



## LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN « SPORT, SANTÉ, BIEN-ÊTRE » EN RÉGION

Un processus d'ajustements continus

[Frédéric Illivi](#), [Marina Honta](#)

S.F.S.P. | « Santé Publique »

2019/4 Vol. 31 | pages 475 à 484

ISSN 0995-3914

DOI 10.3917/spub.194.0475

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2019-4-page-475.htm>  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour S.F.S.P..

© S.F.S.P.. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

# La mise en œuvre du plan « Sport, Santé, Bien-être » en région *Un processus d'ajustements continus*

## *Implementing regional "Sport, health and well-being" plans* A process of continuous adjustments

Frédéric Illivi<sup>1</sup>, Marina Honta<sup>1</sup>

### ↳ Résumé

**Introduction :** Les Agences Régionales de Santé (ARS) et les Directions Régionales de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale (DRJSCS) doivent collaborer afin de définir, ensemble, les modalités de mise en œuvre du plan « Sport, Santé, Bien-Être ». C'est, ensuite, à partir de celles-ci qu'elles invitent les acteurs « offreurs d'activités physiques et sportives, (APS) » agissant au plus près de la population (les collectivités territoriales et leurs groupements, les établissements scolaires, de santé, médico-sociaux, les associations du secteur sanitaire, sportif, les professionnels, etc.) à se mobiliser pour concrètement déployer les finalités de ce plan.

**Méthode :** Adossée à une perspective de sociologie de l'action publique, l'enquête a été construite sur une démarche qui a permis de cerner les jeux d'acteurs et leurs discours. Quarante-dix entretiens semi-directifs ont été menés avec les acteurs publics et privés impliqués dans la mise en œuvre de ce plan, en région Nouvelle-Aquitaine. Ce corpus a été amendé par un recueil de sources ciblées sur le cas étudié et par un traitement de la littérature afin de conforter les résultats.

**Résultats :** À travers la mise en œuvre de ce plan, l'État central encourage la collaboration entre acteurs publics et privés de différents secteurs. La pluralité des intérêts en présence explique que l'articulation de leurs manières de voir et de faire demeure une opération particulièrement complexe.

**Mots-clés :** Politique de santé ; Programmes locaux de santé ; Sports ; Activités physiques ; Inégalités sociales de santé ; Inégalités territoriales de santé.

### ↳ Abstract

**Introduction:** The regional health agencies (ARS) and the regional Directorates for Youth, Sports and social cohesion (DRJSCS) must collaborate to define, together, the modalities for the implementation of the "Sport, Health and Wellness" plan. Then based on these modalities the actors "providers of physical and sporting activities, (APS)" acting as close to the population (local authorities and their groupings, schools, health, Medical-social, health-sector associations, sports, professionals, etc.) are invited to mobilize themselves to concretely deploy the aims of this plan.

**Method:** Based on a perspective of sociology of public action, the survey was built on an approach that helped to identify the different actors and their stance. 90 semi-directive interviews were conducted with the public and private actors involved in the implementation of this plan. This corpus was amended by a collection of sources targeted at the case studied and by a treatment of the literature in order to reinforce the results.

**Results:** Through the implementation of this plan, the central State promotes collaboration between public and private actors in different sectors. The plurality of interests at hand explains that the articulation of their ways of seeing and doing things remains a particularly complex operation.

**Keywords:** Health policy; Local health programs; Sports; Physical activities; Social health inequalities, Territorial health inequalities.

<sup>1</sup> Centre Émile Durkheim, UMRCNRS 5116.

Correspondance : F. Illivi  
illivifrederic@gmail.com

Réception : 05/12/2018 – Acceptation : 02/05/2019

## Introduction

Depuis quelques années, la sédentarité est présentée comme la première cause de mortalité évitable dans le monde. Figurant au titre des premiers lanceurs d'alerte en la matière, c'est-à-dire de personne morale qui entend attirer l'attention sur un danger ou sur un risque, actuel ou potentiel, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) souligne que quatre millions de décès sont, chaque année, liés aux maladies chroniques (cancers, tumeurs, cardio-respiratoire, diabète, douleurs, infections...) [1]. Par ailleurs, en Europe comme en France, de nombreux rapports publics et études rappellent régulièrement les conséquences de la sédentarité et le coût induit par leur traitement [2, 3]. Dans ce contexte, l'attention croissante portée à la prévention et à la promotion de la santé a mis en lumière l'importance de divers déterminants de santé [4]. Parmi ces derniers, la place accordée à l'activité physique et/ou sportive (APS) s'est accrue [5]. Considérées comme un levier pour la santé et la longévité, mais aussi en tant que « thérapie non médicamenteuse » pour les patients atteints d'affections de longue durée (ALD), les APS figurent au titre des activités présentées comme participant à l'amélioration de la qualité de vie et de l'allongement de sa durée [6]. Cette reconnaissance est désormais officialisée par la loi de modernisation de notre système de santé [7]. Dès lors que l'activité physique et/ou sportive revêt des finalités de santé publique et qu'elle participe au bien-être physique, mental et social des individus, elle est consacrée comme bien public et droit pour tous. Or, de nombreux travaux montrent que l'accès à la pratique des APS est socialement marqué. Dans ce contexte, le Plan « Sport, Santé, Bien-Être » (PSSBE) élaboré en décembre 2012 par la ministre en charge des Sports, Valérie Fourneyron, et celle de la Santé, Marisol Touraine, cible tout particulièrement les publics « aux besoins particuliers », éloignés de la pratique sportive (personnes atteintes de maladies chroniques, à mobilité réduite, personnes âgées et/ou en situation de précarité) [8]. Les finalités du PSSBE font directement écho aux axes de la Stratégie nationale de santé pour la période 2018-2022, mais aussi aux orientations du Centre national pour le développement du sport (CNDS) [9, 10].

S'agissant de la déclinaison du plan en région, l'instruction interministérielle appelle les agents des Agences Régionales de Santé (ARS) et des services déconcentrés du ministère des Sports (DRJSCS) à le mettre en œuvre en fonction des caractéristiques des territoires, des populations et des enjeux sanitaires diagnostiqués [11]. En charge de le

piloter et de l'animer, ils doivent concevoir un plan régional suscitant la mobilisation d'acteurs « offreurs d'APS » agissant au plus près de la population.

