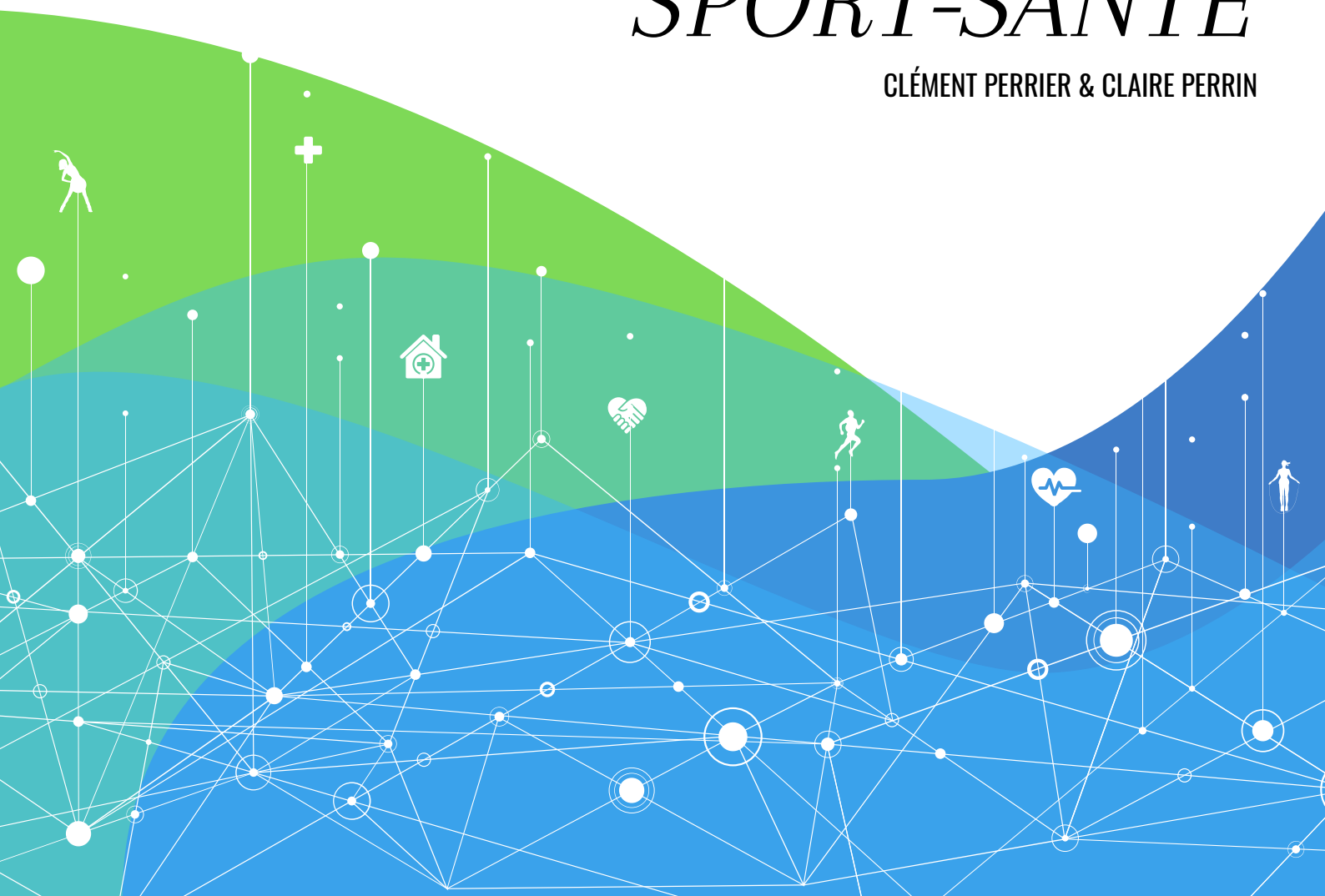


MAILLER LES RÉSEAUX SPORT-SANTÉ

CLÉMENT PERRIER & CLAIRE PERRIN



Soutenu
par



**MINISTÈRE
DES SPORTS,
DE LA JEUNESSE
ET DE LA VIE ASSOCIATIVE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

**RAPPORT DE RECHERCHE
AVRIL 2025**

Sommaire

INTRODUCTION GENERALE	4
A. MISE EN CONTEXTE.....	4
B. LA RECHERCHE MRSS : QUESTIONNEMENTS ET CADRAGE THEORIQUE	5
I. METHODOLOGIE DEPLOYEE	8
A. ENTRETIENS SEMI-DIRECTIFS	9
B. ANALYSE STRUCTURALE DES RESEAUX SOCIAUX	11
C. OBSERVATIONS	16
D. QUESTIONNAIRES NATIONAUX	17
E. DES ATELIERS DE CONCERTATION SUR LA THEMATIQUE DES INEGALITES SOCIALES D'ACCES A L'ACTIVITE PHYSIQUE .	17
II. DES OUTILS A STRUCTURER POUR AMELIORER LE MAILLAGE	18
A. RECENSEMENTS ET ANNUAIRES : UNE MULTIPLICATION INFECONDE.....	19
B. DE (TROP) NOMBREUX DISPOSITIFS : UN ENCHEVETREMENT A REPENSER	22
C. UNE MULTIPLICATION DES OUTILS NUMERIQUES	24
D. RECOMMANDATIONS.....	25
III. QUELLES COLLABORATIONS ENTRE LES DIFFERENTS MONDES IMPLIQUES ?	26
A. AU NIVEAU DES PROFESSIONNELS : DES COMPETENCES A VALORISER	26
1. <i>Des scissions fortes entre mondes sociaux</i>	26
2. <i>Rôle primordial des « entrepreneurs frontières »</i>	31
3. <i>Le rôle d'enseignant en APA coordinateur : un rôle central à déployer dans les dispositifs</i>	35
4. <i>Une nécessaire clarification des compétences et des rôles</i>	38
5. <i>Recommandations</i>	40
B. AU NIVEAU DES DISPOSITIFS ET DES INSTITUTIONS : DES PARTENARIATS A CONSTRUIRE, UN MODELE A PERENNISER .	40
1. <i>Des dispositifs centrés sur la taille de la file-active, dans un contexte économique tendu</i>	40
2. <i>Des dispositifs centrés sur la maladie chronique de l'adulte et l'avancée en âge</i>	43
3. <i>MSS, CPTS, MSP... quel fonctionnement en réseau ?</i>	45
4. <i>Des structurations à renforcer dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux ?</i> 51	
5. <i>Recommandations</i>	55
IV. FOCUS SUR LE MOUVEMENT SPORTIF	55
A. TROUVER DES PRATIQUANTS, UNE DIFFICULTE REELLE	56
B. DES INVESTISSEMENTS FEDERAUX INEGAUX	61
C. DES FONCTIONNEMENTS VARIES A STRUCTURER	65
D. RECOMMANDATIONS.....	70
V. LE PROJET « RE'TAB'LISSEMENT » : DEVELOPPER DES COORDINATIONS POUR PASSER DU PARCOURS DE SOINS AU PARCOURS DE SANTE	70
A. RE'TAB'LISSEMENT, DE QUOI PARLE-T-ON ?.....	71
B. L'IMPORTANCE DE L'IMPLICATION REELLE DES PROFESSIONNELS ET DE LA CO-CONSTRUCTION	73
C. IMPORTANCE DE L'ATELIER D'EDUCATION POUR LA SANTE, DE L'INDIVIDUALISATION DU SUIVI ET PERSPECTIVES DU PROGRAMME	76
CONCLUSION	82
RAPPEL DES RECOMMANDATIONS	84

