€** (montant des forfaits) pour la durée de l'expérimentation. Les coûts d'ingénierie de projet étaient évalués à **254 167€** (pour As du Cœur, les 10 SMR et les structures APA), un forfait d'amorçage pour les structures APA de 45 000€, une licence pour l'adhésion à une plateforme de service et un mailing de 47 000€, soit un total de 1 011 087€ à financer par le FISS (Tableau 20).

Tableau 20. Répartition du budget initial (source : Azur Sport Santé)

Postes budgétaires	Détail	Budget total sur 3 années	% du budget
SOUS TOTAL accordé au projet (convention CNAM)	Ingénierie, fonctionnement et mise en place dans les structures (SMR et APA)	346 167€	34%
<i>Coordination - Ingénierie</i>	<i>Rémunération de l'équipe Azur Sport Santé + frais de mise en place du projet</i>	238 417€	24%
<i>Plateforme GOOVE - SI</i>	<i>Prestataires fournisseur du logiciel de saisie des données</i>	47 000€	5%
<i>Forfaits amorçage des structures APA</i>	<i>1500€ pour 30 structures labellisées AdC : formation, Défibrillateur portatif, aide location salle.</i>	45 000€	4%
<i>Rémunération du SMR pour mise à disposition d'un coordinateur interne (réfèrent As du Cœur)</i>	<i>Chargé de mission "local" – coordination (personnel du SMR) correspondant territorial en lien avec A2S = dédommagement pour le temps d'un réfèrent SMR (10*1575€)</i>	15 750€	2%
SOUS TOTAL : FORFAIT de prise en charge des patients (re)versé aux structures APA	639 360 € pour les 1 080 patients à 592 € (Forfait 1) et 25 560 € pour les 120 patients à 213 euros (Forfait 2) (Estimation 10% d'abandon)	664 920€	66%
TOTAL DES RECETTES		1 011 087€	100%

Le montant total de **1 011 087 €** devait être réparti annuellement pendant les 3 années du projet comme suit : 804 100 € la première année, 201 820 € la deuxième année, 5 167 € la troisième année.

Les montants effectivement perçus sont présentés dans le Tableau 21 pour la partie amorçage et ingénierie, et dans le Tableau 23 pour les forfaits.

Crédits d'amorçage et d'ingénierie (FISS)

Les versements de la subvention initiale ont été étalés entre les années 2020 et 2023. Le montant total, de 346 167€ comprend la subvention pour la coordination et l'ingénierie (254 167€), le forfait d'amorçage pour les structures APA de 45 000€, la licence pour l'adhésion à une plateforme de service et un mailing de 47 000€.

Une subvention complémentaire a été versée par le FISS, en 2023 et 2024, d'un montant total de 25 649€, correspondant à des budgets supplémentaires pour la facturation et pour le recueil de données complémentaires.

Tableau 21. Montants versés par la CNAM pour l'ingénierie, le fonctionnement et la mise en place dans les structures (source : Azur Sport Santé)

Crédit d'amorçage et d'ingénierie	2020	2021	2022	2023	2024	Total
Subvention initiale (FISS)	60 459 €	153 200 €	99 394 €	33 114 €	- €	346 167 €
Complément (FISS)	- €	- €	- €	19 649 €	6 000 €	25 649 €
TOTAL	60 459 €	153 200 €	99 394 €	52 763 €	6 000 €	371 816 €

Les frais d'amorçage des structures effectrices APA assurant le programme Passerelle, de 1500€, se décomposent comme tels :

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

Forfaits dérogatoires FISS

Le FISS finance les prestations dérogatoires pour des activités non prises en charge dans le droit commun par l'Assurance Maladie. Le forfait global du programme AdC est de **592€ par patient** et de **213 € en cas d'abandon** dans les 2 premiers mois. Sa décomposition est présentée dans le Tableau 22.

Tableau 22. Décomposition du forfait du programme As Du Cœur (source : Cahier des charges ADC)

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

L'inclusion des patients dans l'expérimentation a débuté en 2021 et s'est achevée en 2022. Ainsi, avec 466 patients inclus sur 2 ans, dont 34 n'ayant pas finalisé le parcours AdC, les recettes totales des forfaits s'élèvent à 262 986 € (Tableau 23). L'objectif d'inclusion de 1200 patients (revu à 500) n'a pas été atteint, ce qui explique que l'intégralité du budget dédié n'ait pas été consommé.

Tableau 23. Montants perçus pour les forfaits patients (versés aux structures APA) (sources : Azur Sport Santé, SI)

Forfaits de prise en charge des patients versés aux structures APA	2021	2022	2023	2024	Total
Nombre de patients inclus - parcours incomplet (1 seul forfait)	10	24	0	0	34
Nombre de patients inclus - parcours complet (2 forfaits)	178	254	0	0	432
Montant versé	107 506,00 €	155 480,00 €	0,00 €	0,00 €	262 986,00 €
TOTAL	107 506,00 €	155 480,00 €	0,00 €	0,00 €	262 986,00 €

4.6.2 Coûts de fonctionnement de l'expérimentation et équilibre financier

Méthode de calcul

Le budget de fonctionnement de l'expérimentation As du Cœur se compose de 3 parties :

- ⇒ **Les coûts de la cellule de coordination** : Salaires (bruts chargés) de l'équipe de coordination AdC (Azur Sport Santé), les frais de communication, de déplacements, de formation, etc.
- ⇒ **Les coûts de mise en place de l'expérimentation** : Frais liés à la plateforme Goove (système d'information), frais d'amorçage des structures APA (1500€ par structure) et la rémunération des coordonnateurs internes des structures APA.
- ⇒ **Les coûts de personnel pour le parcours patient** : Coût de l'intervenant APA, estimé à partir de son temps de mobilisation.

Le coût horaire de l'intervenant APA (qui dispense les séances aux patients) a été calculé sur la base du salaire horaire moyen d'un éducateur sportif, qui est la profession qui est majoritaire dans le programme AdC. Avec une hypothèse de **coût horaire de 35€ pour un éducateur sportif**, et un temps consacré au patient de 15,5 heures dans le parcours complet (temps pondéré par le nombre de participants par séance : 6 pour les activités en groupe, voir le détail en Annexe 7), **l'éducateur sportif coûte 544€** (Tableau 24) pour un patient qui a suivi l'ensemble du parcours (40 séances d'APA en groupe). Dans les faits, le nombre de séances réalisées par un patient est plus faible : 26,6 en moyenne pour les parcours complets et 1,6 pour les parcours incomplets, d'après les données du SI. Pour les patients n'ayant pas suivi l'intégralité du parcours et n'ayant déclenché qu'un seul forfait, le coût estimé s'élève à 179€ en temps d'éducateur sportif (un peu plus de 5h de temps de mobilisation de l'éducateur sportif).

Tableau 24. Temps de mobilisation et coût par patient selon le type de parcours

	Salaire horaire moyen intervenant (éducateur sportif) - brut chargé	Temps consacré au patient (en minutes)	Temps consacré au patient (en heures)	Coût par patient
Parcours complet	35,00 €	932,5	15,53333333	543,67 €
Parcours incomplet	35,00 €	307,5	5,125	179,38 €

Il a été décidé de ne pas retenir les coûts associés aux temps de personnel dans les SMR, qui assurent le recrutement et inscrivent les patients dans le SI. Bien que le remplissage du SI As du Cœur soit assez chronophage, ces missions relèvent de leurs tâches habituelles d'orientation du patient après le passage en SMR. De plus, dans le cas d'une généralisation du programme As du Cœur, ce travail de remplissage du SI serait considérablement allégé.

Estimation des coûts de l'expérimentation

Le Tableau 25 présente l'évolution des coûts de fonctionnement de l'expérimentation As du Cœur sur la durée de l'expérimentation (disponibilité des données : 2020-2024).

Tableau 25. Coûts liés à l'expérimentation As du Cœur (2020-2024)

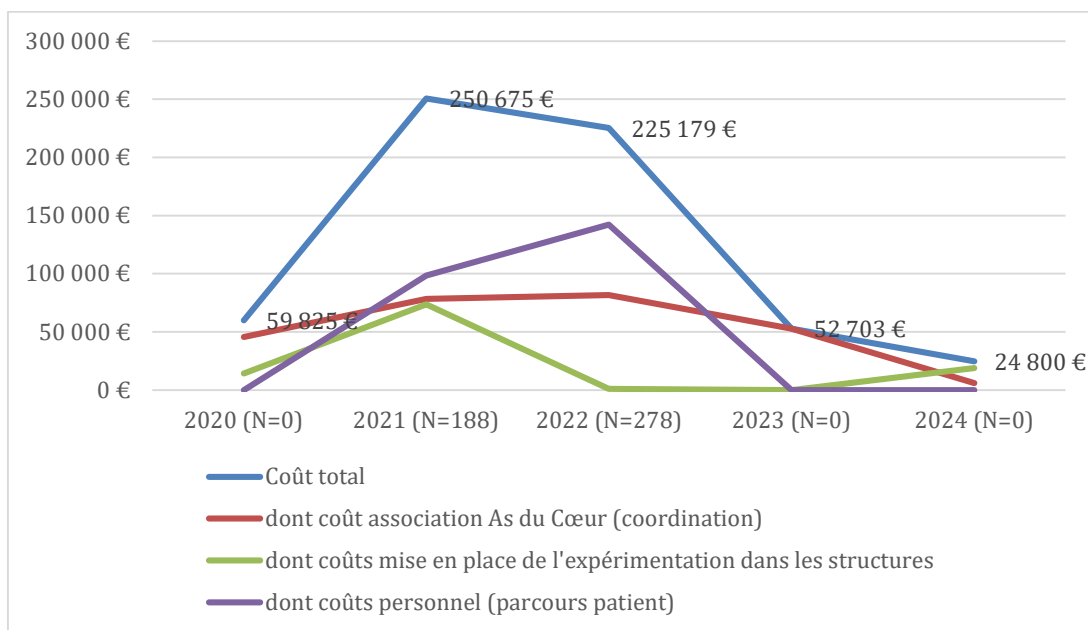
		Activité 2020	Activité 2021	Activité 2022	Activité 2023	Activité 2024	TOTAL
	Parcours complets	0	178	254	0	0	432
	Parcours incomplets	0	10	24	0	0	34
		2020	2021	2022	2023	2024	TOTAL
Association As du Cœur (cellule de coordination)	Achats matières et fournitures	1 249 €	466 €	159 €	0 €	0 €	1 873 €
	Services extérieurs	1 415 €	1 599 €	799 €	550 €	0 €	4 362 €
	Rémunération des intermédiaires et honoraires	1 659 €	5 166 €	12 324 €	3 500 €		22 649 €
	Organisation d'événements		2 162 €				2 162 €
	Fabrication d'outils/supports		984 €				984 €
	Création graphique; cartographie, site internet		2 850 €	2 450 €			5 300 €
	Déplacements et missions	1 048 €	9 412 €	2 265 €	388 €		13 114 €
	Frais postaux et télécommunications	243 €	105 €	238 €	230 €		817 €
	Frais divers	56 €			100 €		156 €
	Formation			1 806 €			1 806 €
	Impôts et taxes	473 €	681 €	510 €	552 €	100 €	2 316 €
	Charges de personnel	39 583 €	54 955 €	61 109 €	47 383 €	5 900 €	208 930 €
SOUS -TOTAL coûts cellule de coordination		45 725 €	78 380 €	81 660 €	52 703 €	6 000 €	264 470 €
Systèmes d'information	Plateforme Goove	14 100 €	14 100 €	0 €	0 €	18 800 €	47 000 €
Mise en place de l'expérimentation dans les établissements	Frais d'amorçage des structures APA	0 €	43 878 €	1 122 €	0 €	0 €	45 000 €
	Rémunération des coordonnateurs internes structures APA	0 €	15 750 €	0 €	0 €	0 €	15 750 €
SOUS-TOTAL coûts mise en place expérimentation		14 100 €	73 728 €	1 122 €	0 €	18 800 €	107 750 €
Coûts de personnel pour le parcours patient	Educateur sportif - parcours complet	0 €	96 773 €	138 091 €	0 €	0 €	234 864 €
	Educateur sportif - parcours incomplet	0 €	1 794 €	4 305 €	0 €	0 €	6 099 €
SOUS-TOTAL coûts personnel - parcours patient		0 €	98 566 €	142 396 €	0 €	0 €	240 963 €
TOTAL COÛTS EXPERIMENTATION AS DU CŒUR		59 825 €	250 675 €	225 179 €	52 703 €	24 800 €	613 182 €

Sur les 5 années de l'expérimentation (avec prolongement), les coûts totaux s'élèvent à près de **613 182 €**. Pour les années 2021 et 2022, années où les patients ont été inclus, les coûts s'élevaient à 250 675 € et 225 179 € respectivement.

Budget global de l'expérimentation et équilibre financier

L'évolution du budget de l'expérimentation est représentée dans la Figure 16. Les coûts de personnel liés au parcours du patient ne sont représentés que pour les années 2021 et 2022, qui sont les 2 années où les patients ont été inclus. Le coût total diminue drastiquement à partir de l'année 2023 (aucun patient inclus), où seuls des coûts de coordination (équipe porteuse) sont supportés.