L'État central cherche ainsi, avec ce plan, à impulser et à asseoir la construction d'un système de coordination territorialisé, transversal et intersectoriel où les institutions et groupes professionnels sont amenés à collaborer (directions déconcentrées du Ministère des Sports, ARS-Délégations départementales (DD), collectivités territoriales, associations, professionnels de santé, professionnels en activité physique adaptée, etc.). Par là même, il s'agit de dépasser la traditionnelle sectorisation de l'action publique, car elle produit « *des effets inverses à ceux attendus parce que les individus [...] ne sont pas eux sectorisés* » [12]. Or, les acteurs en présence ne défendent pas les mêmes intérêts et ne poursuivent pas les mêmes objectifs [13]. Dans ce contexte, il est question d'appréhender les conditions qui rendent possible l'institutionnalisation de ce partenariat régional, mais aussi les obstacles sur lesquels il bute encore.

## Méthode

Adossée à une perspective de sociologie de l'action publique, l'enquête, réalisée entre 2014 et 2018 dans le cadre d'un contrat de recherche et d'une thèse [14] a été construite sur une démarche compréhensive ayant permis de cerner au mieux les jeux d'acteurs et leurs discours [15]. Alors que les agents de la DRJSCS et de l'ARS sont censés construire les modalités de leur propre coopération pour décliner le PSSBE puis favoriser les mises en relation entre des acteurs locaux aux traditions différentes, l'hypothèse est faite que l'adoption de ces modes d'action partenariaux et transversaux peut se heurter aux logiques d'intervention préexistantes. En effet, les travaux d'analyse des politiques publiques montrent que la collaboration intersectorielle n'est pas évidente à instaurer et à stabiliser tant les stratégies défensives et les jeux de pouvoir peut contraindre une telle dynamique [16]. Faire se rencontrer des acteurs relevant de mondes sociaux différents pour construire un projet conjoint pose ainsi la question des positions de chacun et de la reconnaissance réciproque des parties en présence.

Pour saisir comment les divers acteurs travaillent collectivement l'ajustement et l'intégration de leurs modes respectifs d'action, nous avons réalisé 90 entretiens semi-directifs. Nous avons rencontré les agents des services

déconcentrés du ministère des Sports (DRJSCS et DDCCS/DDCCS-PP), ceux du réseau de l'ARS et des délégations départementales, des représentants de collectivités territoriales et de leurs groupements. Des entretiens ont également été effectués auprès des opérateurs des champs de la santé et du sport (associations des secteurs sanitaire, sportif et social, professionnels de santé, professionnels en activité physique adaptée, etc.) impliqués dans la mise en œuvre de ce plan. Une autre série d'entretiens a été réalisée auprès d'acteurs nationaux chargés de son élaboration (ancienne ministre chargée des Sports, sénateurs, conseillers au sein des cabinets des ministres des Sports et de la Santé, cadres techniques nationaux de fédérations sportives multisports et omnisports, représentants du comité national olympique et sportif français et du Pôle Ressource National Sport, Santé, Bien-Être, PRNSSBE).

Ces informations ont été amendées par un traitement de la littérature et des données produites sur les programmes nationaux de santé publique (académiques, rapports publics, presse, sites internet des diverses administrations, débats parlementaires). En outre, un recueil de plusieurs sources directement ciblées sur le cas étudié a été effectué et exploité : documents réalisés par les acteurs locaux (plaquettes, appel à projet, etc.), bilans d'activités, outils construits, articles de presse.

Ont été analysés, également, les rapports de l'observatoire des territoires, les bases de données de l'observatoire régional de la santé (ORS), les schémas de cohérence territoriale (SCOT), la synthèse régionale des diagnostics territoriaux, les rapports des Conseils Économiques et Sociaux Environnementaux des anciennes régions (Aquitaine, Limousin, Poitou-Charentes), et les diagnostics des douze départements de Nouvelle-Aquitaine, afin de disposer des principaux indicateurs sanitaires et sportifs de la région et de ses habitants [17-19]. En effet, en application du plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale du 21 janvier 2013, chaque collectivité départementale a été chargée d'élaborer des diagnostics territoriaux dits à « 360° ».

À cette occasion, rappelons qu'en Nouvelle-Aquitaine, sur 5,8 millions d'habitants, la population active ayant un emploi est de 2 310 483 (3 % d'agriculteurs, 7,4 % d'artisans/commerçants, 12,8 % de cadres et de professions intellectuelles supérieures, 24,6 % de professions intermédiaires, 29,4 % d'employés et 22,7 % d'ouvriers).

Concernant les seniors, avec plus d'un habitant sur quatre âgé d'au moins 60 ans, la Nouvelle-Aquitaine figure parmi les régions à la population la plus âgée. Les plus de 60 ans représentent 27,4 % de l'ensemble de la population, avec un vieillissement plus marqué dans les zones rurales. Cette

structure d'âge interroge, notamment, l'isolement et la mobilité des personnes âgées<sup>1</sup>. La proportion de personnes vivant sous le seuil de pauvreté (près de 990 € par mois) s'élève à 13,3 % par rapport au reste de la province (14 %). Les quartiers prioritaires et ceux éloignés des villes sont les plus touchés et les disparités départementales sont importantes en matière de pauvreté monétaire (11,5 % dans les Landes et les Pyrénées-Atlantiques, 19 % dans la Creuse). Ces indicateurs soulèvent la problématique de l'accessibilité aux équipements, qui affecte directement le cadre et la qualité de vie d'un individu. Là aussi, les diagnostics synthétiques des anciennes régions (Limousin, Aquitaine et Poitou-Charentes) font ressortir des constats hétérogènes. À cet égard, en termes d'inégalités, le rapport de l'Observatoire dresse un état des lieux des inégalités en France. Les principales évolutions dans un grand nombre de domaines, des revenus à l'école en passant par la santé, le logement, les inégalités entre les femmes et les hommes comme entre milieux sociaux, sont présentées [20]. Par extension, l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES) a, dans ses travaux, souligné que les inégalités territoriales renforcent les inégalités sociales de santé car les territoires sont inégalement marqués par l'homme [21]. Parce que l'activité humaine n'est pas homogène, les disparités se mesurent en termes d'offre d'espaces publics, d'espaces verts, d'aménagement et de services.

S'agissant justement des inégalités territoriales, il est fréquent d'opposer zones urbaines et rurales [22]. En Nouvelle-Aquitaine, un habitant sur cinq vit dans la grande aire urbaine de Bordeaux. Plus globalement, quatre millions d'habitants vivent dans l'une des 25 grandes aires urbaines (soit sept sur dix). Sur 4 503 communes, 90 % ont moins de 2 000 habitants et plus de 50 % ont moins de 500 habitants. Ainsi, les caractéristiques des schémas de cohérence territoriale (SCoT) montrent une forte hétérogénéité. Le degré d'urbanisation de la région est, ainsi, inférieur à celui de la France métropolitaine, hors Île-de-France, qui est de huit sur dix. Cette comparaison met en exergue le caractère rural de cette région, qui a des conséquences sur la politique du logement, notamment du fait du faible réseau de transports en commun sur les territoires ruraux.