1. Sur les outils à déployer :	84
2. Sur les collaborations professionnelles :	84
3. Sur les dispositifs :	84
4. Sur le mouvement sportif :	85
5. Éléments validés par l'expérimentation du living lab Ré'tab'lissement.....	85
BIBLIOGRAPHIE MOBILISEE	87

Introduction générale

A. Mise en contexte

On assiste depuis le début des années 2000 à une multiplication des politiques publiques, des dispositifs¹ et des acteurs intervenant dans le champ de l'activité physique à visée de santé, en faisant une nouvelle catégorie de l'action publique française (Perrier, 2022a). Bien que le lien entre activité physique et santé ne soit pas nouveau (Defrance et al., 2021), la très large médiatisation actuelle du « sport-santé » tout comme l'institutionnalisation et la mise à l'agenda de ce « problème public » (Gusfield, 2009) de la sédentarité rendent compte d'un niveau d'intérêt inédit pour la question de la mise en mouvement des populations considérées comme vulnérables.

Cela est avant tout lié à la « transition épidémiologique » (Omran, 1971), qualifiée également de « transition sanitaire » (Frenk et al., 1991), qui témoigne d'un passage de la prévalence des maladies aiguës à une prévalence des maladies chroniques dans nos sociétés contemporaines occidentales. La France compte ainsi aujourd'hui 12 millions de patients atteints d'une Affection de Longue Durée (ALD) et près de 23 millions de malades chroniques. La prévalence des ALD est passée de 14,5% en 2008 à 17,8% en 2021, en lien avec le vieillissement de la population (voir par exemple : Barnett et al., 2012; Cruz-Jentoft et al., 2010; Ferrucci & Fabbri, 2018; Vos et al., 2020). Cette dynamique est en cours puisqu'on estime que d'ici 2040, la France comptera 2,4 millions de personnes de plus de 80 ans supplémentaires par rapport à aujourd'hui (Fédération Hospitalière de France, 2024), augmentant par là-même le nombre de porteurs de maladies chroniques et leur impact sur la population générale. Or, comme de nombreuses expertises nationales et internationales l'ont montré (voir par exemple : INSERM (dir.), 2008, 2019; Organisation Mondiale de la Santé, 2000, 2004, 2010; U.S. Department of Health and Human Services. Centers for Disease Control and Prevention, 1996), le fait d'avoir une activité physique trop peu intense, trop peu régulière et de passer trop de temps en position assise ou couchée, c'est à-dire d'être à la fois sédentaire et inactif physiquement, entraîne directement une forte hausse de la probabilité de contracter une maladie chronique. Ces rapports prouvent également que l'activité physique des individus est un moyen de lutter contre le développement de maladies chroniques en prévention primaire, mais également de lutter contre les complications et l'apparition de pathologies associées en prévention secondaire et tertiaire.

On peut donc comprendre l'intérêt porté par l'État et ses acteurs à la sédentarité en raison du problème de santé publique qu'elle constitue, les maladies chroniques entraînant une baisse de l'espérance de vie en bonne santé ainsi qu'une qualité de vie dégradée (Barnett et al., 2012). Mais la sédentarité constitue également un fardeau financier pour l'État (Bureau de l'économie du sport, 2018) : son coût est estimé chaque année à 16,7 milliards d'euros comprenant 81% de coûts directs

¹ On entend le terme « dispositif » au sens de Dodier et Barbot (2016), à savoir un ensemble structuré d'éléments matériels, organisationnels et discursifs qui orientent les actions et interactions des individus dans un cadre donné. Il ne se réduit pas à une simple configuration technique ou institutionnelle, mais intègre également des dimensions normatives et relationnelles qui influencent les pratiques des acteurs concernés. Seront ainsi considérés comme dispositifs dans ce rapport l'ensemble des structurations qui tentent d'organiser l'activité physique à visée de santé, quel que soit leur niveau d'échelle et leur portée.

(dépenses liées à la sédentarité) et 19% de coûts indirects. Plus largement, les soins liés aux maladies chroniques représentent à eux seuls 90 milliards d'euros par an, ce qui correspond à 38% de l'objectif de dépense annuelle de l'assurance maladie (tel que relevé par : Querton, 2023). Ainsi, tant la communauté scientifique que des agents de l'État s'attachent à prouver qu'une activité physique régulière et adaptée aux besoins du patient entraîne une baisse des coûts globaux, insistant sur l'idée que les individus doivent à tous les âges de la vie bouger davantage, qu'ils soient déjà porteurs de maladies chroniques ou non (Voir par exemple : Gottschalk et al., 2024; INSERM (dir.), 2019; Noël Racine & Gautier, 2022). Il est entre autre estimé qu'une personne inactive qui deviendrait définitivement active pourrait éviter un coût de 840 euros par an pour une personne âgée de 20 à 39 ans, et qu'une mise en activité physique de la population pourrait « générer des économies substantielles » (Noël Racine & Gautier, 2022).

Le poids économique de l'inactivité physique et de la sédentarité, la multiplication des savoirs tant biologiques que psychologiques ou sociologiques améliorant le niveau de preuve des bénéfices de l'activité physique, la montée en compétence et en qualification de professionnels pouvant accueillir des malades chroniques, comme le développement de dispositifs innovants de « sport-santé » (Radel, 2012), expliquent l'intérêt massif porté par l'État au « sport-santé », dès lors perçu comme la réponse principale au problème public de la sédentarité et de ses effets (Perrier & Perrin, 2024).

B. La recherche MRSS : questionnements et cadrage théorique

Il est ainsi admis que la sédentarité et l'inactivité physique constituent des problèmes publics majeurs, qui pèsent trop lourdement sur la santé de la population française comme sur le budget de l'État. Se pose alors la question de la mise ou de la remise en mouvement des individus fragiles : comment amener des personnes qui ne bougent pas à s'engager dans une activité physique quand la simple injonction à bouger ne suffit pas à transformer les modes de vie ? Quels professionnels peuvent alors intervenir en ce sens en contrôlant la balance bénéfiques/risques et en produisant des bénéfices de santé durables ? Comment toucher les individus les plus éloignés des activités physiques, ceux-là étant également les plus à risque et les plus vulnérables économiquement et socialement (Lefèvre & Raffin, 2023) ? Et, *in fine*, comment organiser la vie collective pour favoriser l'activité physique régulière ? C'est à une partie de ces questions que les politiques publiques françaises ont tenté de répondre depuis le début des années 2000, en mettant en place et en déployant un certain nombre d'instruments d'action publique (Lascoumes & Le Galès, 2004) sur le territoire. L'instauration de la prescription d'activité physique pour les malades chroniques dans le cadre de la Loi de Modernisation de notre système de santé (2016), renforcée dans la Loi visant à démocratiser le sport (2022), le déploiement de Maisons Sport-Santé dans la Stratégie Nationale Sport-Santé 2019-2024 (République Française, 2019) ou encore la mise en place de dispositifs de collaboration pour les professionnels de santé avec les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) (Ministère Français de la Santé, 2016) en sont quelques illustrations. Ont également été appelés à se mobiliser les agences et services déconcentrés pour piloter des plans régionaux Sport-Santé-Bien-Être et administrer du sport-santé dans les territoires (Honta, 2022),

les fédérations sportives en tant qu'opératrices des programmes de sport-santé (Morales, 2019, 2022; Perrier, 2020) et les différents professionnels de la santé, de l'Activité Physique Adaptée (APA) et du sport, pour prendre en charge les patients ayant, ou non, une ordonnance (Perrin & Perrier, 2022).