Figure 16. Evolution du budget de l'expérimentation par année



Au total, sur l'ensemble de l'expérimentation, les coûts de coordination représentent 43% du budget global de l'expérimentation (coûts fixes). Les coûts de mise en place de l'expérimentation

(coûts fixes) composent 18% du budget global. Les coûts variables, c'est-à-dire les coûts de personnel liés au parcours patient, représentent 39% du budget global.

Sur l'ensemble de l'expérimentation, le coût moyen par patient inclus dans le parcours As du Cœur s'élève à 1316€ (Tableau 26). L'équilibre financier est positif après 5 années d'expérimentation (+21°620 €). Cela démontre que, à l'exception de l'année 2024 où des frais ont été réglés pour le SI, les crédits d'amorçage et d'ingénierie ainsi que les forfaits patients, versés par la CNAM, étaient suffisants pour couvrir les coûts de l'expérimentation.

Tableau 26. Evaluation de l'équilibre financier de l'expérimentation As du Cœur

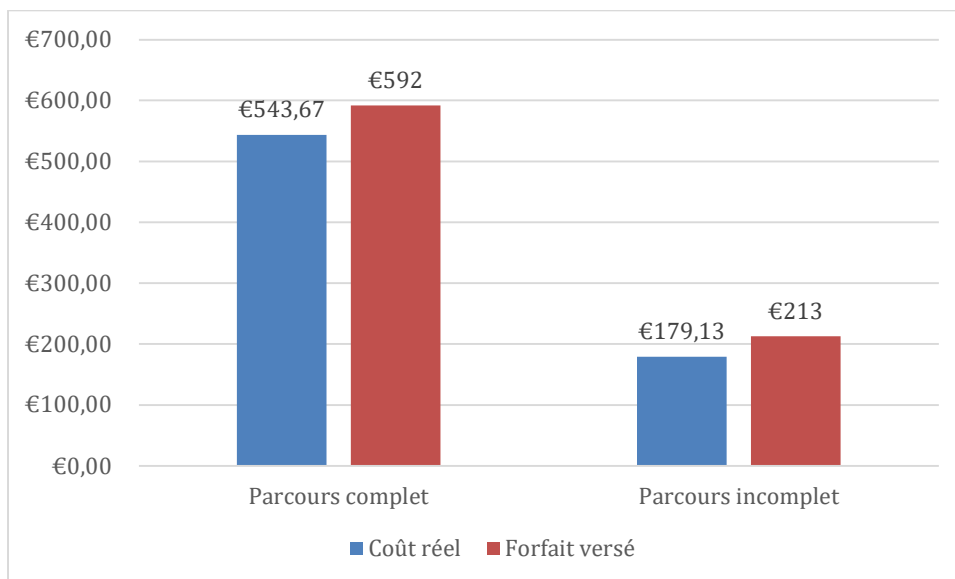
	2020	2021	2022	2023	2024	Bilan 5 années
Nombre de patients inclus	0	188	278	0	0	466
Coûts totaux de l'expérimentation (€TTC)	59 825,32 €	250 674,80 €	225 178,77 €	52 703,40 €	24 800,00 €	613 182,29 €
<i>dont coût association ADC</i>	45 725,32 €	78 380,38 €	81 660,44 €	52 703,40 €	6 000,00 €	264 469,54 €
% coût association ADC (coordination)	76%	31%	36%	100%	24%	43%
<i>dont coût mise en place dans les établissements</i>	14 100,00 €	73 728,00 €	1 122,00 €	0,00 €	18 800,00 €	107 750,00 €
% coût Mise en place établissements	24%	29%	0%	0%	76%	18%
<i>dont coût parcours patient</i>	0,00 €	98 566,42 €	142 396,33 €	0,00 €	0,00 €	240 962,75 €
% coût parcours patient	0%	39%	63%	0%	0%	39%
Coût moyen par patient (€ par patient)	0,00 €	1 333,38 €	810,00 €	0,00 €	0,00 €	1 315,84 €
Recettes totales de l'expérimentation (€TTC)	60 459,00 €	260 706,00 €	254 874,00 €	52 763,29 €	6 000,00 €	634 802,29 €
Equilibre financier de l'expérimentation (Recettes-Dépenses, €TTC)	633,68 €	10 031,20 €	29 695,23 €	59,89 €	-18 800,00 €	21 620,00 €

Evaluation économique du montant du forfait et perspectives futures

Dans une perspective de généralisation du parcours As du Cœur et de son inscription dans le droit commun, l'analyse des montants des forfaits en comparaison du coût réel d'un parcours patient est essentielle pour envisager une adaptation des montants versés aux structures d'APA. Cette analyse tient compte du coût variable (ou semi-structurel), c'est-à-dire des coûts de personnel (éducateurs sportifs...) et ne tient pas compte des coûts fixes (coordination, SI, dépenses de communication...).

Les montants des forfaits, tels que calculés actuellement, semblent suffisants pour couvrir les coûts d'un parcours patient (Figure 17). La marge s'élève à près de 48€ pour les patients avec un parcours complet, et 33 € pour les parcours incomplets. Cette marge permet de garantir l'attractivité du dispositif pour les structures d'APA. Ainsi, il n'est pas nécessaire de revoir à la hausse le forfait patient. En revanche, la structuration de la cellule de coordination doit être revue pour diminuer les coûts dans une perspective de généralisation.

Figure 17. Comparaison des montants des forfaits ADC versus coûts réels en temps de personnel



4.6.3 Point de vue des professionnels : Un modèle de rémunération forfaitaire permettant une soutenabilité financière des structures APA

Les responsables des structures effectrices et les coaches d'APA interrogés se disent globalement satisfaits de la rémunération perçue : « L'indemnisation couvre les frais de la structure » (Directeur structure effectrice, CVL) ; « En vue de la conjoncture, elle me semble très bien. On part tellement de loin dans le monde du sport-santé » (Coordinateur structure effectrice, PACA) ; « La rémunération est pertinente et adéquate » (Coordonnateur structure effectrice, BZH). « Rémunération : OK : revient au même pour le club qu'un abonnement classique : pas de perte d'argent ».

Les structures ayant répondu à l'enquête déclarent être satisfaites du montant du forfait proposé (28/29). Pour la majorité des structures (21/29), la charge d'investissement (charge de travail, file active, logistique, formation) pour As du Cœur est jugée acceptable.

Tableau 27 : Avis sur les modalités de l'expérimentation et sur la généralisation

	Total
Effectif : Structures APA As du Cœur	29 (100,0%)
Diriez-vous que le montant du forfait proposé dans le cadre de l'expérimentation permet une soutenabilité financière (fonctionnement financier équilibré) de cette activité au sein de votre structure ?	
Non renseigné	1
Oui, tout à fait	9 (32,1%)
Oui, plutôt	19 (67,9%)
La charge d'investissement (charge de travail, file active, logistique, formation) pour participer à As du Cœur vous paraît-elle :	
Non renseigné	1
Trop importante	6 (21,4%)
Acceptable	21 (75,0%)
Faible (par rapport aux bénéfices observés)	1 (3,6%)

Quelques points de vigilance concernant le modèle de financement : montant et modalités :

- ⇒ Deux coaches de la région PACA¹³ estiment que le montant des forfaits est **sous-évalué** et ne prend pas en compte les **désistements de patients** ainsi que les temps de déplacement et de coordination : « Pas de rémunération des frais de déplacements concernant les bilans

¹³ Parmi les 10 coaches interrogés.

de patients qui ne viennent pas au RDV (13) ou pour ceux qui choisissent de ne pas participer, 7 personnes ont fait des bilans mais n'ont pas du tout suivi le programme » (Coach APA, PACA) ; « D'après mes calculs la rémunération est 1,5 fois inférieure à ce qu'elle devrait être, elle ne prend pas en compte les déplacements et le temps de coordination avec les professionnels et les patients. Le risque est de décourager les futurs diplômés d'APA » (Coach APA, PACA).

- ⇒ Deux effecteurs estiment que le **circuit de facturation est complexe** et mériterait d'être simplifié : les effecteurs secondaires facturent aux effecteurs principaux, qui facturent à leur tour à la structure concentratrice (Azur Sport Santé ou efFORMip¹⁴) : « *Circuit à simplifier pour gagner du temps de comptabilité* » (Coordinatrice structure effectrice, AURA). Il est arrivé que la complexité de ce circuit de facturation entraîne des délais de versements importants : « *Les fonds sont reçus trop tardivement après l'inclusion des patients* » (Responsable APA, CVL). A la marge, des effecteurs évoquent des erreurs de facturation : « erreur sur la facturation pour une patiente (forfait incomplet) qui a pris beaucoup de temps à résoudre. S'il y en avait eu 4 ou 5 de ce type je n'aurais pas pu [gérer] ».
- ⇒ La rémunération ne compense pas toujours l'investissement initial d'appropriation du parcours, la prise/organisation des rendez-vous, la comptabilité (pour certains) ou encore la saisie/remplissage du logiciel (estimé chronophage surtout du fait de bugs à répétition au démarrage).
Enfin certains regrettent le temps de versement des forfaits.

4.6.4 Impact budgétaire limité pour les SMR

Les entretiens menés auprès des référents SMR, mettent en évidence des situations et des impacts observés assez différents :

- ⇒ Pour certains, il y a une plus-value « non financière » du projet qui **valorise l'établissement** « *le projet a redynamisé notre établissement, et permet de montrer qu'on est investi pour les patients* ».
- ⇒ Pour un autre SMR, le projet n'a **pas eu particulièrement d'impact pour l'établissement** « *On avait déjà l'habitude de ce type de prise en charge avec notre cardio club, pas d'impact ou de commentaire particulier sur la rémunération pour l'établissement mais celle des effecteurs APA paraît trop faible pour être attractive* ».
- ⇒ Un autre SMR note « *des coûts cachés à prendre en compte (RH pour l'ingénierie, l'informatique, la direction, les cardiologues) et d'un autre côté, le projet permet une utilisation optimisée du plateau technique sur les créneaux normalement fermés (17h-19h)* ».
- ⇒ Pour un autre enfin, la rémunération n'était pas adaptée à la charge de travail demandée notamment au niveau du SI, nécessitant une saisie très complète et donc la charge administrative très importante pour les enseignants APA du SMR. « *La rémunération était un peu juste par rapport au éléments demandé : 2 conclusions soit on augmente la rémunération, soit on baisse le niveau d'exigence* ».

4.6.5 Difficultés rencontrées par les porteurs au niveau budgétaire

Quelques difficultés sont relevées par les porteurs en lien en particulier avec la facturation/rémunération des effecteurs :

- ⇒ **Bien qu'initialement identifié, le budget lié au SI s'est avéré insuffisant** (sous-estimé au démarrage) : le développement du SI a été chronophage pour l'équipe du porteur et plus long que prévu. Il n'a été « opérationnel » que tardivement, ce qui a nécessité de la part des porteurs la mise en place de procédures assez lourdes en termes de fonctionnement

¹⁴ Attribution d'un numéro FINESS dérogatoire à une seule structure APA (efFORMip).

notamment pour la facturation et le contrôle (surcoût lié à la facturation). Face à ces difficultés liées au SI, les porteurs ont dû recruter une personne à raison de 2 jours/semaine pour assurer le « support technique » : création d'un groupe WhatsApp pour les effecteurs (aide à la résolution rapide des problématiques, besoin des effecteurs de réponses instantanées).

NB : Le SI existait antérieurement au projet mais était principalement utilisé par des structures (en interne). Il a été nécessaire de l'adapter pour un fonctionnement en « réseau », afin de pouvoir établir des tableaux de bord de pilotage, agréger les données de plusieurs centres, pouvoir utiliser les données pour la facturation (ce volet est en cours de finalisation) ... Par ailleurs, « des bugs » au niveau des exports (données manquantes ou incohérentes) ont été identifiés et ont nécessité un temps de contrôle très important de la part des porteurs.

- ⇒ **La saisie en temps réel** : Les structures APA ne remplissent pas le SI au fur et à mesure des séances réalisées. Ce qui entraîne un décalage et un besoin de contrôle de la part du porteur. Ce décalage dans le remplissage a causé 2 erreurs dans la facturation des parcours alors que le patient avait abandonné (une date d'abandon signalée tardivement). Ce décalage ne permet pas au porteur d'avoir une vision exacte, à un moment donné, des parcours des patients (difficultés de dénombrer le nombre de séances réalisées à date pour chaque patient).
- ⇒ **Le (re)versement des forfaits** : Les effecteurs n'ayant pas de numéro FINESS (alors que cela était initialement prévu), Azur Sport Santé a dû jouer le rôle de structure concentratrice. Cette tâche de rémunération des effecteurs s'est avérée chronophage et a occupé un mi-temps non prévu et non-financé : tous les mois le porteur édite une facture type par structure, les structures les retournent au porteur (qui doit parfois les relancer), le porteur effectue un contrôle + vérification auprès de l'URSSAF. *« Cela a causé un réel problème à l'association car 600 000 € ont transité par l'association (difficulté dans le cadre de financement d'autres projets) et nous avons dû faire un avenant à la convention ».*

La question de la **participation financière (même symbolique) des patients** reste à ce jour posée. Pour certains professionnels, elle n'est pas envisageable car participant au renoncement aux soins, pour d'autres elle est nécessaire pour éviter le consumérisme, l'absentéisme (*« Impliquer un minimum financièrement les patients dans l'expérimentation, pour qu'ils soient réellement "acteurs de leur santé » ; « Faire participer financièrement les patients pour qu'ils s'engagent (beaucoup d'absences aux séances) = Prise de conscience et plus d'implication » ; « Possibilité éventuelle de faire participer financièrement les patients ; en tous les cas ne pas parler de gratuité mais de prestation offerte »*). Enfin la participation financière des mutuelles reste également à discuter.