Concernant les données disponibles dans le domaine sportif, là encore, les choix de politiques élaborées ont induit des situations assez contrastées. Ainsi, les territoires situés au sud de la région et à l'est sont mieux dotés en équipements que la Charente, la Dordogne ou encore la

<sup>1</sup> Cette fiche d'analyse de l'Observatoire des territoires (2017) permet d'apprécier les dynamiques nationales, de comprendre les disparités entre territoires et de percevoir les enjeux de demain.

Gironde. Les inégalités d'accès à la pratique s'observent essentiellement dans les territoires « carencés » [23]. Tout comme les équipements culturels, l'offre sportive est relativement faible dans les quartiers prioritaires de la politique de la Ville (QPV) et dans les territoires cumulant des situations peu favorables. Ces derniers sont essentiellement à caractère rural, telles les zones de revitalisation rurale (ZRR) où l'accès aux équipements est plus difficile. Pour autant, l'offre y est plus nombreuse. La région Nouvelle-Aquitaine compte 81 QPV, soit 6 % des 1 296 quartiers prioritaires définis sur l'ensemble de la France métropolitaine. Ces quartiers rassemblent près de 200 000 habitants. Cette nouvelle géographie prioritaire, portée par la loi de programmation pour la Ville et la cohésion urbaine, vise à réduire les écarts de développement au sein des villes, à restaurer l'égalité républicaine dans les quartiers défavorisés et à améliorer les conditions de vie de leurs habitants [24].

La problématique est la même s'agissant de l'accessibilité à l'offre de soins de proximité. Ainsi, l'approche socio-sanitaire de la Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de Santé (FNOR) et les rapports d'activités des ARS des territoires aquitain, limousin et poitou-charentais mettent également l'accent sur le recensement des établissements et sur la densité des professionnels de santé. Ainsi, les données révèlent un taux de médecins généralistes libéraux plus élevé en Nouvelle-Aquitaine par rapport à la moyenne nationale (102,1 contre 92,9 pour 100 000 hab.). Globalement, il en est de même pour l'offre de chirurgiens-dentistes et de masseurs-kinésithérapeutes libéraux.

Concernant l'état de santé, la situation est relativement bonne [25]. Pour autant, en Nouvelle-Aquitaine, ce sont près de 57 700 décès qui surviennent en moyenne chaque année, dont 9 900 avant l'âge de 65 ans (décès prématurés), et plus de 1 323 000 de patients atteints d'ALD qui sont recensés sur le territoire en 2014. Si la mortalité prématurée par maladies infectieuses et parasitaires est inférieure à l'ensemble des régions, à l'inverse, les indicateurs d'ALD pour maladies de l'appareil digestif, cancers de la trachée, des bronches et du poumon, et diabète de type 2 sont supérieurs à la moyenne hexagonale. La prévalence du diabète est néanmoins en forte augmentation (plus 8 % en deux ans). Il en est de même pour la prévalence de l'obésité (plus 18 % en trois ans). La focale sur l'état de santé repose sur les données de mortalité, sur les admissions en ALD et sur l'approche de la « morbidité » de la population. En Nouvelle-Aquitaine, pour 100 000 habitants, ce taux est de 751,9, alors qu'en France, le taux standardisé (TS) de mortalité générale s'élève à 765,3 pour 100 000 habitants, pour la période 2010-2012 [26]. Concernant le taux de

mortalité par cancers, il diffère très peu de la valeur nationale, c'est-à-dire 218,6 pour 100 000 habitants.

Les signes de précarité, les problèmes de santé et les problèmes de logement, d'emploi, de transport liés au caractère rural sont ainsi importants. En conséquence, la région concentre des problèmes sanitaires donnant à voir un « effet de sédentarisation ». Ces indicateurs socio-sanitaires et sportifs questionnent ainsi les démarches de prévention en santé publique autour des déterminants de santé. En renseignant sur les ressources du territoire (infrastructures, offres de services, etc.), ils interrogent également les modalités de prise en compte des inégalités d'accès aux pratiques sportives et, de ce fait, les enjeux essentiels à la déclinaison du PSSBE (aménagement du territoire, urbanisation, planification, infrastructures, etc.). Dans ce contexte, ces éléments de diagnostic questionnent directement la dynamique partenariale et la qualité des coopérations entre les acteurs concernés dans la mise en œuvre du PSSBE, mais aussi leur capacité à agir sur différents leviers (éducation, développement social, emploi, santé).

## Résultats

### La difficile construction de nouvelles logiques d'action

Si l'encouragement à une pratique de l'activité physique et/ou sportive s'est imposée comme l'une des réponses à la lutte contre la sédentarité et comme thérapie non médicamenteuse, les partenariats devant être construits, aux échelles nationale et territoriale, pour concrètement mettre en œuvre le PSSBE ont parfois été marqués par des tensions entre acteurs du monde sportif et ceux de la santé. Leur coopération est effectivement encouragée afin de dépasser les approches en silos largement décriées [27].

### *L'interministérialité : un exercice imposé*

À l'échelle nationale en premier lieu, les entretiens réalisés révèlent que l'appropriation de nouveaux modes d'intervention par les deux ministères ne s'est opérée que lentement. Si le premier témoignage fait état de ce qui peut apparaître comme des résistances au changement face au « mariage forcé » de l'action sanitaire et sportive, il met en exergue le caractère innovant de ce décloisonnement voulu par la ministre des Sports : « *Quand Madame Fourneyron arrive, le ministère de la Santé ne s'intéresse pas du tout à la promotion*

de l'activité physique comme facteur de santé, c'est très clair [...]. Donc, il y avait les médecins, il y avait le ministère de la Santé pour lequel l'activité physique, ce n'était pas leur rôle. Et il y avait le ministère des Sports qui considérait que ce n'est pas son rôle non plus, ce qui était normal. Son rôle c'était le sport, c'était la compétition. Les objectifs du ministère des Sports étaient des objectifs de compétition donnés aux fédérations. Ce n'était pas une barrière, mais là n'était pas l'objectif. Mais les barrières étaient principalement, en tout cas dans les milieux que je connaissais, posées par le ministère de la Santé et les médecins » (la conseillère scientifique du Pôle Ressource National) ; « Au sein du gouvernement, c'est un peu David et Goliath, le ministère de la Santé et le ministère des Sports. Les univers sont assez cloisonnés. C'est unique dans l'histoire des gouvernements de la cinquième République. Je ne sais pas ce qui s'est passé avant, mais qu'il puisse y avoir une communication en conseil des ministres.... C'est des mois avant d'obtenir un temps de communication en conseil des ministres, une communication conjointe, ministre de la Santé et ministre des Sports, c'est totalement inhabituel » (Valérie Fourneyron, ancienne ministre des Sports).