L'ambition sous-jacente est de multiplier les actions, les opérateurs et les structururations collectives pilotée par une politique nationale forte pour atteindre une mise en mouvement généralisée. Cet objectif n'est pour autant pas encore atteint, comme le soulèvent de précédents rapports et travaux :

- *« L'activité physique bienfaisante pour la santé est en France, comme dans plusieurs pays, encore un domaine récent et fragmenté. Si on peut se réjouir de voir émerger de nombreuses initiatives locales, il n'en demeure pas moins impératif que les États se dotent d'une stratégie intégrée et à long terme qui redonnera à la population la capacité de vivre une vie physiquement active. »* (Ungureanu et al., 2018)
- *« Les activités physiques et sportives ne répondront aux enjeux de santé publique et de productivité de notre pays qu'à la condition de garantir une accessibilité fondée sur des principes d'action : penser global et agir local, mettre en avant le capital santé, la santé globale et l'universalisme proportionné »* (Grillon, 2021)
- *« Le sport est devenu un fait de société. Ses dimensions [...] pénètrent la sphère de la santé et du bien-être. À cet élargissement des pratiques correspondent de nouvelles offres et de nouveaux acteurs. Cependant, ce rapport estime que tout le monde n'est pas à égalité pour accéder à la pratique. Le Conseil économique et social propose une gouvernance renouvelée, fondée sur un dialogue civil. »* (Leclercq, 2007)

Au-delà des considérations budgétaires et des objectifs gouvernementaux, ce qui explique la difficulté à faire émerger une politique globale structurante vient avant tout de la difficulté à identifier ce qui est efficace et durable sur le terrain. Comme l'explique un ancien conseiller du ministère de la Santé lors d'un entretien (2023) :

« On a longtemps cru qu'il suffirait de dire aux gens de bouger pour qu'ils bougent, c'est le « manger-bouger ». Et quand on s'est rendu compte que ça ne marchait pas bien, on a imaginé que le fait qu'un médecin prescrive allait tout changer. Mais ce n'est qu'une toute petite partie submergée de l'iceberg la prescription, c'est toute l'organisation autour qui est complexe et on se heurte à cela en France. On ne sait pas complètement comment organiser tout l'écosystème et faire en sorte que l'action s'organise à tous les niveaux ».

Les expérimentations et dispositifs en place se heurtent à un certain nombre de problèmes : toucher les publics éloignés, coordonner les acteurs, harmoniser les actions sur le territoire et, plus encore, les mailler. Si certains dispositifs locaux ont en partie réussi à lever certaines de ces difficultés, les disparités entre territoires, entre acteurs et entre organisations demeurent extrêmement fortes sur le territoire national. C'est à ce sujet qu'une collaboration a débuté en juin 2021 entre le ministère des Sports, le Pôle Ressources National Sport-Santé et le laboratoire L-ViS de l'Université Lyon 1, en reprenant notamment des conclusions du travail d'expertise en cours à la Haute Autorité de Santé. Celui-ci constatait justement qu' *« il existe un manque important sur la coordination des parcours et l'implication des acteurs ressources dans les territoires. Ce manque de connaissances et de lisibilité, notamment pour les prescripteurs et les bénéficiaires, constitue un réel frein au développement du sport-*

santé ; la question de leur maillage est un enjeu majeur»². Afin de combler ce manque, la commande nous a été passée par le ministère des Sports de mener une enquête en France métropolitaine afin d'améliorer le niveau de connaissance et de proposer des pistes d'actions qui pourraient contribuer à l'écriture de la future Stratégie Nationale Sport-Santé. Il s'agit d'étudier la façon dont les différents réseaux, dispositifs et structures de sport-santé existants peuvent se mailler entre eux, en comprenant les enjeux de leur construction tout autant que les possibilités de collaborations. En effet, de très nombreux rapports existent et sont produits chaque année sur l'objet (voir récemment : Fédération Hospitalière de France, 2024; Giudicelli & Bigard, 2024; Inspection Générale des Affaires Sociales, 2024; ISPAH, 2024; Querton, 2023; Santé publique France, 2024) sans pour autant qu'une enquête nationale ait été alors mise en place.

Ce travail de recherche vise ainsi à analyser comment les dispositifs émergents contribuent à mailler et organiser l'offre territoriale, mais aussi la façon dont la coordination s'opère avec les autres acteurs : professionnels de santé et du sport, associations, collectivités territoriales, structures sanitaires et médico-sociales etc. Il s'agit en particulier d'étudier les collaborations envisageables entre Maisons Sport-Santé (MSS), et potentiellement avec d'autres structures en développement telles que les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) etc., en montrant l'intérêt de tels liens pour la promotion de l'activité physique et sportive auprès des populations les plus éloignées. Nous interrogeons également dans ce sens la façon dont les acteurs sportifs associatifs peuvent s'intégrer à ce maillage, en posant la question de l'organisation de l'activité physique en règle générale (et pas uniquement sous l'angle de la prescription), en recensant et rencontrant l'ensemble des parties prenantes. L'ambition est bien d'accompagner la structuration du champ, pour faciliter et encourager l'engagement dans la pratique. Cet engagement devrait se faire à partir d'actions en prévention primaire, c'est-à-dire avant l'apparition de la maladie. Le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) de 2024 met en effet en évidence l'intérêt de la prévention primaire pour améliorer l'efficacité du système de santé. Il s'agit de réduire la mortalité et la morbidité évitables pour maîtriser les dépenses de santé. Le rapport IGAS relève ainsi que « *les efforts en matière de prévention primaire restent insuffisants, les établissements de santé y consacrant moins de 0,5% de leurs dépenses* ». (Inspection Générale des Affaires Sociales, 2024). Pour autant et comme nous le comprendrons, l'activité physique est plutôt convoquée en prévention secondaire et tertiaire où elle est la plus mobilisée dans le système de santé depuis le début des années 2010 (Perrier & Perrin, 2024).