A noter que dans les questionnaires du SI, 47,4% des patients déclarent qu'ils n'auraient pas participé au programme s'il n'avait pas été pris en charge par l'Assurance Maladie.

4.7 Des effets indirects non prévus identifiés dans le sillage du projet As du Cœur

La mise en œuvre du projet a engendré différentes conséquences (externalités) identifiées par les porteurs et les parties prenantes interrogées, parmi lesquelles, on note :

- ⇒ Le développement de **liens entre les professionnels de la santé et les professionnels de l'AP** : la rencontre du monde de la santé et du monde des acteurs du sport ; As du Cœur favorise les interactions et les échanges entre les acteurs d'un même territoire.

- ⇒ La **visibilité, voire la notoriété** de certains effecteurs APA renforcées du fait du programme.
- ⇒ Le **recensement de l'offre d'APA sur les territoires** (élaboration de cartographies) par les ARS/DRAJES : une progression des organismes tutélares.
- ⇒ Le **recrutement et la création d'un poste d'enseignant APA** pour l'un des centres SMR partenaire (CVL) qui souhaite développer cette activité (malgré les quelques réticences des médecins et masseurs-kinésithérapeutes) : laissant penser que la généralisation du dispositif, d'autres postes d'intervenants APA seront créés (ceci participant à la valorisation/reconnaissance de la profession).
- ⇒ Le **renforcement du rôle de « référent territorial » pour les Maisons Sport-Santé** impliquées : identification et légitimité.
- ⇒ Les professionnels des SSR apprécient de **pouvoir proposer un accompagnement** aux patients sortant du SSR et notent une **amélioration de la préparation de la sortie**. Ils attendent avec intérêt les résultats de l'évaluation pour connaître les effets sur les patients inclus (qu'ils perdent globalement de vue après la sortie), et une entrée du programme dans le droit commun.
- ⇒ Concernant les professionnels APA, lorsqu'ils n'étaient pas structurés, l'expérimentation leur a permis de **s'organiser** avec un accès à des salles et du matériel. Globalement pour les effecteurs APA, l'expérimentation a été le moyen d'être connus et reconnus par les prescripteurs des SSR (principalement) et de **gagner en visibilité sur le territoire et en notoriété**. Les structures encore jeunes au démarrage du programme estiment avoir pu capitaliser sur As du Cœur pour être identifiées comme des acteurs territoriaux par les SSR ou les professionnels sur le territoire.
- ⇒ Des structures continuent à se servir des outils As du Cœur et à proposer de l'APA pour d'autres publics (femmes enceintes, cancer du sein, pathologies psychiatriques) (CPTS CVL). La médiatrice en santé accompagne individuellement les patients de la CPTS vers des clubs partenaires (0 patients perdus de vue) (en lien avec les objectifs préventions de la CPTS). As du Cœur a accéléré (et légitimé) cette activité (passé de 10 à 40 prescripteurs d'APA sur le territoire de la CPTS / A aidé à la CPTS à rejoindre le monde du « sport »). La CPTS organise des conférences (avec le Pr François Carré notamment) pour pique de rappel/remotivation.
- ⇒ Les partenaires estiment, qu'en plus de ces impacts directs, le programme a contribué à **faire tomber les barrières des professionnels** de la santé par rapport au sport et à accélérer la logique de l'orientation post-soins.

Ces externalités positives sont autant de points d'échange et d'appui à la discussion sur les conditions d'un passage à l'échelle. Elles montrent les impacts au-delà de la structuration du parcours, sur l'ensemble des partenaires et de l'écosystème Sport-Santé territorial/régional.

5 RESULTATS AXE 3 : REPRODUCTIBILITE

A la lumière des enseignements de l'expérimentation, des facteurs clés de succès du dispositif sont identifiés ainsi que des pistes de réflexions sur les prérequis/modalités de reproductibilité/passage à l'échelle du programme As du Cœur.

Principaux indicateurs chiffrés à retenir :

- ⇒ 466 patients inclus : **93% de l'objectif revu.**
- ⇒ **Observance et acceptation** : 75% de patients ayant fait plus de 30 séances (sur les 40 du parcours).
- ⇒ 33% à 66% de patients des SMR éligibles à As du Cœur.
- ⇒ **Taux d'attrition** entre SMR et structure APA : **20%**.
- ⇒ 18% d'abandon en cours de programme.
- ⇒ **Efficacité/ Durabilité** : Taux de maintien d'AP à 1 an : **84,5%** (54% en autonomie) ; Taux de maintien d'AP à 2 ans : **83%** (43% en autonomie). **65% de patients à 1 an (et 57% à 2 ans) ont un niveau d'AP plus important qu'avant la réadaptation.**
- ⇒ **Efficacité** : Augmentation de **34%** des patients suffisamment actifs entre le début et la fin du parcours (pour les témoins = le sans dispositif : diminution de 50,8%).
- ⇒ **Service rendu** : Augmentation de la qualité de vie entre début et fin de parcours.
- ⇒ **9,4/10** : note moyenne donnée par les patients sur l'impact sur leur santé.
- ⇒ **9,2/10** : note moyenne donnée par les patients à l'organisation des séances APA et à leur satisfaction de leur prise en charge dans le programme As du Cœur.
- ⇒ Statistiquement moins d'hospitalisations (tous types notamment en SMR) à 1 an chez les patients As du Cœur.
- ⇒ Des dépenses totales de consommations de soins (sur 12 mois) inférieures de **3 224 €** par rapport à celle des témoins du SNDS. Avec un coût moyen pondéré du forfait par patient As du Cœur de 564 €, l'impact budgétaire net pour l'Assurance Maladie est favorable et s'élève à 1,2 M € (hors CAI) d'économies pour 466 patients.

5.1 Principaux enseignements de l'expérimentation en termes structurels/organisationnels

- ⇒ Le parcours a fonctionné dans toutes les régions, avec des organisations, des acteurs de terrain hétérogènes → L'ensemble montrant que les résultats ne sont pas dus au porteur mais à la méthode/protocole/outils fournis et utilisés par les professionnels.
- ⇒ Un projet bâti avec un comité scientifique et piloté au niveau national, avec une équipe qui a accompagné le déploiement dans les 5 régions. Un accompagnement minimal paraît indispensable pour une harmonisation du dispositif au niveau national.
- ⇒ Des relais régionaux/territoriaux réalisés par les instances régionales ARS – DRAJES permettant d'assurer le maillage et la gestion des acteurs du Sport Santé.
- ⇒ Un besoin de maillage territorial plus fin a été mis en évidence afin d'offrir l'égalité d'accès à l'APA, et un besoin de réactivité importante est noté pour garder les patients motivés (inclusion rapide après prescription).
 - Se baser sur les annuaires et le dispositif de labellisation des structures APA des DRAJES et ARS. Il existe déjà des recensements des effecteurs par ARS et DRAJES (ex. Signature de Charte Qualité SSBE (12 critères qualité)).

- L'opportunité de proposer une offre APA par les SMR est à prévoir. Dans les faits, elle ne concurrencerait pas celle des effecteurs, le **facteur proximité** étant prégnant pour les patients et l'accès au parcours.
- ⇒ 60% des patients ont réalisé 30 séances et plus (84% des patients ont réalisé plus de la moitié du parcours (plus de 20 séances)) et l'efficacité augmente avec le nombre de séances → Une réflexion sur la durée du parcours (et le nombre de séances correspondant) sera à mener notamment par rapport aux recommandations de prescription d'APA pour 3 mois renouvelable de la HAS.
- ⇒ Le tarif du parcours APA serait à moduler en conséquence.
- ⇒ Le coté dynamique de groupe est reconnu comme essentiel/création de lien social et contre l'isolement) : l'expérimentation a montré **la faisabilité de constituer des groupes de 5 à 7 personnes.**
- ⇒ **Les groupes mixtes s'avèrent plus faciles à constituer et la mixité des pathologies est estimée possible (obésité, diabète, cardio...).** La seule limitation est physique. A l'inverse, les groupes « mono pathologie » limitent le flux de patients dans les structures effectrices et impact la viabilité du projet → Un dispositif pouvant concerner toutes les pathologies ou les situations pathologiques.
- ⇒ La structuration du parcours avec accompagnement motivationnel et APA est essentielle et à garder. Le coté ETP permet de faire le lien avec la vie quotidienne et la santé en général. Des temps éducatifs à 1 an et 2 ans (comme piqûres de rappel) pourraient même être proposés, à la MSS ou à la structure APA.
- ⇒ En termes de compétences des effecteurs : nécessité d'une Licence ou Master APA (pour gestion de projet) et capacité de réaliser les programmes d'éducation.
- ⇒ Un système d'information est nécessaire pour le suivi des patients, la transmission d'information entre intervenants et la facturation (mixité d'utilisation) : un cahier des charges est à envisager.

Rappels de conclusions de l'atelier de fin d'expérimentation (début 2024) :

Propositions d'aménagements :

- Programme de 20 séances avec une prescription de 3 mois renouvelable selon les besoins constatés.
- Révision du tarif pour des groupes de 7 personnes.
- Maillage territorial par comité territorial et en lien avec les MSS.

→ **Conclusions à questionner notamment sur le nombre de séances et la durée de la prescription** / à la lumière des présents résultats.

5.2 Facteurs clés de succès / Leviers

Les facteurs clés de succès de l'expérimentation tiennent à :

- ⇒ **L'adhésion et l'implication des professionnels des SMR** (référént et équipe) : en particulier au niveau de la stratégie d'information des patients à différentes étapes de leur séjour de réadaptation cardiaque (à leur entrée, en cours et à la fin) et que cette information soit dispensée par différents professionnels (cardiologue, masseur-kinésithérapeute, infirmiers...).
- ⇒ La **concertation territoriale** : Travail de prise de contact, d'explication, présentation et concertation, auprès des nombreux partenaires et acteurs territoriaux (dès le démarrage),

- chronophage mais nécessaire car certains ne se connaissaient pas (acteurs issus des domaines de la santé et/ou du sport-santé).
- ⇒ La **mise en lien des acteurs « de la santé » et de « l'activité physique » (notamment lors des formations spécifiques As du Cœur)** : permettant en particulier aux effecteurs APA de se faire connaître et aux professionnels de santé d'identifier des relais territoriaux.
 - ⇒ **Au cadre** proposé par As du Cœur qui a permis de « **protocoler** » les **recommandations actuelles en termes d'encadrement de l'APA** (HAS) et dans le même temps de laisser l'opportunité et la liberté aux effecteurs de s'approprier le protocole organisationnel établi : « *La souplesse dans le cadre* ».
 - ⇒ Aux **séances collectives** proposées : levier au maintien de la motivation des patients, qui participent à la notoriété du dispositif. Mais groupe de 10 très difficile à tenir → En pratique 5 à 7 personnes par groupe.
 - ⇒ Aux **formations/réunions de sensibilisation des intervenants APA à la cardiologie** : organisées par les professionnels des SMR, sur site, qui permettent la mise en lien des acteurs.
 - ⇒ L'implication, l'agilité et l'accompagnement assurés par **l'équipe de coordination/porteurs** : support technique, formation, outils, communication, facturation, réponses aux spécificités territoriales...
- L'ensemble montre qu'il n'y a **pas de modèle unique d'organisation et de fonctionnement** et que la mise en œuvre et le fonctionnement nécessitent **un cadre**, laissant la possibilité d'adaptation à chaque territoire.

5.3 Pistes de réflexions sur la reproductibilité

Tableau 28 : Propositions et pistes de réflexions pour une généralisation

Axes / Paramètres du « modèle »	Proposition / Piste de réflexion
DECISIONS NATIONALES	
La communication	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Renforcer la communication à destination des professionnels et des patients (via le réseau Assurance Maladie...). ✓ A faire au niveau national et également au niveau régional/Territorial. ✓ Rappeler et faciliter la prescription de l'AP par les professionnels de santé et notamment les cardiologues ou MG.
MSS	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Acteurs pouvant jouer un rôle essentiel dans le déploiement du projet comme structure coordinatrice des effecteurs de son territoire. ✓ En lien avec l'ARS et le comité de pilotage territorial : assurant la liaison entre institutions régionales et acteurs/Effecteurs de terrain. ✓ A officialiser /pérenniser dans les fonctions de coordination territoriale. ✓ S'assure que les effecteurs labellisés remplissent le cahier des charges.
Les portes d'entrée du parcours	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Dépendance du programme aux SMR car seuls adresseurs (unique porte d'entrée) → Suppose la disponibilité et l'engagement des équipes de tous les SMR. ✓ Elargir les modalités de repérage et d'inclusion des patients : hôpital, cardiologue, médecin généraliste... (en lien avec la prescription de l'APA). ✓ Place du MG à préciser en fonction de l'offre d'APA proposée au niveau national.