Outre ces constats attestant de la volonté de camper, au moins dans un premier temps, sur des logiques sectorielles, les acteurs rencontrés au niveau territorial évoquent d'autres obstacles qui peuvent entraver la dynamique partenariale attendue entre les ARS et les DRJSCS. Un agent de la DRJSCS, en charge d'assurer la coordination et l'intégration des acteurs participant à la mise en œuvre du PSSBE, confirme que la construction d'une action intersectorielle est un processus coûteux et difficile à mener, car il soulève une série d'enjeux institutionnels liés, pour partie, aux spécificités de l'organisation interne de chaque administration [28] : « Il y a d'autres problématiques structurelles. Nous Jeunesse et Sports, je le vois sur le Limousin, on a voulu mettre en place vraiment cette circulaire, faire un comité de pilotage avec des partenaires. Donc notamment, bien entendu, avec l'ARS. Sauf que l'ARS c'est une agence, ce n'est pas un service départemental, déconcentré d'État. Et du coup, le directeur de l'ARS n'est pas sous l'autorité du préfet de région mais est sous l'autorité de la ministre de la Santé. Et ça, ça change beaucoup de choses, parce que lorsque notre directrice régionale Jeunesse et Sports parlait au directeur de l'ARS, la directrice régionale Jeunesse et Sports parlait sous couvert du préfet de région, et le directeur de l'ARS sous couvert de la ministre de la santé. Et du coup, lorsqu'on voulait mettre en place cette circulaire et tout l'aspect opérationnel des choses, il y avait des divergences de point de vue. Le préfet de région ne pouvait pas arbitrer sur cette divergence car il fallait qu'il passe par le ministère de la Santé pour que ça redescende au directeur de l'ARS ».

Ces divers obstacles n'ont pas empêché les collaborations entre l'État, les collectivités territoriales et les diverses catégories d'opérateurs. Une dynamique d'acculturation réciproque a incontestablement été observée à l'échelle locale grâce, notamment, à la mobilisation de divers dispositifs.

### **Des dispositifs visant la régulation des pratiques et des relations entre groupes professionnels**

La stabilisation des partenariats dépend étroitement des arrangements conçus entre acteurs territoriaux. Ainsi, la formalisation conjointe de procédures de travail peut pleinement participer de la nécessaire acculturation réciproque des acteurs en présence. En effet, chaque institution ou organisation possède son vocabulaire et ses termes professionnels historiquement chargés de sens. Dans ce cadre, les incompréhensions et controverses peuvent être nombreuses. Pourtant, les discussions sont essentielles pour que s'amorcent les rencontres et que se construisent les possibilités de travailler ensemble. Dès lors, et parce qu'ils sont propices à la régulation des pratiques professionnelles, un certain nombre d'outils sont envisagés par les acteurs rencontrés pour lever les obstacles induits par la diversité des métiers, des cultures et des expériences : « Je suis issue du monde sanitaire. On a tendance à mettre en œuvre des outils, des procédures et des protocoles de manière à formaliser les relations, y compris entre professionnels n'ayant pas forcément les mêmes missions, les mêmes priorités, les mêmes intérêts et les mêmes objectifs. Mais je crois que l'écriture de procédures et de protocoles connus de tous, accessibles à tous et qui vont faire l'objet d'échanges, de retour d'expériences, d'actualisation, ça me semble très aidant. Je pense qu'on ne peut pas en faire l'impasse. Les protocoles c'est quelque chose qui fonctionne, c'est-à-dire ce n'est pas uniquement un classeur au fond d'un tiroir » (une coordonnatrice de santé).

Si cette actrice rappelle que l'inscription des principes de division du travail dans l'écrit relève des « activités administratives constituantes » et des rouages essentiels du fonctionnement des administrations [29], d'autres outils encore opèrent comme des centres de ressources : l'instauration d'une plateforme autorisant un espace collaboratif, la mobilisation des groupements d'employeurs et la contractualisation figurent au titre des éléments de réponse pour consolider les coopérations.

Celles-ci peuvent également être mises à mal par des attitudes de méfiance, de déni ou de contestation des compétences, qui représentent des mécanismes classiques de défense de territoires professionnels. Afin de dépasser ces

potentiels préjugés et de favoriser la reconnaissance mutuelle des divers intervenants agissant au plus près des publics, des dispositifs visant à asseoir leur professionnalisation et leur qualification ont été conçus. Ils sont également présentés comme l'une des conditions de la diffusion territoriale du PSSBE et, partant, de la lutte contre les inégalités d'accès à l'activité physique : « *L'objectif c'est que ces patients puissent avoir accès à cette activité physique avec des gens qualifiés qui ne soient pas que dans les villes centres et qu'il n'y ait pas une nouvelle inégalité qui se mette en place. D'où l'intérêt d'avoir ces qualifications requises pour que le patient qui sort de son centre de cancéro dans la ville centre, retrouve une offre de soins identique s'il repart vers un département qui est plus rural. C'est partout pareil dans notre territoire national. Il faut qu'il puisse aussi trouver, alors pas forcément à la porte de chez lui, mais en tous les cas un réseau d'acteurs qui ont les qualifications requises pour le prendre en charge* » (Valérie Fourneyron, ancienne ministre des Sports).

Or, sur ce point, plusieurs rapports et travaux soulignent la nécessité de clarifier le paysage actuel des offres de formations et de qualifications [30]. Tel est, notamment, le cas du professeur Xavier Bigard rappelant que « *c'est un point absolument incontournable, c'est une nécessité si l'on veut avancer, si l'on veut vraiment progresser dans la mise en application de l'activité physique au profit de ces patients. Il faut absolument éclaircir ce paysage* ». Le décret censé l'instaurer peine, pour l'heure, à annihiler pleinement les luttes de juridictions observées localement entre, notamment, les professions établies et réglementées et les autres intervenants [31] : « *La relation entre le professionnel en activité physique adaptée (APA), l'éducateur sportif et le kiné n'est pas simple. Bon, le texte qui est sorti a au moins le mérite de préciser les compétences des uns et des autres. Voilà, la thématique est tellement vaste, les champs de compétences sont tellement complémentaires ! Chacun a sa place. Donc, on a travaillé sur cette organisation-là, on a fait plusieurs réunions pour expliquer la stratégie que nous avons, pour préciser que quand on met en place une formation à destination des éducateurs sportifs, c'est vraiment pour un certain niveau de compétence* » (un agent de la DRDJSCS).