Comment alors créer du lien entre les dispositifs existants ? Comment coordonner les actions ? Comment faire passer les informations efficacement, à partir de quel type d'acteurs, et comment diffuser ces informations et les possibilités offertes aux populations qui en sont éloignées finalement ? C'est à ces questions que la recherche déployée entend répondre scientifiquement, à partir des résultats de l'enquête mise en place. L'objectif visé est bien d'identifier tant les acteurs que le canevas du process : les besoins réels, les coûts associés et les dispositifs ou institutions sur lesquels s'appuyer. L'ambition est ainsi double : contribuer à l'avancée des connaissances, sur un sujet très peu traité jusque-là, et amener des éléments d'implémentation dans les territoires, en objectivant la façon dont l'activité physique pourrait fonctionner en réseau. Afin de rendre la

² Archives personnelles, compte-rendu d'observation de la réunion du 16 juin 2021.

recherche possible sur le temps imparti, la commande a été de se concentrer prioritairement sur les dispositifs visant les porteurs de maladies chroniques et les personnes avançant en âge.

Pour ce faire, nous positionnons théoriquement la recherche à la lumière des travaux existants, particulièrement en sociologie de l'action publique. En cohérence avec notre objet de recherche, nous nous appuyons sur des travaux issus d'autres traditions et écoles de pensée, qui nous permettent de problématiser un objet situé à la frontière de nombreux « champs » sociaux ». Sont ainsi mobilisées la sociologie des organisations, la sociologie des problèmes sociaux, la sociologie des groupes professionnels, la sociologie des réseaux sociaux, la sociologie du sport ou encore la sociologie de la santé. Sont également mobilisés partiellement des travaux issus d'autres disciplines, notamment de la santé publique, des différentes sciences de la vie et de l'histoire du sport. Pour autant, c'est bien dans la sociologie de l'action publique que notre travail s'inscrit, définie en tant qu'analyse de « *l'ensemble des relations, des pratiques et des représentations qui concourent à la production politiquement légitimée de modes de régulation des rapports sociaux* » (Dubois, 2009). Ces relations, plus ou moins institutionnalisées, s'établissent entre des acteurs aux statuts et positions diversifiées que l'on ne peut réduire *a priori* aux seuls « pouvoirs publics ». Ce cadre théorique nécessite de produire une sociologie des positions et des trajectoires des acteurs tout autant qu'une sociologie des relations entre les acteurs, qui permet d'appréhender « *l'objectivation provisoire d'un état du rapport de force structurel entre les différents agents ou institutions intéressés qui agissent en vue de conserver ou de transformer le statu quo* » (Bourdieu & Christin, 1990) dans la construction de l'action publique. Comme le précise Dubois, les formes stabilisées dans lesquelles l'intervention des pouvoirs publics s'exerce sont historiquement construites et socialement situées : il s'agit pour nous d'appréhender la façon dont l'action publique de sport-santé se diffuse et se construit. Dans notre travail, nous tentons ainsi de saisir comment l'État, entendu au sens de l'État central, de ses administrations, de ses agences et de ses opérateurs publics ou privés, se dote d'instruments et d'outils qui amènent à faire bouger à partir d'indicateurs objectivables. L'objectif est bien de cerner la politique globale de sport-santé au prisme de son déploiement territorial afin d'en cerner les contours et les enjeux. Il s'agit également de comprendre ce qui relève du « sport-santé » tel qu'il est porté par les acteurs de terrain, et d'appréhender comment les bénéficiaires sont perçus, accueillis, classés, triés : *in fine*, la façon dont l'activité physique à visée de santé s'opérationnalise.

Nous analysons donc dans ce rapport les freins existants, mais aussi des leviers qui permettent une mise en place coordonnée et élargie sur le territoire. En d'autres termes, nous souhaitons ici appréhender les opportunités existantes pour permettre aux acteurs institutionnels d'agir sur elles dans un second temps, avec une visée de compréhension dynamique de l'action publique.

I. Méthodologie déployée

L'analyse des politiques publiques en France a relevé pendant longtemps d'une compréhension de l'action des autorités publiques en surdéterminant leur rôle, notamment

décisionnel, dans un schéma linéaire et séquentiel qui doit beaucoup à la rationalité instrumentale (Lascoumes & Le Galès, 2018). L'une des évolutions constatées concerne la multiplication des acteurs considérés comme légitimes à participer à l'action publique. Cette multiplication a suscité des problématiques autour des enjeux de coordination dans l'action publique et des conditions de participation d'acteurs qui relèvent à la fois du privé et du public, en insistant sur un aspect incrémental et peu hiérarchisé de l'action. Afin d'appréhender ce phénomène dans le champ du sport-santé où les acteurs sont particulièrement nombreux et diffus, nous avons tenté de multiplier les sites d'observations et les façons d'observer.

A. Entretiens semi-directifs

L'entretien semi-directif est une méthode qualitative de collecte de données largement utilisée en sciences sociales. Il s'agit d'un entretien où le chercheur dispose d'un guide d'entretien structuré autour de thèmes ou de questions clés, mais laisse une grande liberté à l'interviewé pour exprimer ses idées, opinions, et expériences. Il est cependant admis que les informations récoltées en entretien auprès de « décideurs » - que ce soit au niveau local ou national, auprès d'acteurs publics ou privés - lorsque celles-ci ne sont pas croisées avec d'autres types de sources, ont souvent pour effet de donner à voir une action publique démesurément consensuelle où les idées prévalent sur les pratiques (Desage & Godard, 2005). En ce sens, l'importation d'une approche ethnographique réflexive a permis de montrer que, dans de nombreux domaines, une part importante de la « décision » est laissée à l'appréciation des échelons subalternes dans un système de délégation en cascade (Dubois, 2012). C'est pourquoi, après un travail fourni sur la décision en matière de sport-santé au sommet de l'État (Perrier, 2022a), nous nous sommes concentrés ici sur les acteurs régionaux et locaux qui reçoivent, traduisent et reconstruisent les différentes politiques de mise en mouvement des populations avec un pouvoir décisionnel fort (Lipsky, 2010).

Nous avons ainsi conduit et analysé cent-trente-deux entretiens entre 2022 et 2024³. Ils ont été menés en présentiel (n=48) ou en visioconférence (n=84), en fonction des disponibilités des interlocuteurs. Ces entretiens sont de deux types :

- 59 entretiens considérés comme préparatoires et/ou connexes sur les dispositifs existants et les Maisons Sport-Santé. Ces entretiens avaient pour but de comprendre l'écosystème général, d'aller dans une grande diversité de territoires et de gagner en visibilité sur les types de dispositifs existants et leurs modes de fonctionnement. Il s'agissait principalement de comparer les dispositifs et de récolter des informations sur les réussites, les échecs, le rapport aux professionnels et aux partenaires potentiels. Ces entretiens ont été réalisés dans leur immense majorité avec des dirigeants de MSS (n=48), avec des « experts » du champ dans une approche plus globale (n=5) ou avec des acteurs ministériels (n=6).
- 73 entretiens semi-directifs, au sein des territoires choisis, avec des acteurs locaux du sport-santé et leurs partenaires institutionnels. Comme nous le précisons dans la sous-partie suivante, nous avons identifié un certain nombre de territoire dans lesquels nous avons passé des questionnaires sociométriques. Au sein de ces territoires, nous avons également rencontré une partie des acteurs, représentant des mondes sociaux (sport, santé,

³ A ce titre, tous les entretiens cités dans le présent rapport ont été réalisés durant cette période, nous ne le précisons donc pas dans la suite du document.

collectivités, agences déconcentrées etc.) et des structures (MSS, clubs, hôpitaux, ESSMS etc.) différents. Il s'agissait d'appréhender en détail comment, au sein d'un espace local restreint, les différentes parties prenantes perçoivent et envisagent les collaborations, les rôles de chacun, les possibilités et les freins, les structurations etc. En d'autres termes, nous cherchions à saisir au-delà des informations statistiques déjà récoltées comment fonctionnent concrètement des actions locales de sport-santé, en confrontant les points de vue pour comprendre le rôle du relationnel et des positions.