<p>Offre APA / Effecteurs APA</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mailler le territoire d'offres d'APA à visée thérapeutique de proximité de qualité. ✓ Besoin de clarifier/faire évoluer le décret actuel qui stipule quel acteur/formation peut dispenser/accompagner l'APA. Déterminer quel professionnel pourra réaliser l'APA : coach APA, éducateur sportif ? Diplôme minimum + formation réalisée au niveau régional. ✓ Référencement des effecteurs/Labellisation des structures APA nécessaires par les ARS + Maisons Sport Santé - permettant par-là même un recensement. ✓ Ouvrir la possibilité de participation à tout type de structures : MSS, CPTS, Centres de santé, clubs de sports, associations, SMR, Maisons de santé Pluriprofessionnelles. ✓ Nécessité d'une remise à niveau des APA avec une formation sur 1 ou 2 semaines, idéalement par les professionnels des SMR (création du réseau interpersonnel par la même occasion). ✓ Numéro de FINESS ?
<p>Les montants des forfaits / Modèle tarifaire</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Modèle de facturation à définir parmi 2 cas de figure : <ol style="list-style-type: none"> (1) Désignation de structures concentratrices telles que les Maisons Sport-Santé qui reversent le forfait aux effecteurs : réflexion nécessaire sur le montant de la part du forfait à reverser aux structures concentratrices pour cette gestion (5€/patient ?) et déterminer un cahier des charges pour ces structures. (2) Attribution d'un numéro FINESS aux effecteurs labellisés par les comités territoriaux/ARS. ✓ La révision des montants des forfaits APA en fonction des parcours revus (nombre de séances...) et du nombre de patients par séance (5-7 patients). ✓ Question du financement des outils (mallette...) (intégré au crédit d'amorçage dans le cadre de l'expérimentation mais pas maintenu en phase de généralisation). ✓ Etudier un financement composite : Participation financière des mutuelles à demander ? Participation des villes (au moins pour mise à disposition de salles...) ? Voire des bénéficiaires (divergences d'avis+++)?
<p>ACTEURS REGIONAUX</p>	
<p>Le portage / la coordination générale</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Proposer la mise en place de comités territoriaux/régionaux (ARS / DRAJES / Maison Sport-Santé) pour la réalisation d'un diagnostic territorial (déterminer le nombre de patients concernés par bassin territorial), la labellisation/habilitation des structures effectrices, la coordination territoriale. = Acteur centre ressource nécessaire dans chaque région. ✓ Prévoir un accompagnement et un suivi par une équipe nationale (Azur Sport Santé a priori) pour harmonisation du déploiement et du fonctionnement. Gestion du SI et des outils communs... <p>➔ Tester le nouveau modèle d'implantation dans quelques régions avant un déploiement général.</p>
<p>L'offre de proximité / Maillage territorial essentiel</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Assurer un maillage territorial via une structure de coordination placée au niveau départemental : les MSS pourraient jouer ce rôle, sous la responsabilité de l'ARS. ✓ Certains patients n'ont pas été inclus dans le parcours ADC car ils habitaient trop loin d'une structure effectrice : intégrer/labelliser davantage d'effecteurs APA en fonction du diagnostic territorial. ✓ Vigilance : Proposer des horaires de pratique compatibles pour les personnes ayant une activité professionnelle (en fonction des disponibilités des infrastructures).
<p>MODELE</p>	

Le parcours	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Déterminer un parcours type avec un socle minimum d'activités et d'entretiens tout en laissant la liberté d'aménager le parcours aux effecteurs. ✓ Exigence d'une réactivité d'inclusion à la suite de la prescription (maintien de la motivation) : dans les 1 à 2 mois. ✓ Mettre en place un protocole de collaboration entre professionnels de la santé prescripteurs et professionnels de l'AP assurant une fluidité dans la transmission des informations pour une efficience accrue de l'utilisation des compétences de chacun. ✓ Limiter le nombre de séances non honorées par les patients en déterminant une obligation d'assiduité / des absences justifiées (problématiques de santé...).
Les critères d'inclusion / Population cible	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Envisager (dans un 2^{ème} temps ?) d'ouvrir le programme à d'autres pathologies : former les effecteurs à plusieurs pathologies (cancer, cardiologie, diabète, obésité, pneumologie). ✓ Le protocole ADC peut facilement s'adapter et la sensibilisation à l'engagement durable est valable pour toutes les pathologies.
Le temps d'appropriation / de mise en place	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ne pas sous-estimer le temps d'appropriation du protocole As du Cœur pour les équipes SMR et les intervenants APA et la formation des équipes (pathologie, engagement durable...). ✓ Prévoir un temps de mise en place / accompagnement (par l'équipe de coordination nationale, garante du protocole et des bilans d'activité).
Le système d'information	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Élément essentiel et structurant du parcours/du pilotage : suivi des parcours/transmission d'informations et facturations. ✓ Système d'information à stabiliser/simplifier (?) pour chacun des acteurs : SMR, effecteurs, patients, porteurs/pilotes (tableau de bord). ✓ Poursuivre la réflexion sur le SI / questions d'interopérabilité avec les logiciels hospitaliers (des SMR) et les structures effectrices et concentratrices (types Maisons Sport Santé). ✓ Avoir la possibilité de « pooler » l'ensemble des données de tous les effecteurs pour disposer d'un bilan national du parcours AdC.
La formation à As du Cœur	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mettre en place/proposer une journée de formation par territoire → Formation centrée engagement durable, sensibilisation à la prise en charge des pathologies cardiaques aiguës et présentation/utilisation du SI. ✓ A assurer en lien avec les SMR : pour permettre une connaissance mutuelle professionnels de santé / Professionnels de l'APA du territoire. ✓ Un diplôme minimum pour les effecteurs APA (à faire valider auprès de l'ARS avec la labellisation de la structure APA).

Ces éléments rejoignent globalement les recommandations/orientations en matière de développement de l'APA (Mission DELANDRE sur l'APA, Rapport Charges et Produits de la CNAM (pour 2025)).

Dr Dominique Delandre (nov 2022) : « *Et je suis convaincu que la prise en charge par l'Assurance-Maladie de l'activité physique adaptée, dans le cadre d'un parcours bien défini, fondé sur les recommandations de la Haute autorité de santé (HAS), permettra non seulement de réduire les inégalités territoriales financières et d'accessibilité au sport-santé, mais incitera également les médecins à prescrire de l'APA à visée thérapeutique, et facilitera la sensibilisation de la population* ».

6 CONCLUSION

Les éléments recueillis et analysés dans le cadre de ce rapport final d'évaluation permettent de conclure à la **faisabilité/opérationnalité** du programme Passerelle As du Cœur porté par l'association Azur Sport Santé. Les résultats démontrent un modèle performant dans **l'atteinte de ses objectifs** en termes d'autonomisation/durabilité de la pratique d'une activité physique dans le temps et d'amélioration de qualité de vie et son **caractère efficient au global**. Les éléments recueillis permettent ainsi de dégager les facteurs clés de succès, les conditions et les briques d'un **modèle pertinent à reproduire/soutenir**, dans le contexte de croissance des maladies chroniques et de politique de santé souhaitant déployer la prévention. L'APA et plus largement le Sport Santé doivent être pensés dans le cadre d'une politique publique et considérés comme un investissement nécessaire pour l'avenir, partie intégrante d'une approche systémique de la santé.

→ **Ce programme de par son ampleur (multisite, taille, test d'un modèle organisationnel et de rémunération) et ses très bons résultats en vie réelle, proches des conditions de mise en œuvre normales, peut servir de modèle de base pour le déploiement de l'offre APA au niveau national. Il montre que cette offre est souhaitée, souhaitable et rentable.**

Il constitue et organise une réelle offre de prise en charge et de suivi après SMR (offre d'aval complémentaire) permettant l'ancrage des pratiques dans le temps, appuyé par les séances d'engagement durable, les bilans d'entrées et de sortie (mesure des évolutions) et l'effet de groupe participant à la motivation de patients (et à la lutte contre l'isolement social).

Il offre l'opportunité pour les pouvoirs publics et la CNAM (dans sa volonté exprimée dans ses rapports Charges et Produits de 2024 et celui pour 2025) de déployer et rembourser l'APA en tant qu'intervention thérapeutique non médicamenteuse, dans un cadre structuré.

Cette expérimentation met en lumière l'importance de proposer des programmes structurés/structurant d'APA, avec un suivi approprié. Elle souligne également la nécessité d'harmoniser les pratiques et les financements dans le domaine de l'APA et plus largement du Sport-Santé, pour assurer une prise en charge équitable sur l'ensemble du territoire.

→ Les constats issus des analyses qualitatives et quantitatives menées dans le cadre de l'évaluation finale externe **confirment la faisabilité et l'opérationnalité** du dispositif As du Cœur expérimenté, avec démonstration d'un fonctionnement possible quel que soit les organisations ou ressources territoriales présentes. **L'efficacité en termes de durabilité de l'AP**, à distance du programme, et de service rendu pour les patients (« remotivation », confiance retrouvée et qualité de vie) est également largement observée ainsi que son efficacité et son **impact sur les coûts** (réduction des dépenses hospitalières pouvant compenser le coût du dispositif). L'expérimentation a permis d'identifier des modalités de reproductibilité dont une partie dépend de décisions nationales à venir en matière d'APA. Les enseignements tirés permettront une amélioration/affinement du process/fonctionnement.

→ → Les conclusions de l'évaluation vont donc dans le sens d'une **pertinence du déploiement de l'offre proposée par le programme As du Cœur**, pour les patients en sortie de SMR (offre d'aval complémentaire) ; qui sera certainement **à étendre aux prescriptions médicales de ville** (MG et cardiologue notamment). Il peut constituer une opportunité pour l'intégration de l'APA dans le droit commun, par le cadre structurant qu'il propose.



7 ANNEXES

7.1 Listes des acteurs interrogés

Tableau 29: Liste des partenaires interrogés

Profil de la personne interrogée	Fonction et Structure/Etablissement	Date de l'entretien	N°
Responsables SMR	Directeur - Clinique Saint Yves	08/11/2023	1
	Directeur- A. Tzanck	14/11/2023	2
	Directrice Adjointe - A. Tzanck	14/11/2023	3
	Cadre de rééducation - Hôpital Léon Bérard	24/11/2023	4
	Directeur - Maison du Mineur	21/11/2023	5
	Coach APA - Maison du Mineur	21/11/2023	6
	Cadre de santé (à la retraite) - Centre de réadaptation et de prévention cardiovasculaire Bois Gibert	07/12/2023	7
Cardiologues	Cardiologue - Clinique Médicale de Cardio-pneumologie de Durtol	06/12/2023	1
	Cardiologue - Centre de Réadaptation cardio-respiratoire de la Loire	07/12/2023	2
	Coachs APA - Centre de Réadaptation cardio-respiratoire de la Loire	07/12/2023	3
Responsables structures APA	Coordonnateur - CDOS Loire	17/11/2023	1
	Coordonnateur - CREPS Auvergne Rhône Alpes de Vichy	13/11/2023	2
	Coachs APA - CREPS Auvergne Rhône Alpes de Vichy	13/11/2023	3
	Coordonnateur - Centre APA-Sport-Santé The Sunrise	09/11/2023	4
	Coordonnateur - CPTS ACLEPIOS	09/11/2023	5
	Coordonnateur - Santé EsCALE 41	13/11/2023	6
	Coachs APA - Santé EsCALE 41	13/11/2023	7
	Coordonnateur - B2S Bien-être Sport Santé	10/11/2023	8
	Coordonnateur et coach - Office des sports du pays de la Roche aux Féés	24/11/2023	9
	Coordonnateur - CPTS SUD LOCHOIS	22/11/2023	10
	Coordinatrice - EFFORMIP	24/11/2023	11
	Coordonnateur et coach - Action Sport Santé Nutrition	6/11/2023	12
	Coordonnateur et coach - NCAA	10/11/2023	13
Partenaires institutionnels	Expert (comité de pilotage) - CHU Rennes	06/11/2023	1
	Chargée de prévention - ARS Bretagne	10/11/2023	2
	Conseillère d'animation sportive 37 - DRAJES Centre Val de Loire	07/11/2023	3
	Référente parcours "nutrition, obésité, activité physique" - ARS AURA	29/11/2023	4
	Directeur adjoint - CPAM Ille et Vilaine	07/12/2023	5

Tableau 30: Liste des acteurs interrogés lors de l'entretien collectif avec le porteur

Profil de la personne interrogée	Equipe porteur interrogés lors de l'entretien collectif	Date de l'entretien
Azur sport santé	Dr Alain FUCH,	12/10/2023
	Odile DIAGANA	
	Coline DE GEORGES	
	Julien MONIER	

7.2 Annexe 2 : Profil des répondants à l'enquête en ligne

Une enquête a été réalisée auprès de 31 structures APA impliquées dans le programme. Au total 29/31 structures APA ont répondu à l'enquête (taux de réponse de 93%). 1/31 a répondu partiellement au questionnaire (réponses à quelques questions). 2/31 n'ont pas répondu (car elle n'avait pas réalisé d'inclusions ou avaient uniquement des effecteurs secondaires).