Si à travers la mise en œuvre de divers dispositifs, les acteurs publics et privés ont cherché à concrètement organiser leur coopération, d'autres difficultés sont susceptibles de fragiliser le partenariat [32].

### Territorialiser en régime d'incertitude

Le cadrage politique de cette action publique sanitaire et sportive amène des acteurs relevant de mondes sociaux

différents à devoir construire ensemble les conditions de mise en œuvre du plan. Si ce processus, nous l'avons vu, n'est pas exempt de contraintes et de tensions, la volonté étatique de peser sur la définition du contenu et des finalités des projets locaux pour les orienter vers la lutte contre les inégalités d'accès à la pratique sportive à des fins préventives ou curatives, peut les amplifier. Dans ce contexte, l'acceptabilité des divers instruments d'action publique (IAP) déployés par l'État n'est en rien garantie à l'échelle locale [33]. En outre, si le territoire est conçu comme l'échelle pertinente pour concevoir des projets intersectoriels adaptés aux besoins sanitaires, les ressources des acteurs locaux se révèlent très hétérogènes.

### Un mode de financement fragile

C'est au travers d'un appel à projet (AAP) que les agents territoriaux ont eu la charge d'organiser la mobilisation des acteurs locaux. Cet outil a constitué un levier non seulement pour le déploiement du PSSBE, mais aussi pour instaurer une démarche de qualité innovante et promouvoir et stabiliser les partenariats. Il interroge directement la part d'autonomie laissée aux acteurs locaux publics et privés infra étatiques. S'ils disposent de la liberté d'être force de propositions et de développer, en toute autonomie, des projets, dans le même temps, ils sont tenus de se conformer aux principes fixés par un cahier des charges les amenant, notamment, à monter des projets en direction de publics « empêchés ». Par ailleurs, les ressources dédiées à l'AAP sont perçues comme insuffisantes. Elles relèvent, d'une part, d'un prélèvement sur la part territoriale des crédits du cnds placé sous la tutelle du ministre chargé des Sports et attribué aux DRJSCS chaque année [34]. D'autre part, elles proviennent d'une mobilisation du Fond d'Intervention Régional (FIR) qui finance des actions et des expérimentations validées par les ARS en faveur, notamment, de la prévention et de la promotion de la santé : « *Aujourd'hui, le seul point d'articulation de toutes ces politiques publiques, c'est l'État qui n'a pas les moyens de pouvoir intervenir partout. Aujourd'hui, ça marche essentiellement par des appels à projets. Donc, il y a un appel à projets régional "Sport, Santé, Bien-Être" dans lequel les gens font des propositions* » (un responsable associatif).

Le cadrage politique et financier de ce plan ne fait que renforcer le sentiment d'une faible autonomie sur l'allocation des moyens. Ainsi, parce que le contexte actuel de compression de la dépense publique constitue un frein substantiel au développement et à la stabilisation de cette politique sanitaire et sportive, la recherche de ressources alternatives a été présentée par les acteurs interviewés

comme un indispensable complément pour pérenniser leur engagement dans ce dispositif : « *Le nerf de la guerre c'est l'argent. S'il n'y a pas un modèle économique qui est trouvé tout autour de ce système-là, ça n'avancera pas [...], et au bout du bout, voilà, il faut qu'il y ait un modèle économique identique partout en France, parce que là, ça part dans tous les sens* » (un chargé de mission du mouvement sportif).

Ces propos invitent à « repenser la légitimité » de l'action publique élaborée [35]. L'enquête a effectivement donné à voir des réseaux d'action publique qui ne sont pas pleinement articulés au mode de régulation régionale adopté. Dans ce contexte, des acteurs évoquent des perspectives en vue de stabiliser les partenariats déjà élaborés au titre du PSSBE : « *Il faudrait un petit peu faire comme le fait l'Europe avec des financements européens par des secteurs d'activité. Aujourd'hui, vous avez une agence nationale qui existe, avec des délégations régionales, une agence régionale et pourquoi il n'y aurait pas demain une agence nationale ou régionale Sport, Santé, Bien-être, à qui on octroierait les moyens pour développer les actions [...]. Il existe une agence nationale qui a cette vocation au niveau national, de pouvoir identifier, développer des actions qui existent dans tout ce qui est sport et insertion<sup>2</sup>. Donc, ce schéma-là existe. On devrait faire le même pour le Sport, Santé, Bien-Être, avec une agence qui recrute des professionnels, trouve des chargés de mission par territoire et des gens qui vont animer le réseau* » (un responsable associatif).

L'appel à projet consacre ainsi des mécanismes de contrôle descendants et cristallise une division du travail dans laquelle celui qui édicte la norme peut aussi contraindre indirectement les acteurs « de terrain » à se l'approprier [36]. Ces derniers ont, par ailleurs, cherché à décliner le plan dans des espaces qu'ils estimaient pertinents pour répondre aux enjeux de la proximité et, ce faisant, lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé.

### ***L'introuvable échelle pertinente de mise en œuvre du PSSBE***

Dans le champ du sport comme de la santé, le niveau régional est érigé en tant que pilote de la mise en œuvre du PSSBE [37]. À cet égard, les propos de l'ancienne ministre des Sports ont apporté des éléments quant à la légitimation, à la fois, de l'espace régional et des entités administratives en charge de déployer le PSSBE sur le territoire : « *On ne s'est pas appuyé sur les départements il faut être clair, on s'est appuyé sur les régions... J'ai pu réunir toutes les ARS pour parler avec elles de la mise en place des réseaux Sport Santé*

<sup>2</sup> La personne interrogée fait référence à l'Agence pour l'Éducation par le Sport (APELS).

*et Bien-être. J'avais le ministre de la Santé qui m'a accompagnée dans cette politique* » (Valérie Fourneyron, ancienne ministre des Sports).

La récente réforme territoriale, en définissant les nouveaux périmètres des régions, a accentué le besoin de proximité et d'une mise en réseau des divers services territoriaux des deux administrations [38]. Ainsi, même s'il revient aux agents régionaux de piloter, coordonner et définir les orientations stratégiques du plan régional, les services départementaux sont perçus comme le « bon » niveau pour déployer le PSSBE sur le territoire et construire des projets avec les partenaires locaux (associations, collectivités territoriales, professionnels de santé, etc.). Dans ce cadre, un agent d'une direction départementale de la cohésion sociale et de la protection des populations (DDCSPP) évoque l'intérêt de reproduire le modèle adopté à l'échelle régionale : « *Moi, ce que je pense vraiment c'est qu'il faudrait décliner le plan régional au niveau départemental. Donc, il semblerait que la DDCSPP pourrait être – et en l'occurrence moi du coup – ce levier de coordination* ».