Nous mobilisons également des entretiens (n=64) qui ont été réalisés dans le cadre d'une autre recherche portant sur l'essor du sport-santé dans le mouvement sportif. Ont été interrogés les Directeurs Techniques Nationaux et/ou dirigeants (présidents, vice-présidents, présidents de commissions sport-santé) de treize fédérations affinitaires et délégataires, mais également des dirigeants et salariés de ligues régionales, de comités départementaux et de clubs de ces fédérations. Cela permet de saisir la façon dont le mouvement sportif s'approprie, ou non, les thématiques de santé et la façon dont il construit, conduit et évalue ses programmes en la matière.

Afin de ne pas être considérés comme des contrôleurs de l'État, nous nous sommes engagés à ne jamais divulguer la liste des structures et acteurs rencontrés. En effet, en conduisant une recherche commandée par un ministère, le risque était que le travail soit perçu comme une opération de contrôle qui vise à réguler les conduites et éventuellement, les financements. Nous avons donc choisi de rédiger des engagements de confidentialité et d'insister sur la distinction entre le chercheur et le contrôleur. Cela a été, nous le pensons, largement efficace et a permis de nous construire une posture de partenaire plus que d'enquêteur. L'immense majorité des enquêtés a d'ailleurs proposé son aide ou nous a relancés par mail pour savoir où nous en étions et quand ils auraient accès au document final. Notons que les entretiens réalisés correspondent à :

- 38 départements différents
- 11 régions différentes
- Des territoires ruraux, urbains, périurbains, des Quartiers Prioritaires de la politique de la Ville (QPV) et des Zones de Revitalisation Rurale (ZRR)
- Des dispositifs de toutes tailles (file active de moins de 20 personnes jusqu'à plus de 300 personnes) et de structurations diverses (en termes de statuts, de professionnels, de mode de financement etc.)

Chacun des entretiens a été mené suite à la réalisation d'une grille, adaptable suivant l'enquête et les informations que nous cherchions à obtenir. Néanmoins, certaines particularités propres à notre domaine scientifique nécessitaient quelques précautions préalables. En effet, l'entretien implique une base documentaire solide et une connaissance préalable des événements, c'est-à-dire une forme d'outillage mental. Cette idée d'outillage rend compte de « *l'existence quasi objectivée d'une panoplie d'instruments intellectuels (mots, symboles, concepts, etc.) à la disposition de la pensée* » (Chartier, 2009). Cela permet de recadrer le discours ou de vérifier la véracité des faits énoncés au regard des données déjà collectées. Il s'agit également de replacer l'événement raconté dans son contexte et d'objectiver au mieux le discours de chacun, même si « *la subjectivité des sources orales ne doit pas être perçue comme un caractère oblitérant mais comme une information sur le narrateur et sa vision des*

choses » (Radel, 2012). Nous étions conscients du risque, à chaque rencontre, de ne récolter qu'un discours uniforme ou de repartir en n'ayant abordé qu'une minorité des sujets souhaités. Certains passages d'entretien, particulièrement avec les fonctionnaires d'État dans les ARS ou DRAJES, s'apparentent d'ailleurs à des « discours d'institution », laissant entendre une uniformité et une légitimité des actions entreprises, sans conflits et sans zones d'ombres. Or, les faits évoqués entrent parfois en contradiction avec d'autres sources, écrites ou orales. Il a donc fallu faire preuve d'efforts cognitifs pour relancer là où les informations nous semblaient essentielles, parce que notre stratégie d'entrée dans la relation était pensée pour favoriser la parole de l'interlocuteur et parce que la maîtrise du guide rendait possibles des stratégies de relances pertinentes.

Le guide construit est alors commun à tous les acteurs rencontrés, auquel sont ajoutées quelques questions personnalisées sur les actions engagées, sur la structure d'appartenance ou sur des faits précis. Ce guide s'articule autour de trois dimensions principales, chacune divisée en deux sous-dimensions, en relation avec la problématique du travail. La première thématique abordée s'intéresse à la perception du dispositif d'appartenance, y compris dans une vision historique. La seconde partie interroge plus spécifiquement le rapport de l'enquêté aux autres acteurs et à la structuration du champ. Il s'agit de percevoir tant les tensions que les alliances et les contacts pour comprendre comment se matérialisent les interdépendances et l'organisation des relations. Enfin, la dernière partie s'intéresse à la trajectoire personnelle des individus, en essayant de comprendre leur parcours de formation, les différents postes professionnels occupés, leur rapport intime au sport et au mouvement du corps. Cela permettait de comprendre, une fois que la confiance est la plus acquise, comment l'enquêté définit les termes utilisés durant tout l'entretien et les différences épistémiques qu'il opère. C'est dans cette dernière partie que la problématique de la sédentarité, de la promotion des modes de vie actifs et de la mise en mouvement des corps est interrogée de façon précise.

B. Analyse structurale des réseaux sociaux

Parmi les nombreux concepts nés pour analyser les évolutions de l'action publique figurent les « réseaux de politiques publiques », qui correspondent à une interrogation sur les participants à l'action publique et les procédés qu'ils utilisent pour parvenir à infléchir durablement le cours des politiques publiques les concernant (Le Galès & Thatcher, 1995). La notion de réseau s'arrime à une constatation forte : des espaces plus ou moins clos intègrent des acteurs publics et privés, dont les intérêts sont multiples (par exemple la recherche de rentabilité, l'égal accès à un bien collectif, etc.) et où « *la fréquence et l'intensité des interactions entre les acteurs entraînent une forte interconnaissance voir une forte interdépendance* » (Hassenteufel, 1995).

Les analyses inter-organisationnelles cartographient ainsi la structure des réseaux, en s'appuyant sur des méthodes qualitatives et quantitatives qui se fondent sur des indicateurs, tels que l'intensité de la communication, la confiance ou la collaboration (Lazega, 2014), afin de révéler les liens entre les acteurs. Cela permet de mettre en évidence les interrelations et l'interdépendance entre acteurs publics et privés. L'ambition majeure de ces approches inter-organisationnelles est de permettre une analyse structurelle qui aille au-delà des attributs des acteurs individuels en identifiant leur position et la façon dont les réseaux influencent leur capacité à utiliser leurs ressources. Les

réseaux d'action publique peuvent donc être envisagés, en tant que concept, comme participant analytiquement au tournant de la gouvernance voire de la gouvernementalité et, en tant qu'objet, comme une partie de la réponse apportée aux difficultés de gouverner des sociétés et des problèmes complexes, et de traiter des enjeux se trouvant à la frontière de la jonction public-privé ou de différents secteurs d'action publique.