Les structures interrogées sont réparties sur les différents territoires de l'expérimentation. Les départements comptant le plus grand nombre de répondants sont l'Indre-et-Loire (6/29) et le Puy-de-Dôme (4/29). Les structures ont suivi en moyenne 15,5 patients dans le cadre du programme (min = 0 / max = 46). Cela représente environ 4% des patients/adhérents totaux moyens des structures.

Les effecteurs interrogés sont majoritairement des effecteurs primaires (19/29) mais 6 effecteurs secondaires ont également été interrogés.

Tableau 31 : Profil des structures ayant répondu à l'enquête

Effectif	Total
Département	29
Indre-et-Loire	6 (20,7%)
Puy-de-Dôme	4 (13,8%)
Alpes Maritimes	3 (10,3%)
Haute Garonne	3 (10,3%)
Ille-et-Vilaine	3 (10,3%)
Loire	3 (10,3%)
Bouches du Rhône	2 (6,9%)
Var	2 (6,9%)
Allier	1 (3,4%)
Loir-et-Cher	1 (3,4%)
Tarn	1 (3,4%)
Nombre de patients inclus dans As du Cœur	
Effectif (taux de réponse)	25 (86,2%)
Moyenne (écart-type)	15,5 (12,0)
Médiane / Min / Max	16,0 / 0,0 / 46,0
Type d'effecteur	
APA primaire	19 (65,5%)
APA secondaire	6 (20,7%)
SSR	3 (10,3%)
SSR / APA primaire	1 (3,4%)

7.3 Annexe 3 : résultats de l'enquête auprès des effecteurs

Tableau 32 : Effectifs de professionnels et d'adhérents au sein des structures

Effectif	Total
Combien d'intervenants/professionnels APA travaille à l'année pour votre structure en propre (salariés ou indépendants) ?	29 (100,0%)
Moyenne (écart-type)	4,2 (3,2)
Médiane / Min / Max	4,0 / 1,0 / 15,0
Combien y'a-t-il d'«adhérents /pratiquants» (tout type) dans la structure sur une année (2022-2023) ?	
Effectif (taux de réponse)	26 (89,7%)
Moyenne (écart-type)	385,5 (735,4)
Médiane / Min / Max	200,0 / 20,0 / 3 800,0
Dont nombre de pratiquants Sport-Santé :	
Effectif (taux de réponse)	26 (89,7%)
Moyenne (écart-type)	142,5 (126,9)
Médiane / Min / Max	105,5 / 6,0 / 520,0
Statut juridique de votre structure	
Association loi 1901	21 (72,4%)
Auto-entreprise	1 (3,4%)
Entreprise privée	4 (13,8%)
Etablissement sanitaire	3 (10,3%)

Tableau 33 : Profil Sport-santé des structures

Effectif	Total
La structure est-elle reconnue/référencée officiellement par l'ARS et/ou DRAJES pour ses activités Sport-Santé ?	29 (100,0%)
Oui	24 (82,8%)
Non	3 (10,3%)
Ne sait pas	2 (6,9%)
La structure est-elle soutenue financièrement pour ses activités Sport Santé ? (Plusieurs réponses possibles)	
Non renseigné	2
OUI, par l'ARS	6 (22,2%)
OUI, par la DRAJES	9 (33,3%)
NON	16 (59,3%)
Y'a-t-il une Maison Sport Santé sur votre territoire ?	
Oui, c'est votre structure	9 (31,0%)

	Total
Oui	14 (48,3%)
Non	2 (6,9%)
Ne sait pas	4 (13,8%)
a. Si OUI, avez-vous des liens avec cette Maison Sport Santé ?	
Non renseigné	9
Oui	11 (78,6%)
Non	3 (21,4%)

Tableau 34 : Nombre de professionnels impliqués dans le programme

Effectif	Total
Nombre de professionnels de la structure impliqués dans As du Cœur	28
Moyenne (écart-type)	2,3 (1,6)
Médiane / Min / Max	2,0 / 1,0 / 8,0
Nombre de professionnels de la structure impliqués dans As du Cœur - Détail	
Non renseigné	1
1 intervenant	13 (46,4%)
2 intervenants	4 (14,3%)
3 intervenants	6 (21,4%)
4 intervenants ou plus	5 (17,9%)

7.4 Annexe 4 : Détails des modalités de déploiement et d'organisation des structures effectrices (Source : Entretiens avec les responsables APA impliqués)

Les entretiens auprès d'une dizaine des structures effectrices d'APA mettent en évidence les modalités d'organisation suivantes pour mettre en place et déployer le programme As du Cœur :

- ⇒ **Les séances d'APA se sont organisées sur des principes similaires avec des légères variations entre les structures.** Les activités privilégiées sont l'endurance et le renforcement musculaire mais des activités de gymnastique ou d'équilibre ont également pu être proposées. Les séances réalisées pouvaient avoir lieu en extérieur ou en intérieur en fonction du type d'activité.
- ⇒ Dans la majorité des cas, les patients ADC étaient intégrés à des **groupes mixtes incluant d'autres patients**. Pour certaines structures au contraire, le choix a été fait de créer des groupes **spécifiques pour les patients du programme**.
- ⇒ Le dialogue et la coordination avec les SMR ont été variables selon les personnes interrogées : **La majorité des structures n'évoquent pas de lien privilégié avec le SMR**. Le référent SMR inscrit les patients mais il n'y a pas de dialogue particulier avec les effecteurs. Pour 2/10 structures la coordination aurait pu être plus développée. Les effecteurs situés en **milieu rural** (plus éloignés du SMR) évoquent davantage ce manque de lien avec le SMR.
- ⇒ La plupart des structures interrogées font état de **la facilité de mise en place du programme (peu d'adaptations nécessaires)**. Un temps de « calage » a été observé pour des **questions d'agenda ou de salle** et **n'a pas constitué un obstacle majeur** au déploiement du programme.

Tableau 35. Modalités de déploiement et de fonctionnement pour les effecteurs interrogés

Effecteur (Région - Zone)	Type (Primaire / Secondaire)	Nb patients inclus	Nombre de coaches impliqués	Formation	Type d'AP proposée	Modalités d'organisation des séances (mixte, hybride...)	Spécificités de mise en place
CPTS Sud Lochois (CLV – Rural).	Primaire	4	2 coaches	BP JEPS et MASTER STAPS	- Zen, -Marche nordique, - Salle de remise en forme (ouverte toute l'année).	Séances mixtes, toute l'année Inclusions unitaires (pas de groupe As du Cœur).	<ul style="list-style-type: none"> • Pas de lien avec le SMR. • Pas d'adaptation nécessaire.
NICE côte d'Azur Athlétisme (PACA – Urbain).	Primaire	6	3 coaches	Licences + master STAPS + formations pour intervenir en APA	-Renforcement musculaire -Circuit-training principalement en extérieur et marche nordique	Groupes mixtes avec des patients atteints de pathologies cardiaques et certains patients avec des maladies chroniques	<ul style="list-style-type: none"> • Bon lien avec le SMR. • Léger temps d'adaptation au départ.
Comité Départemental FSCF de la Loire (CVL - Urbain et périurbain).	Primaire	20	3 coaches sur 2 structures effectrices différentes	BP JEPS et Enseignants APA	-Activités en intérieur -Séances de cardio renforcement musculaire et Pilate	Groupes spécifiques As du Cœur	<ul style="list-style-type: none"> • Une participation vue comme naturelle. • Léger temps d'adaptation au départ.
DAHLIR (AURA - urbain).	Primaire	21	7 coaches dans les 2 structures effectrices secondaires	Licences APA et Master (diplôme minimal pour exercer en APA).	APA très diversifiée, à dominante cardio, endurance, marche - Renforcement musculaire, - Sport Co - Boxe, Sport de combat - Course à pied - Ateliers EQUILIBRES	Séances mixtes	<ul style="list-style-type: none"> • Pas de difficulté à motiver les effecteurs. • Pas d'adaptation particulière.
L'Orange bleue mon coach Wellness (BZH - urbain et rural).	Primaire	11	1 de façon permanente + 1 autre qui a dû arrêter	Licence Pro Métier de la forme + formation ARS / APA.	-Renforcement musculaire adapté en salle (Yoga + Pilates)	1 Groupe mixte et 1 groupe spécifique ADC	<ul style="list-style-type: none"> • Quelques adaptations au niveau des horaires et des agendas des coaches.
SMR Saint Yves - Volet effecteur (BZH - urbain).	Primaire	46	2 dans le SMR.		-Intérieur Vélo, Renforcement Musculaire - Circuits trainings / Sports co / stretching	5 groupes spécifiques ADC	<ul style="list-style-type: none"> • Volet effecteur de la clinique Saint Yves. • Quelques difficultés avec la gestion des rendez-vous.

efFORMip (OCC - urbain).	Primaire	5	4	Minimum licence APA	Séances en plusieurs temps : cardio et renforcement musculaire + Découverte d'activités très variées (marche nordique, spinball...).	Groupes mixtes	<ul style="list-style-type: none"> • Volonté de valoriser l'APA • Quelques difficultés sur la gestion des séances.
ASSO Saint Orens (OCC - urbain).	Primaire	30	3		Proposition de séances d'endurance et de séances de gymnastique	Groupes mixtes	<ul style="list-style-type: none"> • Séances d'informations réalisées dans la clinique car structure très proche. • SI : OK.
Association CapAtoutAge8 1 (OCC - rural).	Primaire	0	3	Formation en APA avec une spécialisation sur les questions gériatriques	- Séances de gymnastique, de renforcement et plus récemment d'endurance.	Pas de patients pris en charge	<ul style="list-style-type: none"> • Aucune inclusion car pas de patients orientés. • Structure trop loin du SMR.
Association Agir Sport Santé (CVL - rural).	Primaire	43	7 structures avec plusieurs coaches ainsi que des coaches en auto-entreprise.	Tous les coaches étaient déjà formés sur les questions des pathologies cardio-vasculaires.	-Séances de renforcement musculaire et d'endurance. -La gymnastique douce a pu être préférée au renforcement pour certains patients.	Groupes mixtes et spécifiques selon les structures	<ul style="list-style-type: none"> • Coordination de 7 structures sur le territoire. • Lien ressenti difficile avec le SMR dans la mise en œuvre.