Les propos recueillis auprès d'un cadre de la Direction des Sports, de la Vie Associative et de l'Égalité du Conseil Régional de Nouvelle-Aquitaine, confirme cette nécessité de proximité pour concevoir des actions sanitaires et sportives collectives et modulées : « *Je suis convaincu que ces expériences n'ont de sens que sur les territoires circonscrits. Ça peut être une commune, ça peut être une communauté de communes. L'entrée de ces initiatives pour fédérer les acteurs, c'est un territoire [...]. Il y a une circulaire, il y a des définitions nationales, mais il y a aussi des dynamiques de territoire* ».

La territorialisation du PSSBE fait ainsi débat tant dans la définition de son périmètre (territoires de la représentation politique, territoires de santé, territoires de projet, territoires de la géographie prioritaire et autres territoires « carencés » comme les espaces ruraux fragilisés) que de ses modalités de déploiement. À ce propos, dès 2012, lors de leur intervention en Conseil des ministres, les ministres de la Santé et des Sports, proposaient d'inscrire le PSSBE dans un cadre territorial « cohérent », processus pleinement intégré par les ARS par ailleurs : « *Il est indispensable que ces projets, que ces réseaux sport santé aient un périmètre qui soit cohérent avec le projet régional de santé, parce que si nous ne faisons que des éléments sur des départements, sur des territoires, etc., sans aucun cadre régional, on va repartir de la situation dans laquelle nous sommes aujourd'hui, avec des initiatives, mais pas de cadre. Et donc, on a besoin de conforter l'inscription des réseaux sport santé dans un projet régional de santé* » (Marisol Touraine, ancienne ministre de la Santé et Valérie Fourneyron, ancienne ministre des Sports).



Par ailleurs, le débat sur la proximité est alimenté, aussi, par la problématique des compétences formelles, tant en matière de santé que de sport [39]. Les propos d'une cadre de l'ARS soulignent les risques d'amplification des inégalités si l'on allait vers ce « *tout local* ». Elle insiste notamment sur les disparités, en termes de prérogatives et de mise en œuvre, en raison de l'hétérogénéité des ressources des collectivités territoriales : « *Ça ne pourrait pas être un simple transfert de compétence, il y a tout un système à revoir, dans notre système actuel ça ne serait pas possible [...]. La difficulté de ramener cette politique sport-santé-bien-être au tout local, c'est que nous risquons de nous heurter à des freins. Par exemple, au problème de savoir quel investissement humain, financier et logistique les collectivités acceptent de mettre en place, sachant que c'est quelque chose qui coûte cher mais qui touche finalement un public limité. Entre être dans une métropole ou aller au fin fond de la Creuse, ce n'est pas du tout pareil sauf si les collectivités au fin fond de la Creuse sont hyper riches, ce qui n'est pas forcément le cas. Donc, dans le système actuel, on ne ferait qu'amplifier les inégalités, ce n'est pas la solution. Ce ne serait pas réaliste* ».

La mise en œuvre du PSSBE fait ainsi se percuter deux valeurs : celle de l'efficacité et celle de l'équité territoriale. Mais, au-delà de ces inégalités structurant localement les possibilités de partenariats, elle révèle aussi qu'il n'y a aucun consensus pour désigner une échelle pertinente de déclinaison du PSSBE. Le « sur-mesure territorial » est donc la voie préconisée : « *Le territoire doit être un territoire accessible. Après, les dimensions, ça dépend... c'est quelque chose d'accessible qui doit être variable d'un endroit à l'autre, c'est clair. C'est en fonction de la géographie, de la disponibilité locale. Je vous dis, je suis contre la standardisation. C'est partout pareil, on va prendre une règle et on va faire un périmètre... non, non, il faut s'adapter. L'idée, c'est que ça soit le plus accessible, le plus simple pour tout le monde* » (une représentante du Pôle Ressource SSBE).

## Discussion

Les fondements du PSSBE reposent sur la conduite d'une action publique partenariale devant faire travailler ensemble des acteurs relevant des mondes de la santé et du sport afin d'apporter des réponses novatrices et adaptées aux besoins sanitaires et sociaux. En cela, le PSSBE s'inscrit dans la volonté de provoquer des changements (organisationnel, politique et social) aux échelles nationale et territoriale.

L'examen des relations d'interdépendance entre les acteurs impliqués dans la production et la déclinaison de ce plan montre que l'institutionnalisation du partenariat est exposée à diverses contraintes susceptibles de fragiliser sa mise en œuvre et sa diffusion territoriales. Aussi, les conditions pour que s'instaure une territorialisation coopérative de la promotion de l'activité physique à des fins de santé publique ne sont pas encore toutes réunies dans la région étudiée comme plus généralement [40]. Plusieurs points en attestent.

Les résistances au changement et le manque de moyens adossés à cette politique sanitaire et sportive sont des éléments qui, d'une part, interrogent la solidité du partenariat et, d'autre part, renforcent le débat sur la recherche d'un modèle économique pérenne. Ces constats sont susceptibles d'entraver la durabilité des actions menées au titre du PSSBE.

Cette politique publique n'échappe pas non plus aux logiques de fonctionnement encore largement verticales et cloisonnées des grandes bureaucraties. La coopération intersectorielle bute effectivement sur les lenteurs inhérentes aux modes hétérogènes de structuration des deux administrations ministérielles. Les tensions rappellent, aussi, que le dépassement des routines et des cadres d'action préexistants, dépassement nécessaire au processus d'acculturation et à la construction d'une « culture commune », ne sont en rien évidents.

En outre, l'usage du principal instrument de type financier et incitatif que représente l'appel à projet témoigne, dans un contexte budgétaire contraint, d'un État souhaitant orienter l'action locale dans le sens de ses priorités. Il n'est donc pas question ici d'autoriser les acteurs locaux à définir, par le bas, le sens de cette politique publique afin d'éviter, justement, le brouillage de ses finalités. L'État entend, par là-même, demeurer en première ligne pour cadrer le problème public à traiter, mais aussi pour mettre en ordre les diverses initiatives territoriales. Ce mode de régulation étatique, consistant à « faire-faire », positionne les acteurs locaux comme des relais essentiels d'une stratégie nationale de lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé. Toutefois, déléguer de la sorte la mise en œuvre peut participer au brouillage des responsabilités des diverses parties prenantes impliquées. Reste que la capacité de ces opérateurs à innover, à faire évoluer et stabiliser les modes de travail collectif (protocoles, formation-qualification, plateforme, groupements d'employeurs) est incontestable. Cependant, certains territoires et acteurs locaux sont mieux placés que d'autres pour capter ces financements, et ce sont les plus organisés et déjà dotés en ressources (matérielles, financières, symboliques, compétences, temps, etc.) qui y parviennent le mieux [41].