C'est bien ce qu'on constate dans le cadre du déploiement du sport-santé en France, où divers acteurs publics et privés, issus de différents mondes sociaux et de formations disparates tentent d'agir sur la mobilisation physique des individus. Comme l'explique un des enquêtés en entretien, « *l'activité physique, finalement, ça touche plein de gens différents et surtout d'institutions différentes, parce que ça relève de l'organisation de la vie en règle générale* ». Surtout et comme nous l'avons découvert lors de la phase exploratoire et des précédents travaux, les acteurs sont liés entre eux, travaillent ensemble ou se coordonnent à certains moments et parlent eux-mêmes de leur « réseau » comme d'une ressource mobilisable individuellement ou collectivement dans la construction de l'action publique à tous les niveaux. Il est même attendu d'eux qu'ils collaborent, dans le cadre d'un parcours de santé et/ou de soin coordonné, pour accompagner l'utilisateur : chacun aurait un rôle à jouer dans l'objectif partagé de faire bouger la population. C'est justement cela qui pose problème et que nous cherchons à appréhender : comment les différents acteurs collaborent ou non, et qu'est-ce qui facilite ou au contraire freine les collaborations ?

Pour répondre à ces questions, nous utilisons la méthode dite « structurale », qui part de l'observation des interdépendances et de l'absence d'interdépendances entre les membres d'un acteur collectif ou d'un milieu social organisé. Cette méthode vise à modéliser les relations et interactions entre des individus pour démontrer comment ils font système. Plutôt que de postuler l'existence de tels groupes *a priori*, elle cherche au contraire à rendre compte des logiques constitutives de ces groupes. L'analyse par les réseaux permet de repérer des interrelations par-delà les organigrammes et les procédures officielles, et rend à ce titre possible une "analyse structurale". Les principaux indicateurs des interdépendances sociales utilisés par la méthode structurale sont les relations sociales. Nous entendons ici le terme à la fois comme un canal pour le transfert ou l'échange de ressources et comme un engagement – moral ou symbolique – vis-à-vis d'un ou de plusieurs partenaire(s) d'échange et inséparable du sens que la relation a pour les acteurs.

La volonté est alors de comprendre comment les logiques d'acteurs produisent des effets sur les bénéficiaires potentiels, en s'ancrant dans un ou des réseaux. Plus encore, il s'agit de comprendre comment ces réseaux fonctionnent, autour de quels enjeux et selon quelles modalités. L'ambition est dès lors dans notre cas d'interroger le lien entre le réseau et la mise en place de l'action publique dans les territoires ; la façon dont les acteurs, multi-positionnés et porteurs d'intérêts, influencent l'opérationnalisation du sport-santé. Comme nous l'avons brièvement abordé, la question des réseaux semble particulièrement intéressante dans le cas de l'activité physique, étant donné qu'il rend compte de luttes, de partenariats, de hiérarchies à la fois professionnelles et scientifiques. L'intérêt selon nous de coupler cette méthode à l'ethnographie sociologique est de formaliser certaines des analyses par des modèles mathématiques ou statistiques.

La méthode structurale travaille sur des systèmes de relations ou réseaux dits « complets » — qui se distinguent des réseaux dits « personnels » d'un acteur (Mercklé, 2011) — dans lesquels le chercheur dispose d'informations sur la présence ou l'absence de relations entre deux membres

de l'ensemble social, quels qu'ils soient. L'une des contributions importantes de cette méthode est de montrer comment les relations indirectes sont importantes pour la compréhension des phénomènes sociaux (Favre, 2014). Étudier un réseau complet, c'est-à-dire un réseau fermé où l'on définit *a priori* l'ensemble des acteurs qui le composent, nécessite en premier lieu de définir les frontières du système étudié. Cela nécessite selon nous de cartographier en amont l'ensemble des acteurs faisant partie d'un même réseau.

Conscients que, selon le territoire et les spécificités locales, les façons de fonctionner en réseau différent, nous avons choisi de nous concentrer sur cinq territoires :

- la ville de Villeurbanne (69)
- l'arrondissement d'Épernay (51)
- la ville de Mâcon et ses alentours (71)
- le territoire du Plateau d'Hauteville (01)
- le territoire du Gard (30)

Ces territoires correspondent à des structurations et à des géographies ainsi qu'à des régions administratives variées (en termes de localisation, de population, de problématiques de santé prédominantes, de milieu urbain/périurbain/rural), mais également à des espaces où nous avons des possibilités réelles de mener la recherche en ayant déjà des interconnaissances facilitatrices. Cela était crucial étant donné que l'analyse par réseau complet supporte très mal les données manquantes et qu'il fallait à la fois avoir des informations sur la constitution des réseaux mais également pouvoir ensuite interroger l'ensemble des membres du réseau. Nous avons alors, pour chacun de ces lieux, reconstitué le réseau de l'ensemble des acteurs qui participent à la mise en place ou à l'organisation du sport-santé : professionnels, associations, collectivités, agences de l'État, organisations ou dispositifs, etc. Selon les territoires, cela représente entre 28 et 67 acteurs individuels⁴, que nous avons identifiés à l'aide des rapports disponibles mais plus encore grâce au soutien d'acteurs locaux à qui nous avons pu soumettre la liste pour vérifier qu'il ne manquait personne. C'est ce qui nous a permis de compléter, d'amender et d'avoir, pour chaque territoire, une liste des individus constituant le réseau local du sport-santé. Pour les grosses structures, seuls les noms qui sont le plus ressortis ont été conservés afin de ne jamais dépasser trois acteurs par structure.

Exemple d'un choix de territoire : Villeurbanne et l'activité physique

Villeurbanne fait partie du réseau des « villes Santé OMS » et a en particulier mis en place un dispositif original de promotion de la santé par l'activité physique qui est habilité Maison Sport-Santé. L'approche qu'elle développe est résolument participative et vise prioritairement les publics les plus vulnérables. Le contrat local de santé actuel avec l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes renforce l'approche intégrée de services de soins et santé.

⁴ En effet, s'il nous semblait nécessaire de saisir quelles étaient les principales institutions impliquées, nous avons fait le choix de travailler sur des acteurs individuels. Bien qu'ils représentent un collectif, ce sont eux qui tissent des relations et des interdépendances. Nous partons ainsi du postulat que les institutions ne peuvent être analysées que par les individus qui les font vivre et qui les recomposent, mais également que les politiques n'existent pas en dehors des institutions qui les produisent et des pratiques qui les mettent en œuvre.

Villeurbanne a été la première ville du Rhône à développer un dispositif d'activité physique adaptée prescrite dans un projet complet de promotion de la santé par l'activité physique dénommé « En forme à Villeurbanne ». Au-delà du projet de prévention primaire historiquement porté par la ville (cf. le projet de Lazare Goujon médecin hygiéniste, maire de Villeurbanne de 1924-1935 et 1947-1954), le dispositif expérimental « En Forme sur Ordonnance » (EFSO) voit le jour en 2018. La recherche menée par le laboratoire L-ViS (EA7428) a retracé l'histoire de l'innovation locale (Alter, 2010) en analysant tout autant ce que le contexte fait au dispositif, que ce que le dispositif apporte aux dynamiques de la ville, en s'intéressant à l'ensemble des acteurs, à ce qui résiste comme à ce qui réussit, à ce qui fait débat autour d'un point de consensus fort : l'importance de donner accès à une activité physique adaptée à des citoyens vivant avec une maladie chronique et qui en sont physiquement, culturellement et économiquement éloignés (Perrin et al., 2020).