7.5 Annexe 5 : Cartographie régionales des maillages territoriaux

Figure 18 : Organisation mise en place en région AURA

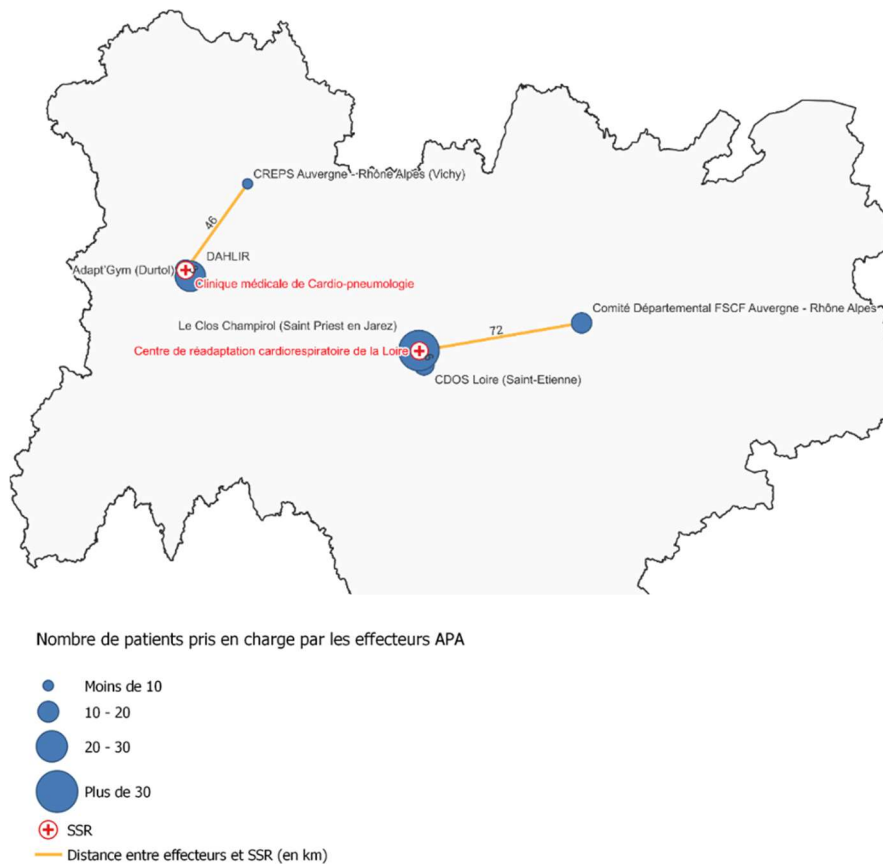


Figure 19 : Organisation mise en place en région BRETAGNE



Figure 20 : Organisation mise en place en région CENTRE-VAL-DE-LOIRE

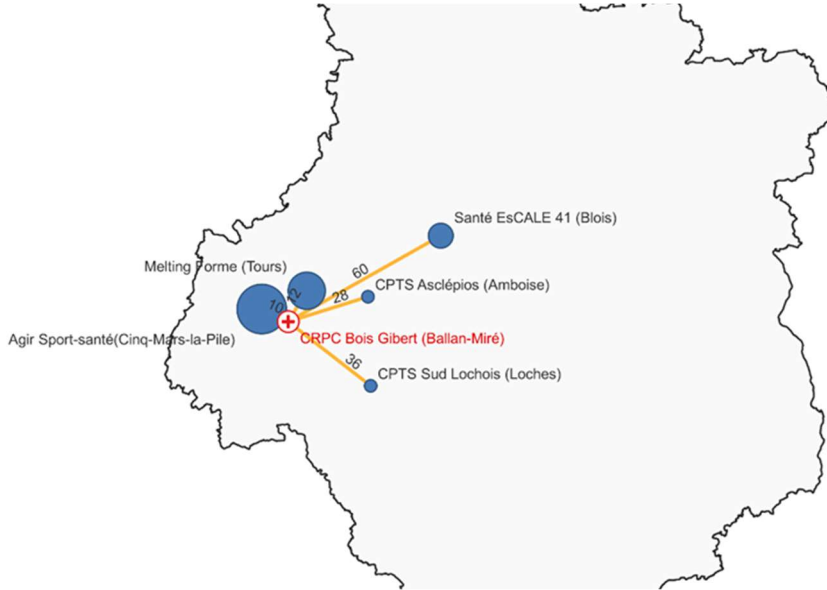


Figure 21 : Organisation mise en place en région OCCITANIE



7.6 Annexe 6 : Détail de la consommation de soins et des coûts associés

7.6.1 Analyse cas-témoins

Tableau 36 : Détail des consommations de soins dans les 6 mois suivant l'inclusion dans As du Cœur, pour les cas et les deux groupes témoins

	Cas N = 458	Témoins SMR N = 299	p-valeur	Témoins SNDS N = 1 366	p-valeur
Consultations					
Au moins une consultation avec un médecin généraliste, N (%)	434 (94,8%)	279 (93,3%)	0,4049 (e)	1 258 (92,1%)	0,0580 (e)
Si oui, nombre de consultations, moyenne (écart-type)	4,2 (2,7)	4,6 (3,4)	0,1676 (c)	4,3 (2,8)	0,4772 (c)
Au moins une consultation avec un cardiologue en ville ou à l'hôpital, N (%)	388 (84,7%)	249 (83,3%)	0,5963 (e)	1 124 (82,3%)	0,1979 (e)
Si oui, nombre de consultations, moyenne (écart-type)	2,4 (1,6)	2,5 (1,6)	0,5515 (c)	2,5 (1,8)	0,1581 (c)
Au moins une consultation avec un autre spécialiste de ville, N (%)	324 (70,7%)	187 (62,5%)	0,0185 (e)	905 (66,3%)	0,0806 (e)
Si oui, nombre de consultations, moyenne (écart-type)	3,0 (2,5)	3,0 (3,1)	0,2284 (c)	3,3 (3,8)	0,7559 (c)
Au moins une consultation avec un autre médecin hospitalier, N (%)	167 (36,5%)	106 (35,5%)	0,7770 (e)	562 (41,1%)	0,0687 (e)
Si oui, nombre de consultations, moyenne (écart-type)	3,3 (8,1)	2,1 (1,5)	0,8412 (c)	3,0 (6,7)	0,4381 (c)
Au moins un rendez-vous infirmier, N (%)	334 (72,9%)	228 (76,3%)	0,3060 (e)	1 017 (74,5%)	0,5036 (e)
Si oui, nombre de rendez-vous, moyenne (écart-type)	7,5 (22,3)	9,6 (25,1)	0,0587 (c)	13,3 (32,3)	<0,0001 (c)
Au moins un rendez-vous avec un kinésithérapeute, N (%)	119 (26,0%)	74 (24,7%)	0,7035 (e)	330 (24,2%)	0,4749 (e)
Si oui, nombre de rendez-vous, moyenne (écart-type)	17,4 (18,6)	14,2 (13,7)	0,4231 (c)	18,3 (16,2)	0,1928 (c)
Traitements médicamenteux					
Au moins une délivrance d'anxiolytique, N (%)	3 (0,7%)	2 (0,7%)	1,0000 (f)	19 (1,4%)	0,2132 (e)
Si oui, nombre de délivrances, moyenne (écart-type)	1,0 (-)	2,0 (-)	0,0956 (c)	2,1 (1,5)	0,2011 (c)
Au moins une délivrance d'antalgique, N (%)	246 (53,7%)	167 (55,9%)	0,5630 (e)	809 (59,2%)	0,0354 (e)
Si oui, nombre de délivrances, moyenne (écart-type)	2,6 (1,8)	2,8 (2,2)	0,6580 (c)	3,0 (2,3)	0,0296 (c)
Au moins une délivrance d'anti-inflammatoire, N (%)	30 (6,6%)	21 (7,0%)	0,7996 (e)	94 (6,9%)	0,8159 (e)
Si oui, nombre de délivrances, moyenne (écart-type)	1,3 (0,6)	1,3 (0,7)	0,9897 (c)	1,3 (0,6)	0,6765 (c)
Au moins une délivrance d'antidépresseur, N (%)	52 (11,4%)	44 (14,7%)	0,1742 (e)	151 (11,1%)	0,9504 (e)
Si oui, nombre de délivrances, moyenne (écart-type)	4,7 (2,1)	4,8 (2,1)	0,7275 (b)	4,5 (2,2)	0,6765 (b)
Au moins une délivrance d'un traitement cardiovasculaire, N (%)	446 (97,4%)	286 (95,7%)	0,1935 (e)	1 310 (95,9%)	0,1501 (e)
Si oui, nombre de délivrances, moyenne (écart-type)	5,9 (2,1)	5,7 (1,9)	0,3641(c)	5,8 (2,1)	0,2445 (b)
Hospitalisations					
Au moins une hospitalisation en MCO, N (%)	101 (22,1%)	81 (27,1%)	0,1128 (e)	495 (36,2%)	<0,0001 (e)
Si oui, nombre d'hospitalisations, moyenne (écart-type)	1,8 (2,5)	2,5 (4,5)	0,1419 (c)	1,9 (2,0)	0,1888 (c)
Au moins une hospitalisation complète en MCO, N (%)	61 (13,3%)	54 (18,1%)	0,0756 (e)	323 (23,6%)	<0,0001 (e)
Si oui, nombre d'hospitalisations, moyenne (écart-type)	1,2 (0,6)	1,5 (0,9)	0,0315 (c)	1,5 (1,0)	0,0645 (c)
Si oui, durée moyenne, moyenne (écart-type)	3,5 (5,0)	3,3 (3,6)	0,5775 (c)	4,7 (7,2)	0,0232 (c)
Si oui, durée cumulée, moyenne (écart-type)	4,8 (9,4)	6,0 (9,7)	0,2631 (c)	7,4 (11,5)	0,0113 (c)
Au moins une hospitalisation de jour en MCO, N (%)	51 (11,1%)	36 (12,0%)	0,7028 (e)	230 (16,8%)	0,0036 (e)
Si oui, nombre d'hospitalisations, moyenne (écart-type)	1,3 (0,5)	1,3 (0,6)	0,6979 (c)	1,4 (0,9)	0,8198 (c)
Au moins une hospitalisation en SSR, N (%)	15 (3,3%)	27 (9,0%)	0,0007 (e)	203 (14,9%)	<0,0001 (e)
Si oui, nombre d'hospitalisations, moyenne (écart-type)	1,4 (0,5)	1,1 (0,3)	0,0091 (b)	2,4 (3,3)	0,7801 (c)
Au moins une hospitalisation complète en SSR, N (%)	5 (1,1%)	12 (4,0%)	0,0080 (e)	62 (4,5%)	0,0007 (e)

	Cas N = 458	Témoins SMR N = 299	p-valeur	Témoins SNDS N = 1 366	p-valeur
Si oui, nombre d'hospitalisations, moyenne (écart-type)	1,4 (0,5)	1,0 (-)	0,0301 (c)	1,2 (0,4)	0,2512 (c)
Au moins une hospitalisation de jour en SSR, N (%)	10 (2,2%)	16 (5,4%)	0,0193 (e)	142 (10,4%)	<0,0001 (e)
Si oui, nombre d'hospitalisations, moyenne (écart-type)	1,4 (0,5)	1,1 (0,3)	0,0409 (c)	2,8 (3,9)	0,9889 (c)
Au moins un passage aux urgences, N (%)	68 (14,8%)	48 (16,1%)	0,6524 (e)	270 (19,8%)	0,0150 (e)
Si oui, nombre de passages, moyenne (écart-type)	1,2 (0,6)	1,3 (0,5)	0,1945 (c)	1,3 (0,8)	0,2348 (c)

Tableau 37 : Détail des consommations de soins dans les 12 mois suivant l'inclusion dans As du Cœur, pour les cas et les deux groupes témoins

	Cas N = 458	Témoins SMR N = 299	p-valeur	Témoins SNDS N = 1 366	p-valeur
Consultations					
Au moins une consultation avec un médecin généraliste, N (%)	449 (98,0%)	285 (95,3%)	0,0332 (e)	1 295 (94,8%)	0,0035 (e)
Si oui, nombre de consultations, moyenne (écart-type)	7,3 (4,4)	7,5 (4,8)	0,7322 (c)	7,6 (4,7)	0,3511 (c)
Au moins une consultation avec un cardiologue en ville ou à l'hôpital, N (%)	436 (95,2%)	271 (90,6%)	0,0135 (e)	1 241 (90,8%)	0,0032 (e)
Si oui, nombre de consultations, moyenne (écart-type)	3,7 (2,8)	3,5 (2,4)	0,6946 (c)	3,8 (3,1)	0,7231 (c)
Au moins une consultation avec un autre spécialiste de ville, N (%)	376 (82,1%)	238 (79,6%)	0,3908 (e)	1 109 (81,2%)	0,6787 (e)
Si oui, nombre de consultations, moyenne (écart-type)	5,2 (4,3)	4,7 (5,0)	0,0091 (c)	5,2 (6,8)	0,0275 (c)
Au moins une consultation avec un autre médecin hospitalier, N (%)	224 (48,9%)	137 (45,8%)	0,4055 (e)	715 (52,3%)	0,1892 (e)
Si oui, nombre de consultations, moyenne (écart-type)	4,3 (8,7)	3,1 (4,2)	0,3406 (c)	4,6 (12,4)	0,2223 (c)
Au moins un rendez-vous infirmier, N (%)	390 (85,2%)	257 (86,0%)	0,7600 (e)	1 156 (84,6%)	0,7994 (e)
Si oui, nombre de rendez-vous, moyenne (écart-type)	11,6 (35,7)	13,6 (38,4)	0,1807 (c)	21,3 (57,4)	0,0002 (c)
Au moins un rendez-vous avec un kinésithérapeute, N (%)	174 (38,0%)	95 (31,8%)	0,0805 (e)	442 (32,4%)	0,0314 (e)
Si oui, nombre de rendez-vous, moyenne (écart-type)	26,0 (30,0)	22,2 (23,0)	0,4749 (c)	26,3 (26,8)	0,5991 (c)
Traitements médicamenteux					
Au moins une délivrance d'anxiolytique, N (%)	4 (0,9%)	2 (0,7%)	1,0000 (f)	30 (2,2%)	0,0708 (e)
Si oui, nombre de délivrances, moyenne (écart-type)	1,3 (0,5)	3,0 (1,4)	0,1336 (c)	2,7 (3,0)	0,5106 (c)
Au moins une délivrance d'antalgique, N (%)	317 (69,2%)	213 (71,2%)	0,5525 (e)	1 008 (73,8%)	0,0539 (e)
Si oui, nombre de délivrances, moyenne (écart-type)	4,1 (3,3)	4,1 (3,6)	0,7322 (c)	4,8 (4,2)	0,0093 (b)
Au moins une délivrance d'anti-inflammatoire, N (%)	63 (13,8%)	34 (11,4%)	0,3374 (e)	199 (14,6%)	0,5968 (e)
Si oui, nombre de délivrances, moyenne (écart-type)	1,6 (1,0)	1,4 (1,0)	0,3657 (c)	1,6 (1,2)	0,8210 (c)
Au moins une délivrance d'antidépresseur, N (%)	59 (12,9%)	52 (17,4%)	0,0864 (e)	189 (13,8%)	0,5360 (e)
Si oui, nombre de délivrances, moyenne (écart-type)	8,2 (4,4)	8,2 (4,2)	0,9378 (b)	7,4 (4,6)	0,2837 (b)
Au moins une délivrance d'un traitement cardiovasculaire, N (%)	447 (97,6%)	286 (95,7%)	0,1352 (e)	1 317 (96,4%)	0,2209 (e)
Si oui, nombre de délivrances, moyenne (écart-type)	11,3 (3,8)	10,8 (3,6)	0,1236 (b)	10,9 (4,0)	0,1355 (b)
Hospitalisations					
Au moins une hospitalisation en MCO, N (%)	176 (38,4%)	110 (36,8%)	0,6494 (e)	694 (50,8%)	<0,0001 (e)
Si oui, nombre d'hospitalisations, moyenne (écart-type)	2,2 (4,1)	3,0 (5,2)	0,0315 (c)	2,6 (3,6)	0,0056 (c)
Au moins une hospitalisation complète en MCO, N (%)	110 (24,0%)	70 (23,4%)	0,8481 (e)	445 (32,6%)	0,0006 (e)
Si oui, nombre d'hospitalisations, moyenne (écart-type)	1,4 (0,8)	1,9 (1,6)	0,0151 (c)	1,8 (1,4)	0,0031 (c)
Si oui, durée moyenne, moyenne (écart-type)	4,0 (5,2)	3,2 (3,7)	0,6641 (c)	4,9 (6,8)	0,0096 (c)