Enfin, l'analyse de la mise en œuvre du PSSBE rend compte d'un enchevêtrement multiple de territoires infra-régionaux en tant que scènes d'interdépendances entre l'État central, l'État territorial, les collectivités territoriales et les diverses catégories d'associations et de professionnels intéressés. Si elle permet la diffusion spatiale, l'élasticité et l'expression des projets, cette diversification des échelles se fait aussi au prix de l'abandon de toute vision d'ensemble.

## Conclusion

La déclinaison régionale du PSSBE se traduit par le déploiement d'une multitude d'outils, d'échelles et de logiques variables d'action collective [42]. En ce sens, elle produit des effets contrastés. Elle permet une dynamique de construction de partenariats intersectoriels et inter organisationnels, attestant de la progressive reconnaissance mutuelle d'acteurs qui cherchent, aujourd'hui, à pérenniser leur engagement. Néanmoins, l'institutionnalisation et l'ancrage territorial de cette politique sanitaire et sportive sont fragilisés par ce qui est présenté comme un manque de volonté politique nationale à relever certains défis : la clarification du modèle économique et de la prise en charge, notamment de la prescription de l'activité physique à des patients atteints d'ALD. Les chantiers portant sur la nouvelle gouvernance du sport (avec la création de l'Agence nationale du sport se substituant au CNDS) et sur le déploiement de la future stratégie nationale Sport-Santé 2019-2024 pourraient offrir l'opportunité de débattre de ces défis.

*Aucun conflit d'intérêts déclaré*

## Références

1. Organisation mondiale de la santé (OMS). Recommandations mondiales sur l'activité physique pour la santé. Genève : OMS ; 2010. 60 p. [Visité le 22/04/2019]. En ligne : [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44436/9789242599978\\_fre.pdf;sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44436/9789242599978_fre.pdf;sequence=1).
2. Conseil national des activités physiques et sportives (CNAPS). Impact des activités physiques et sportives sur les dépenses de santé. Paris : CNAPS ; 2008. 20 p.
3. Andreff W, Blanchard N. Activité physique et sportive, santé et qualité des finances publiques. Paris : Ministère des sports ; 2018. 12 p. (Note d'analyse ; n° 11) [Visité le 22/04/2019]. En ligne : [http://www.sports.gouv.fr/IMG/pdf/sporteco\\_sportsante\\_financespubliques2018.pdf](http://www.sports.gouv.fr/IMG/pdf/sporteco_sportsante_financespubliques2018.pdf).
4. Étienne JC, Corne C. Les enjeux de la prévention en matière de santé. Paris : Journaux officiels ; 2012. 58 p. (Avis du conseil économique social et environnemental) [Visité le 22/04/2019]. En ligne : [https://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2012/2012\\_03\\_prevention\\_sante.pdf](https://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2012/2012_03_prevention_sante.pdf).
5. Bonnin F, Chenu C, Duprez V. Activité physique : contextes et effets sur la santé. Paris : Inserm ; 2008. 811 p. (Expertise collective).
6. Haute Autorité de santé (HAS). Rapport d'activité. Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2011. 90 p. [Visité le 22/04/2019]. En ligne : [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-07/rapport\\_activite\\_has\\_2011.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-07/rapport_activite_has_2011.pdf).
7. République Française. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1). JORF n° 0022 du 27 janvier 2016, p. 750.
8. Ministère des Sports. Plan national sport santé bien-être [Page internet]. Paris : Ministère des sports. 2013. [Visité le 22/04/2019]. En ligne : <http://www.sports.gouv.fr/pratiques-sportives/sante-bien-etre/Plan-national-sport-sante-et-bien-etre/article/Plan-national-sport-sante-et-bien-etre>.
9. République Française. Décret n° 2017-1866 du 29 décembre 2017 portant définition de la stratégie nationale de santé pour la période 2018-2022. JORF n° 0032 du 31 décembre 2017 texte n° 72, p. 8.
10. Ministre des Sports. CNDS, centre national pour le développement du sport. [Page internet]. Paris : Ministère des sports. 2017. [Visité le 22/04/2019]. En ligne : <http://www.cnds.sports.gouv.fr/>.
11. République Française. Circulaire n° DS/DSB2/DGS/DS/DGCS/2012/434 du 24 décembre 2012 relative à la mise en œuvre opérationnelle des mesures visant à promouvoir et développer la pratique des activités physiques et sportives comme facteur de santé publique, annoncées en conseil des ministres du 10 octobre 2012. Paris : Ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social ; Ministère des affaires sociales et de la santé ; Ministère des sports, de la jeunesse, de l'éducation populaire et de la vie associative ; 2012. 4 p. [Visité le 22/04/2019]. En ligne : [http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2013/01/cir\\_36363.pdf](http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2013/01/cir_36363.pdf).
12. Nay O. La négociation en régime d'incertitude : une comparaison des partenariats publics régionaux dans la mise en œuvre de la politique européenne. Revue Internationale de Politique Comparée. 2002;9(3):409-25.
13. Jobert B, Müller P. L'État en action : politiques publiques et corporatismes. Paris : Presses Universitaires de France ; 1987. 137 p. (Recherches politiques).
14. Illivi F. Genèse et mise en œuvre du plan « sport, santé, bien-être ». Acteurs, savoirs, territoires et instruments. Une sociologie de l'État en recomposition. Le cas de la région Nouvelle-Aquitaine, [Thèse de doctorat]. Bordeaux : Université de Bordeaux ; 2018. 380 p.
15. Musselin C. Sociologie de l'action organisée et analyses des politiques publiques : deux approches pour un même objet. Revue française de science politique. 2005;55(1):71-51.
16. De Maillard Jacques. Les nouvelles politiques socio-urbaines contractuelles entre conflits et apprentissages. Politix, 2002;15(60):169-91.