25 médecins et 39 bénéficiaires ont intégré le dispositif EFSO dans sa première phase expérimentale. Le dispositif était porté conjointement par la Direction du Sport et la Direction de la Santé Publique de la ville et encadré par 2 enseignantes en APA qui ont été recrutées spécifiquement pour ce dispositif.

Les médecins spontanément motivés pour intégrer le dispositif ont eu des prescriptions d'APA très différentes en volume et en rythme. Bien qu'ils soient convaincus par l'intérêt et les bénéfices du dispositif pour leurs patients, ils expriment qu'il n'est pas facile d'intégrer ce temps de prévention dans la consultation et surtout de convaincre les patients les plus éloignés de la pratique. L'implication pluriprofessionnelle est apparue comme un levier important (les MPS où une infirmière Asalée s'impliquait dans le dispositif ont produit un volume de prescription bien supérieur mais ont surtout produit un suivi de l'engagement du patient dans le dispositif plus important, ce qui favorise la poursuite de la pratique au-delà du dispositif (Perrin et al., 2020).

Notons immédiatement que l'ensemble des acteurs a un lien fort avec les mondes du sport et/ou de la santé, par sa profession, sa formation ou une expérience associative spécifique. Pour autant et comme nous le comprendrons, ces réseaux ne correspondent absolument pas à une unité stable et unanime. Nous tentons à notre niveau et à l'aide de la *Social Network Analysis* d'appréhender les interdépendances entre des acteurs de niveaux hiérarchiques très différents, qui n'ont ni nécessairement les mêmes objectifs ni les mêmes conceptions de l'activité physique. Pourquoi et comment collaborent-ils ? Qui sont les acteurs centraux et quels sont ceux qui sont en marge du réseau ? C'est ce à quoi nous tentons de répondre au regard des résultats d'un questionnaire sociométrique. Afin de repérer la structure du réseau, nous avons en effet construit une analyse à partir de deux questions « sociométriques » qui permettent de positionner les acteurs autour de types de relation : le conseil et la collaboration. L'enquête ethnographique a ainsi permis d'identifier les types de relation qui lient les acteurs dans la mise en place du sport-santé. Ces liens impliquent notamment de recueillir des informations sur le champ, qu'ils obtiennent en discutant avec les autres individus. Notre réseau s'apparente à un forum fermé mais diffus dans lequel les acteurs peuvent se renseigner sur les pratiques et dispositifs existants, sur les financements opérants, sur les formations et compétences professionnelles à développer ou encore par exemple sur les expertises et journées d'études à venir. Dans cette perspective, nous nous sommes orientés dans un premier temps vers l'échange d'informations comme « ressource sociale » (Lin, 1995). Nous avons ainsi cherché à mesurer ces échanges d'informations entre les participants pour étudier

la manière dont ces derniers apprennent les uns des autres. La première question posée était la suivante :

« Question 1 : Parmi les structures et personnes suivantes, auxquelles avez-vous demandé des conseils ou des informations pour mettre en place des projets (journées d'information, etc.), approfondir vos connaissances ou développer des actions en matière de sport-santé ?

Par exemple, avec lesquelles avez-vous déjà échangé pour avoir des informations sur les formations, l'organisation, la législation, les pratiques, les connaissances scientifiques ou sur d'autres individus impliqués dans la question du sport-santé ? *Pour celles concernées, veuillez cocher la case Conseil dans le tableau ci-dessous. Vous pouvez compléter les lignes vides avec les noms des personnes avec lesquelles vous avez échangé dans les structures. »*

La liste des noms proposée correspond à une liste sociométrique d'individus (noms et prénoms), ordonnée alphabétiquement suivant le nom de l'institution représentée. Cette question, typique des méthodes d'analyse de réseaux sociaux, consiste à demander aux répondants de cocher dans une liste les noms des individus avec qui ils entretiennent une relation spécifique (Marsden, 1990). Nous souhaitions alors savoir à quel point la mise en place du sport-santé est marquée ou non par des relations d'échanges d'informations et de conseils, *in fine* d'interconnaissances. En d'autres termes, nous cherchions à appréhender si les individus ont l'habitude d'échanger ensemble et si cela détermine le fait de collaborer ou non. Nous avons alors choisi de proposer une question différente pour chacune des ressources identifiées. C'est pourquoi une deuxième question sociométrique suivait la première dans notre questionnaire :

« Question 2 : Parmi les structures et personnes suivantes, avec lesquelles avez-vous collaboré concrètement, même ponctuellement, pour mettre en place des projets de sport-santé et/ou accompagner des patients/pratiquants/bénéficiaires dans leurs actions de sport-santé ?

Par exemple, avec lesquelles avez-vous échangé au sujet de pratiquants pour les accueillir/envoyer ; par exemple, avec lesquelles avez-vous participé/organisé conjointement des actions ; par exemple avec qui vous êtes-vous coordonné pour prendre une décision commune ou solliciter des rendez-vous auprès d'autres institutions ou acteurs. *Pour celles concernées, veuillez cocher la case Collaboration dans le tableau ci-dessous. Vous pouvez compléter les lignes vides avec les noms des personnes avec lesquelles vous avez collaboré dans les structures »*

Il s'agissait ici de recueillir les ressources de collaboration(s), que nous avons ensuite analysées au prisme de la première question. Dans notre volonté d'appréhender la construction de l'action publique de sport-santé dans les territoires, il s'est agi de savoir comment et en fonction de quoi se construisent les collaborations d'acteurs pour mieux accueillir et/ou accompagner l'utilisateur. Cela est d'autant plus intéressant que les ressources ne sont pas forcément réciproques : les résultats étant déclaratifs, certains pensent avoir collaboré avec d'autres alors que l'inverse n'est pas vrai (Lazega & van Duijn, 1997). Nous tentons donc de comprendre les stratégies mises en place, consciemment ou inconsciemment par les acteurs pour collaborer ou éviter la collaboration avec

les autres. Cela nous permet à un deuxième niveau d'interroger les mécanismes de mise en œuvre de l'action locale en analysant notamment le poids et la centralité des sous-réseaux de collaboration, ainsi que les principales différences et permanences entre les cinq réseaux étudiés.

Les données ont alors été explorées à l'aide de plusieurs logiciels d'analyse de réseaux. Nous avons particulièrement utilisé Pajek pour les analyses de *blockmodeling*, Ucinet pour les mesures de base de réseau et Gephi pour les visualisations de réseaux.