	Cas N = 458	Témoins SMR N = 299	p-valeur	Témoins SNDS N = 1 366	p-valeur
Si oui, durée cumulée, moyenne (écart-type)	6,1 (10,9)	8,3 (18,6)	0,7022 (c)	9,7 (14,6)	0,0013 (c)
Au moins une hospitalisation de jour en MCO, N (%)	100 (21,8%)	62 (20,7%)	0,7187 (e)	403 (29,5%)	0,0016 (e)
Si oui, nombre d'hospitalisations, moyenne (écart-type)	1,3 (0,6)	1,5 (0,8)	0,2333 (c)	1,5 (1,1)	0,5153 (e)
Au moins une hospitalisation en SSR, N (%)	23 (5,0%)	29 (9,7%)	0,0129 (e)	240 (17,6%)	<0,0001 (e)
Si oui, nombre d'hospitalisations, moyenne (écart-type)	1,5 (0,6)	1,3 (0,5)	0,1994 (b)	2,3 (3,1)	0,5553 (c)
Au moins une hospitalisation complète en SSR, N (%)	7 (1,5%)	13 (4,3%)	0,0181 (e)	62 (4,5%)	0,0007 (e)
Si oui, nombre d'hospitalisations, moyenne (écart-type)	1,6 (0,5)	1,2 (0,4)	0,0651 (c)	1,2 (0,4)	0,2512 (c)
Au moins une hospitalisation de jour en SSR, N (%)	16 (3,5%)	19 (6,4%)	0,0669 (e)	142 (10,4%)	<0,0001 (e)
Si oui, nombre d'hospitalisations, moyenne (écart-type)	1,4 (0,6)	1,2 (0,5)	0,0817 (c)	2,8 (3,9)	0,9889 (c)
Au moins un passage aux urgences, N (%)	114 (24,9%)	72 (24,1%)	0,8001 (e)	420 (30,7%)	0,0143 (e)
Si oui, nombre de passages, moyenne (écart-type)	1,5 (0,9)	1,5 (0,9)	0,5939 (c)	1,6 (1,3)	0,9847 (c)

7.6.2 Analyse en fonction du nombre de séances

Tableau 38 : Détail des consommations de soins dans les 6 mois suivant l'inclusion dans As du Cœur, en fonction du nombre de séances suivies

	Moins de 15 séances N = 40	Entre 15 et 25 séances N = 54	Entre 25 et 35 séances N = 163	Plus de 35 séances N = 118	p-valeur
Consultations					
Au moins une consultation avec un médecin généraliste, N (%)	39 (97,5%)	52 (96,3%)	155 (95,1%)	113 (95,8%)	1,0000 (f)
Si oui, nombre de consultations, moyenne (écart-type)	4,7 (3,2)	4,4 (2,3)	3,9 (2,0)	4,2 (2,9)	0,4947 (c)
Au moins une consultation avec un cardiologue en ville ou à l'hôpital, N (%)	33 (82,5%)	45 (83,3%)	141 (86,5%)	100 (84,7%)	0,8943 (e)
Si oui, nombre de consultations, moyenne (écart-type)	3,0 (2,4)	2,3 (1,1)	2,2 (1,4)	1,9 (1,2)	0,0907 (c)
Au moins une consultation avec un autre spécialiste de ville, N (%)	31 (77,5%)	38 (70,4%)	115 (70,6%)	84 (71,2%)	0,8453 (e)
Si oui, nombre de consultations, moyenne (écart-type)	3,5 (2,6)	2,5 (1,6)	2,9 (2,4)	2,7 (2,5)	0,5099 (c)
Au moins une consultation avec un autre médecin hospitalier, N (%)	16 (40,0%)	24 (44,4%)	57 (35,0%)	40 (33,9%)	0,5339 (e)
Si oui, nombre de consultations, moyenne (écart-type)	2,1 (1,1)	5,9 (15,7)	2,9 (6,1)	2,0 (1,4)	0,6521 (c)
Au moins un rendez-vous infirmier, N (%)	29 (72,5%)	41 (75,9%)	122 (74,8%)	82 (69,5%)	0,7387 (e)
Si oui, nombre de rendez-vous, moyenne (écart-type)	12,5 (29,8)	5,1 (7,7)	6,8 (19,8)	5,3 (19,6)	0,0271 (c)
Au moins un rendez-vous avec un kinésithérapeute, N (%)	13 (32,5%)	14 (25,9%)	40 (24,5%)	32 (27,1%)	0,7785 (e)
Si oui, nombre de rendez-vous, moyenne (écart-type)	8,7 (7,3)	14,4 (13,8)	23,6 (24,3)	14,5 (13,5)	0,0485 (c)
Traitements médicamenteux					
Au moins une délivrance d'anxiolytique, N (%)	--	--	2 (1,2%)	1 (0,8%)	1,0000 (f)
Si oui, nombre de délivrances, moyenne (écart-type)	--	--	1,0 (-)	1,0 (-)	1,0000 (c)
Au moins une délivrance d'antalgique, N (%)	19 (47,5%)	36 (66,7%)	89 (54,6%)	52 (44,1%)	0,0386 (e)
Si oui, nombre de délivrances, moyenne (écart-type)	2,9 (1,6)	2,2 (1,6)	2,5 (1,9)	2,4 (1,7)	0,4610 (b)
Au moins une délivrance d'anti-inflammatoire, N (%)	4 (10,0%)	5 (9,3%)	7 (4,3%)	6 (5,1%)	0,3013 (f)
Si oui, nombre de délivrances, moyenne (écart-type)	1,5 (0,6)	1,4 (0,9)	1,1 (0,4)	1,2 (0,4)	0,6132 (c)
Au moins une délivrance d'antidépresseur, N (%)	7 (17,5%)	5 (9,3%)	10 (6,1%)	17 (14,4%)	0,0587 (e)
Si oui, nombre de délivrances, moyenne (écart-type)	4,9 (2,0)	5,6 (2,2)	5,0 (2,0)	4,4 (2,3)	0,7224 (b)

	Moins de 15 séances N = 40	Entre 15 et 25 séances N = 54	Entre 25 et 35 séances N = 163	Plus de 35 séances N = 118	p-valeur
Au moins une délivrance d'un traitement cardio-vasculaire, N (%)	38 (95,0%)	52 (96,3%)	161 (98,8%)	114 (96,6%)	0,2782 (f)
Si oui, nombre de délivrances, moyenne (écart-type)	6,2 (2,0)	6,2 (1,5)	5,8 (1,9)	5,5 (1,9)	0,0790 (b)
Hospitalisations					
Au moins une hospitalisation en MCO, N (%)	14 (35,0%)	11 (20,4%)	34 (20,9%)	13 (11,0%)	0,0079 (e)
Si oui, nombre d'hospitalisations, moyenne (écart-type)	1,4 (0,6)	2,4 (2,7)	1,8 (2,9)	1,4 (0,7)	0,8876 (c)
Au moins une hospitalisation complète en MCO, N (%)	10 (25,0%)	7 (13,0%)	18 (11,0%)	5 (4,2%)	0,0028 (e)
Si oui, nombre d'hospitalisations, moyenne (écart-type)	1,2 (0,4)	1,3 (0,8)	1,1 (0,2)	1,2 (0,4)	0,6776 (c)
Si oui, durée moyenne, moyenne (écart-type)	2,8 (1,3)	2,6 (2,6)	2,9 (2,4)	5,1 (8,9)	0,4500 (c)
Si oui, durée cumulée, moyenne (écart-type)	3,4 (2,0)	2,9 (2,5)	3,2 (3,0)	5,4 (8,8)	0,6322 (c)
Au moins une hospitalisation de jour en MCO, N (%)	6 (15,0%)	6 (11,1%)	19 (11,7%)	10 (8,5%)	0,6820 (e)
Si oui, nombre d'hospitalisations, moyenne (écart-type)	1,0 (-)	1,7 (0,8)	1,3 (0,6)	1,2 (0,4)	0,2053 (c)
Au moins une hospitalisation en SSR, N (%)	1 (2,5%)	3 (5,6%)	4 (2,5%)	2 (1,7%)	0,4972 (f)
Si oui, nombre d'hospitalisations, moyenne (écart-type)	1,0 (-)	1,3 (0,6)	1,5 (0,6)	1,0 (-)	0,6026 (c)
Au moins une hospitalisation complète en SSR, N (%)	1 (2,5%)	1 (1,9%)	--	1 (0,8%)	0,1159 (f)
Si oui, nombre d'hospitalisations, moyenne (écart-type)	1,0 (-)	1,0 (-)	--	1,0 (-)	NA
Au moins une hospitalisation de jour en SSR, N (%)	--	2 (3,7%)	4 (2,5%)	1 (0,8%)	0,4413 (f)
Si oui, nombre d'hospitalisations, moyenne (écart-type)	--	1,5 (0,7)	1,5 (0,6)	1,0 (-)	0,6873 (c)
Au moins un passage aux urgence, N (%)	3 (7,5%)	12 (22,2%)	23 (14,1%)	9 (7,6%)	0,0366 (e)
Si oui, nombre de passages, moyenne (écart-type)	1,3 (0,6)	1,3 (0,9)	1,3 (0,6)	1,1 (0,3)	0,5677 (c)

Tableau 39 : Détail des consommations de soins dans les 12 mois suivant l'inclusion dans As du Cœur, en fonction du nombre de séances suivies

	Moins de 15 séances N = 40	Entre 15 et 25 séances N = 54	Entre 25 et 35 séances N = 163	Plus de 35 séances N = 118	p-valeur
Consultations					
Au moins une consultation avec un médecin généraliste, N (%)	40 (100,0%)	53 (98,1%)	160 (98,2%)	116 (98,3%)	1,0000 (f)
Si oui, nombre de consultations, moyenne (écart-type)	7,8 (5,5)	7,9 (4,2)	7,0 (3,4)	7,2 (4,0)	0,6865 (c)
Au moins une consultation avec un cardiologue en ville ou à l'hôpital, N (%)	38 (95,0%)	52 (96,3%)	156 (95,7%)	110 (93,2%)	0,8058 (f)
Si oui, nombre de consultations, moyenne (écart-type)	4,7 (5,1)	3,6 (2,4)	3,4 (2,2)	3,1 (2,0)	0,4907 (c)
Au moins une consultation avec un autre spécialiste de ville, N (%)	33 (82,5%)	43 (79,6%)	139 (85,3%)	92 (78,0%)	0,4439 (e)
Si oui, nombre de consultations, moyenne (écart-type)	5,5 (3,8)	4,9 (3,2)	4,9 (4,3)	4,8 (4,1)	0,5226 (c)
Au moins une consultation avec un autre médecin hospitalier, N (%)	22 (55,0%)	29 (53,7%)	78 (47,9%)	54 (45,8%)	0,6528 (e)
Si oui, nombre de consultations, moyenne (écart-type)	3,5 (3,0)	7,6 (17,8)	4,0 (6,9)	2,8 (2,4)	0,4559 (c)
Au moins un rendez-vous infirmier, N (%)	34 (85,0%)	45 (83,3%)	144 (88,3%)	99 (83,9%)	0,6797 (e)
Si oui, nombre de rendez-vous, moyenne (écart-type)	19,1 (57,3)	10,4 (27,2)	9,9 (31,7)	7,3 (18,9)	0,1012 (c)
Au moins un rendez-vous avec un kinésithérapeute, N (%)	17 (42,5%)	22 (40,7%)	60 (36,8%)	44 (37,3%)	0,8882 (e)
Si oui, nombre de rendez-vous, moyenne (écart-type)	18,3 (15,8)	21,9 (18,0)	30,9 (38,5)	25,0 (27,8)	0,5293 (c)