17. Commissariat général à l'égalité des territoires (CGET). Observatoire des territoires [page internet]. Paris : Ministère de la cohésion des territoires. c2018. [Visité le 22/04/2019]. En ligne : <http://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr>.
18. Observatoire régional de la santé Nouvelle-Aquitaine (ors). Observatoire régional de la santé Nouvelle-Aquitaine : accompagner la prise de décision en santé publique [page internet]. Bordeaux. c2018. [Visité le 22/04/2019]. En ligne : <http://www.ors-na.org/>
19. Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine (ARS). Territoires de démocratie sanitaire [page internet]. Bordeaux : ARS. c2017. [Visité le 22/04/2019]. En ligne : <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/territoires-de-democratie-sanitaire-1>.
20. Maurin L, Schneider V. Rapport sur les inégalités en France. Paris : Observatoire des inégalités ; 2015. 200 p.
21. Brodin M, Chambaud L, Dab W, Jourdain A, Lopez A, Mansour Z. L'efficacité de la promotion de la santé en France : commentaires d'une table ronde composée d'experts français. Promotion & Éducation. 2004; Hors série n° 1: 36-40. [Visité le 22/04/2019]. En ligne : [https://ufr-spse.parisnanterre.fr/servlet/com.univ.collaboratif.util.LectureFichier?ID\\_FICHIER=1348818743470](https://ufr-spse.parisnanterre.fr/servlet/com.univ.collaboratif.util.LectureFichier?ID_FICHIER=1348818743470).
22. Vernières M. Les inégalités territoriales : le cas des territoires ruraux. Colloque international « Inégalités et développement dans les pays méditerranéens », mai 2009 ; Istambul (Turquie). Paris : Groupe de recherche international : développement des recherches économiques euro-méditerranéenne (GDRI-DREEM) ; 2009. 17 p. [Visité le 22/04/2019]. En ligne : <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00379451/document>.
23. Préfecture de la région Nouvelle-Aquitaine. Stratégie régionale de correction des inégalités d'accès à la pratique sportive, banc d'essai en ex-Aquitaine. Bordeaux : Préfecture Nouvelle-Aquitaine ; 2016. 48 p.
24. République Française. Loi n° 2014-173 du 21 février 2014 de programmation pour la ville et la cohésion urbaine. JORF n° 0045 du 22 février 2014. 15 p.
25. Moisy M. Les Français vivent plus longtemps, mais leur espérance de vie en bonne santé reste stable. Étude et résultats. 2018; 1046: 2 p. [Visité le 22/04/2019]. En ligne : [https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er\\_1046\\_-\\_esperance\\_de\\_vie.pdf](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er_1046_-_esperance_de_vie.pdf).
26. Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé (FNORS). Score-Santé (Page internet). Paris : FNORS. 2018. [Visité le 22/04/2019]. En ligne : <http://www.scoresante.org>.
27. Clavier C, Cagnon F. L'action intersectorielle en santé publique ou lorsque les institutions, les intérêts et les idées entrent en jeu. The Innovation Journal: The Public Sector innovation / La revue de l'innovation : la revue de l'innovation dans le secteur public. 2013;18(2):17-1. [Visité le 22/04/2019]. En ligne : [http://www.innovation.cc/francais/peer-reviewed/2013\\_18\\_2\\_2\\_clavier-gagnon\\_health-sant\\_2-398e.pdf](http://www.innovation.cc/francais/peer-reviewed/2013_18_2_2_clavier-gagnon_health-sant_2-398e.pdf).
28. Honta M. L'organisation locale de l'équité en santé ou les errements de l'intersectorialité. Revue Epidémiol Santé Publique. 2019; 67(1):S13-8. doi : 10.1016/j.respe.2018.12.059.
29. Bezes P, Join-Lambert O. Comment se font les administrations : analyser des activités administratives constituantes. Sociologie du travail. 2010;52(2):133-50.
30. Bigard X, Ancellin R, Aya R, Barrault D, Brunot A, Dragos S, Duché P, et al. Activité physique et prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques. Quelles compétences pour quels patients ? Quelles formations ? Rapport remis au directeur général de la Santé. Paris : Ministère de la santé ; 2016. 34 p. [Visité le 22/04/2019]. En ligne : [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_activite\\_physique\\_maladies\\_chroniques.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_activite_physique_maladies_chroniques.pdf).
31. Décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016 relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée. JORF n° 0304 du 31 décembre 2016.
32. Honta M, Illivi F. L'accès de tous à la pratique sportive : L'État local en action. Revue française d'administration publique. 2017; 164 (4):873-86.
33. Lascoumes P, Le Galès P. Gouverner par les instruments. Paris : Presses de Sciences Po ; 2005. 370 p. (Nouveaux débats).
34. Comité régional olympique et sportif Français Nouvelle-Aquitaine (CROS). Le Mouvement Sportif Nouvelle-Aquitaine inquiet devant la baisse du CND5 [page internet]. Bordeaux : CROS. 2018. [Visité le 22/04/2019]. En ligne : <https://cros-nouvelle-aquitaine.org/le-mouvement-sportif-nouvelle-aquitaine-inquiet-devant-la-baisse-du-cnds/>.
35. Duran P. Penser l'action publique. Paris : Lextenso éditions ; 2010. 237 p. (Droit et société).
36. Breton E. Répondre à l'appel (à projet). Récits d'un apprentissage silencieux des normes de l'action patrimoniale. Politix. 2014;105:213-32.
37. Poupeau FM. L'émergence d'un État régional pilote : la recomposition des jeux administratifs autour du ministère de l'Écologie et du Développement durable dans une région française. Gouvernement et action publique. 2013;2(2):249-77.
38. Loi n° 2015-29 du 16 janvier 2015 relative à la délimitation des régions, aux élections régionales et départementales et modifiant le calendrier électoral. JORF n° 0014 du 17 janvier 2015. p. 777.
39. Loi n° 83-8 du 7 janvier 1983 relative à la répartition des compétences entre Communes, Départements, Régions et État \*loi Defferre\*. JORF n° du 9 janvier 1983. p. 215.
40. Dupays S, Bourdais F, Kiour A, De Vincenzi JP. Évaluation des actions menées en matière d'activité physique et sportive à des fins de santé. Paris : Inspection générale des affaires sociales ; Inspection générale de la jeunesse et des sports ; 2018. 121 p. [Visité le 22/04/2019]. En ligne : <http://www.sports.gouv.fr/autres/RapportIGASIGSAPSMArs2018.pdf>.
41. Dubois J. Les politiques publiques territoriales, la gouvernance multi-niveaux face aux défis de l'aménagement. Rennes : Presses Universitaires de Rennes ; 2009. 208 p. (Textes rares).
42. Epstein R. La gouvernance territoriale : une affaire d'État, la dimension verticale de la construction de l'action collective dans les territoires. L'Année sociologique. 2015;65(2):457-82.