	Moins de 15 séances N = 40	Entre 15 et 25 séances N = 54	Entre 25 et 35 séances N = 163	Plus de 35 séances N = 118	p-valeur
Traitements médicamenteux					
Au moins une délivrance d'anxiolytique, N (%)	--	--	2 (1,2%)	1 (0,8%)	1,0000 (f)
Si oui, nombre de délivrances, moyenne (écart-type)	--	--	1,0 (-)	2,0 (-)	0,1573 (c)
Au moins une délivrance d'antalgique, N (%)	24 (60,0%)	43 (79,6%)	117 (71,8%)	73 (61,9%)	0,0535 (e)
Si oui, nombre de délivrances, moyenne (écart-type)	4,8 (3,3)	4,0 (2,8)	4,0 (3,2)	3,6 (3,1)	0,4091 (b)
Au moins une délivrance d'anti-inflammatoire, N (%)	4 (10,0%)	10 (18,5%)	19 (11,7%)	16 (13,6%)	0,5611 (e)
Si oui, nombre de délivrances, moyenne (écart-type)	1,8 (1,0)	1,6 (0,7)	1,4 (0,7)	1,8 (1,4)	0,8010 (c)
Au moins une délivrance d'antidépresseur, N (%)	7 (17,5%)	9 (16,7%)	12 (7,4%)	17 (14,4%)	0,1011 (e)
Si oui, nombre de délivrances, moyenne (écart-type)	9,4 (4,0)	7,9 (5,3)	8,5 (4,3)	8,1 (4,6)	0,9070 (b)
Au moins une délivrance d'un traitement cardio-vasculaire, N (%)	38 (95,0%)	53 (98,1%)	161 (98,8%)	114 (96,6%)	0,3087 (f)
Si oui, nombre de délivrances, moyenne (écart-type)	11,7 (3,7)	11,7 (3,3)	11,3 (3,4)	10,6 (3,6)	0,1366 (b)
Hospitalisations					
Au moins une hospitalisation en MCO, N (%)	17 (42,5%)	15 (27,8%)	67 (41,1%)	38 (32,2%)	0,1853 (e)
Si oui, nombre d'hospitalisations, moyenne (écart-type)	1,7 (1,1)	4,9 (10,9)	1,8 (2,4)	1,3 (0,7)	0,0144 (c)
Au moins une hospitalisation complète en MCO, N (%)	12 (30,0%)	11 (20,4%)	42 (25,8%)	16 (13,6%)	0,0483 (e)
Si oui, nombre d'hospitalisations, moyenne (écart-type)	1,3 (0,7)	1,8 (1,2)	1,1 (0,4)	1,4 (0,8)	0,0136 (c)
Si oui, durée moyenne, moyenne (écart-type)	4,1 (4,8)	5,8 (8,0)	3,6 (4,3)	3,9 (5,7)	0,4543 (c)
Si oui, durée cumulée, moyenne (écart-type)	7,8 (15,3)	9,9 (16,2)	4,2 (6,3)	4,6 (5,7)	0,1284 (c)
Au moins une hospitalisation de jour en MCO, N (%)	10 (25,0%)	8 (14,8%)	37 (22,7%)	24 (20,3%)	0,5849 (e)
Si oui, nombre d'hospitalisations, moyenne (écart-type)	1,1 (0,3)	1,6 (0,7)	1,3 (0,7)	1,2 (0,4)	0,1595 (c)
Au moins une hospitalisation en SSR, N (%)	2 (5,0%)	3 (5,6%)	9 (5,5%)	3 (2,5%)	0,5915 (f)
Si oui, nombre d'hospitalisations, moyenne (écart-type)	1,0 (-)	1,7 (0,6)	1,4 (0,7)	1,3 (0,6)	0,5879 (c)
Au moins une hospitalisation complète en SSR, N (%)	1 (2,5%)	1 (1,9%)	2 (1,2%)	1 (0,8%)	0,6427 (f)
Si oui, nombre d'hospitalisations, moyenne (écart-type)	1,0 (-)	2,0 (-)	1,0 (-)	2,0 (-)	0,2615 (c)
Au moins une hospitalisation de jour en SSR, N (%)	1 (2,5%)	2 (3,7%)	7 (4,3%)	2 (1,7%)	0,6642 (f)
Si oui, nombre d'hospitalisations, moyenne (écart-type)	1,0 (-)	1,5 (0,7)	1,6 (0,8)	1,0 (-)	0,6193 (c)
Au moins un passage aux urgences, N (%)	8 (20,0%)	16 (29,6%)	39 (23,9%)	23 (19,5%)	0,4850 (e)
Si oui, nombre de passages, moyenne (écart-type)	1,5 (0,8)	1,7 (1,5)	1,6 (1,0)	1,5 (0,7)	0,9649 (c)

7.6.3 Modèles multivariés explicatifs des coûts

A titre exploratoire, des modèles de régression linéaire ont été réalisés pour mesurer l'effet de l'expérimentation sur le coût total remboursé par l'Assurance Maladie et les coûts hospitaliers en tenant compte de plusieurs co-variables, notamment le sexe, l'âge, la région, la CMUc, le diagnostic cardiaque de l'hospitalisation MCO, la présence d'une ALD, le score de Charlson, et d'autres facteurs (Tableau 40).

Dans l'ensemble, les résultats des régressions linéaires montrent un surcoût des témoins (aussi bien des témoins SMR que des témoins SNDS). Effectivement, les coûts hospitaliers sont de + 2 306€ pour

les témoins SNDS. Concernant les dépenses totales remboursées, le constat est le même avec un coût supplémentaire de 2 619€ pour les témoins du SNDS.

Ces résultats doivent être interprétés avec prudence, car la qualité d'ajustement du modèle n'est pas optimale. Les R² ajustés varient entre 7,9% et 14,6%.

Tableau 40 : Modèle de régression multivarié pour expliquer le **coût total remboursé sur un an** chez les patients As du Cœur vs **témoins SNDS**

Variable	Modalité	Delta de coût (total remboursé sur 1 an) moyen estimé par rapport à un individu de référence	Ecart type	p-valeur
Prise en charge	Classique vs As du Cœur	-2618,7	907,55	0,0040
Sexe	Femme vs Homme	-1 212,3	725,16	0,0947
Age à l'inclusion dans As du Cœur	Pour chaque année supplémentaire	60,01	30,27	0,0476
Région de résidence	Bourgogne-Franche-Comté vs Auvergne Rhône Alpes (ARA)	1648,4	1754,5	0,3476
	Bretagne vs ARA	107,6	1485,3	0,9423
	CENTRE-VAL-de-Loire vs ARA	980,0	1369,6	0,4744
	Corse vs ARA	1320,9	4790,3	0,7828
	DOM-TOM vs ARA	2041,8	3370,9	0,5448
	Grand-Est vs ARA	4654,9	1592,9	0,0035
	Hauts-de-France vs ARA	1058,2	1550,6	0,4950
	Ile de France vs ARA	3403,2	1296,3	0,0087
	Normandie vs ARA	222,0	1619,3	0,8910
	Nouvelle-Aquitaine vs ARA	126,9	1318,9	0,9234
	Occitanie vs ARA	294,5	1382,7	0,8314
	Pays de la Loire vs ARA	1474,1	1976,6	0,4559
	PACA vs ARA	2415,6	1219,4	0,0477
	Bénéficiaire de la CSS l'année de l'inclusion	Oui vs Non	2126,8	1606,9
Diagnostic cardiaque ayant motivé l'entrée dans As du Cœur	I20 vs Autre Diagnostic	-2856,0	1628,1	0,0796
	I21 vs Autre Diagnostic	-2506,9	804,1	0,0019
	I25 vs Autre Diagnostic	-4359,6	914,3	0,0000
	I34 vs Autre Diagnostic	-6409,6	1581,5	0,0001
	I35 vs Autre Diagnostic	-3351,2	1310,5	0,0106
Type de l'hospitalisation SSR d'inclusion	Hospitalisation partielle vs Hospitalisation complète	-2419,1	695,9	0,0005
Bénéficiaire d'une exonération au titre de l'ALD à l'inclusion	Oui vs Non	24 839,0	7760,6	0,0014
Score de Charlson	Score compris entre 1 et 2 versus score =0	14 303,0	1831,9	0,0000
	Score compris entre 3 et 4 versus score =0	1844,5	709,5	0,0094
	Score de 5 et plus versus score = 0	6585,8	1023,4	0,0000

Un modèle a également été construit chez les cas uniquement afin d'expliquer leurs dépenses de soins (Tableau 41). Les principaux résultats sont les suivants :

- Chaque année d'âge augmente le coût de +34€ ;
- Le fait d'avoir une ALD autre que pour un motif cardiaque ajoute + 26 627€

- Un score de Charlson élevé augmente également le coût des cas d'au moins 2 261€ (significatif)
- Une séance d'APA supplémentaire réduit le coût de -74€ (significatif)

Bien que le R² ajusté soit un peu plus élevé (16,5%), il convient néanmoins de rester prudent dans l'interprétation des résultats.

Tableau 41 : Modèle de régression multivarié pour expliquer le **coût total remboursé sur un an chez les patients de l'expérimentation**

Variable	Modalité	Delta de coût (total remboursé sur 1 an) moyen estimé par rapport à un individu de référence	Ecart type	p-valeur
Nombre de séance d'APA	Pour chaque séance supplémentaire	-74,5	27,2	0,0065
Sexe	Homme vs Femme	-751,6	781,3	0,3366
Age à l'inclusion dans As du Cœur	Pour chaque année supplémentaire	33,6	35,5	0,3445
Région de résidence	Bretagne vs ARA	-736,8	1 049,7	0,4831
	Centre-Val-de-Loire vs ARA	-94,8	1 037,3	0,9272
	DOM-TOM vs ARA	307,9	7 261,1	0,9662
	Nouvelle-Aquitaine vs ARA	2 285,8	7 132,8	0,7488
	Occitanie vs ARA	42,9	1343,4	0,9745
	Pays de la Loire vs ARA	-3 005,3	5 076,6	0,5542
	PACA vs ARA	1 315,2	908,9	0,1486
Bénéficiaire de la CSS l'année de l'inclusion	Oui vs Non	172,4	1669,5	0,9178
Diagnostic cardiaque ayant motivé l'entrée dans As du Cœur	I20 vs Autre Diagnostic	-499,9	1763,6	0,7770
	I21 vs Autre Diagnostic	-469,8	840,0	0,5762
	I25 vs Autre Diagnostic	-1171,0	958,9	0,2227
	I34 vs Autre Diagnostic	-3865,2	1683,7	0,0222
	I35 vs Autre Diagnostic	-2958,9	1383,8	0,0331
Type de l'hospitalisation SSR d'inclusion	Hospitalisation partielle vs Hospitalisation complète	247,0	768,8	0,7481
Bénéficiaire d'une exonération au titre de l'ALD à l'inclusion	Oui vs Non	26 626,8	4200,9	0,0000
Score de Marshall	Suffisamment actif vs Insuffisamment actif (entre 0 et 3)	576,6	672,0	0,3914
Score de Charlson	Score compris entre 1 et 2 versus score =0	11863,4	2733,9	0,0000
	Score compris entre 3 et 4 versus score =0	2260,7	738,3	0,0023
	Score de 5 et plus versus score = 0	2680,0	1171,4	0,0226

7.7 Annexe 7 : Détail du calcul du temps de mobilisation

Tableau 42 : Temps de mobilisation des professionnels par étape du programme ADC

Type d'activité	nombre	Durée (en minutes)	Nombre de participants	Temps pondéré (en minutes)	Forfait	
Actions APA	Activité physique individuelle initiation	2	30	1	60	45 €
	Evaluation physique initiale	1	30	1	30	23 €
	Activité physique en groupe (moyenne de 6-7 patients par séance)	40	75	6	500	225 €
	Rédaction compte-rendu périodique + envoi médecin traitant (hypothèse 5 minutes)	1	5	1	5	11 €
	Echanges avec l'équipe médicale/staff SSR	1	30	1	30	23 €
	Evaluation finale physique + orientation post programme	1	45	1	45	34 €
	Interventions éducatives "renforcement motivation"	Evaluation initiale psychosociale	1	60	1	60
Interventions éducatives en groupe		3	75	6	37,5	17 €
Bilan intermédiaire		1	60	1	60	45 €
Evaluation psychosociale finale		1	45	1	45	34 €
Divers	Phoning/SMS/suivi individuel	1	60	1	60	45 €
	Impression outils de suivi	1	na			5 €
	Frais de gestion de la structure	1	na			40 €
FORFAIT PATIENT COMPLET				932,5	592 €	
FORFAIT PATIENT INCOMPLET				307,5	213 €	

Tableau 43 : Hypothèses salariales et coût du programme par patient

	Salaire horaire moyen intervenant (éducateur sportif) - brut chargé	Temps consacré au patient (en minutes)	Temps consacré au patient (en heures)	Coût par patient
Parcours complet	35,00 €	932,5	15,53333333	543,67 €
Parcours incomplet	35,00 €	307,5	5,125	179,38 €