C. Observations

Parallèlement et afin de compléter notre recueil de données, nous avons mis à profit notre position d'enseignants dans la filière STAPS APA-S pour multiplier de manière informelle les observations de structures d'accueil d'étudiants en stage et/ou en alternance au niveau Master à l'Université Lyon 1 (n=42). Ceux-là ayant pour mission de développer un projet en activité physique dans la structure et de développer des collaborations avec les différentes parties prenantes, il a été particulièrement intéressant d'observer, à partir du regard des étudiants, les différents modes de fonctionnement et la façon dont les bénéficiaires et usagers potentiels sont perçus, reçus, traités. Ces résultats d'observation sont peu visibles dans le présent rapport mais ont permis de confronter certains résultats à des réalités de terrain et d'améliorer la compréhension globale du champ au regard de travaux étudiants.

Nous avons également réalisé une observation participante autour du cas du « basket-santé », une activité physique mise en place par la Fédération Française de Basketball (FFBB) depuis 2014 qui consiste à accueillir au sein des clubs, entre autres, des publics vieillissants ou vivants avec une maladie chronique. Élu dans une Ligue régionale à la présidence de la commission « basket-santé » pour développer l'activité, l'un des enquêteurs est depuis huit ans impliqué intimement sur le terrain d'enquête. La démarche est d'ailleurs entièrement construite sur l'engagement du chercheur puisqu'elle s'appuie « *sur l'implication directe, à la première personne, de l'enquêteur* » si bien que « *le principal médium de l'enquête est ainsi l'expérience incarnée* » (Cefaï, 2010). Ce terrain semble pertinent pour comprendre l'investissement des fédérations dans le « sport-santé », la façon dont elles ont appréhendé, anticipé ou discuté les différentes politiques en place : qu'ont-elles à y gagner ? Comment fonctionnent-elles avec les autres acteurs ? Comment se sont-elles positionnées auprès des différentes institutions et quelles difficultés l'intégration d'une nouvelle offre de pratique bouleversant la logique traditionnelle a-t-elle entraînée ? C'est à ces questions que le travail d'observation participante permet de répondre, avec un investissement fort sur le terrain. En effet, la posture participative permet de collecter des données inaccessibles autrement. Cela découle notamment du fait que l'observateur est quelqu'un de confiance issu du sérail qui, lui aussi, accepte de donner de son temps pour le sport. Cela est extrêmement important dans le secteur associatif, où l'entre soi et l'engagement fondent les relations d'estime et de confiance (Hautenne, 2004). Être un dirigeant élu « connu » sur le territoire a permis dans cette étude de recueillir des confidences extrêmement précieuses, parce qu'éloignées des doutes et des inquiétudes que peuvent soulever l'entretien qualitatif ou la présence d'un chercheur inconnu (Beaud & Weber, 2017). Nous avons ainsi pu comprendre les mécanismes de mise en place du sport-santé dans le mouvement sportif et se confronter aux difficultés dont nous rendons compte dans la quatrième partie de ce rapport.

D. Questionnaires nationaux

Au regard des entretiens exploratoires, des objectifs généraux de l'enquête et de notre problématique, nous avons également procédé à la distribution de questionnaires auprès des MSS, lors des Journées Nationales des Maisons Sport-Santé organisées par le Pôle Ressource National Sport-Santé à Vichy en 2022. Ce questionnaire a été élaboré grâce aux résultats aux premières conclusions de l'enquête ethnographique ; il a pour but de rendre compte des perceptions normatives des enquêtés sur l'objet d'une part, de relever avec quels types d'acteurs les Maisons Sport-Santé échangent de l'information et collaborent au quotidien surtout. Il ne s'agit pas à proprement parler d'un questionnaire sociométrique même si la finalité s'en rapproche : appréhender comment les MSS travaillent en réseau, et interroger le poids des dirigeants, du type de structure et de la localisation dans les collaborations existantes. Ce questionnaire a récolté 136 réponses complètes et les résultats présentés dans ce rapport sont tous statistiquement significatifs.

Afin de compléter les résultats, dans le cadre du partenariat engagé avec le Ministère chargé des Sports et le Pôle Ressources National Sport-Santé, nous avons également eu accès aux résultats de l'enquête nationale menée annuellement auprès des Maisons Sport-Santé. Nous n'avons pas participé à l'élaboration du questionnaire mais avons pu traiter une partie des données, notamment celles qui permettent d'identifier finement les structures, leurs salariés, le nombre de bénéficiaires, etc. Ayant eu tardivement le jeu de données, nous n'avons pu en réaliser qu'une analyse très partielle, toujours en cours et qui pourra donner lieu à d'autres publications spécifiques aux MSS.

L'ensemble des données récoltées dans ce questionnaire a été analysé à l'aide de logiciels de statistiques, en particulier *Excel* et *R* (notamment les packages *Rcmdr*, *SNA* et *Network*).

E. Des ateliers de concertation sur la thématique des inégalités sociales d'accès à l'activité physique

Envisageant que les acteurs de terrain ont un regard nécessaire pour faire évoluer les pratiques et que les collègues chercheurs ont des expertises spécifiques, nous avons également organisé lors de Journées d'Études se déroulant à Nîmes les 18 et 19 novembre 2024 des ateliers de concertation sur la thématique des inégalités d'accès à l'activité physique à visée de santé. Cet évènement, regroupant environ 120 acteurs de la société civile et de la recherche sur l'activité physique, était en effet l'occasion de créer des temps d'échanges centrés sur les difficultés rencontrées dans les territoires et sur les possibilités de mieux traiter la question des inégalités sociales à l'avenir, notamment dans le cadre de la Stratégie Nationale Sport-Santé 2025-2030. L'ambition était à la fois de bénéficier de retours de terrain mais également de faire travailler collectivement la communauté de recherche, rassemblée pour l'occasion.

Trois ateliers ont ainsi été coconstruits avec la Direction des Sports, la Direction Générale de la Santé, le Pôle Ressources National Sport-Santé et l'Institut ReCAPPS autour de questions plus spécifiques sur les professions, les usagers et les dispositifs :

Atelier 1) Professions :

Questions :

1. Comment impliquer les différents professionnels dans la réduction des inégalités d'accès à l'activité physique ?
2. Quels professionnels impliquer dans la réduction des inégalités ?
3. Quelles sont les compétences nécessaires pour agir sur les inégalités ?
4. Quelles formations peuvent être mises en place pour réduire les inégalités ? (et par qui ?)
5. Comment favoriser les liens et la coordination entre les différents professionnels ?

Atelier 2) Dispositifs :

Questions :

1. Quelle complémentarité, continuité et transition entre les différents dispositifs ?
2. Quels/quelles organisations/structures/dispositifs permettent de réduire les inégalités d'accès à l'activité physique ?
3. A quel échelon agir pour réduire les inégalités, et quelle coordination entre les différents échelons ?
4. Comment promouvoir et rendre visible les dispositifs existants pour les publics les plus éloignés ?
5. Comment financer les actions de lutte contre les inégalités d'accès à l'activité physique ?

Atelier 3) Bénéficiaires/usagers :

Questions :

1. Comment aller vers les publics les plus éloignés de l'activité physique ?
2. Sur quels publics devrait-on prioritairement agir ?
3. Comment prendre en compte les inégalités de genre ?
4. Comment fidéliser et rendre la pratique d'une activité physique pérenne pour les publics les plus éloignés ?
5. Comment réduire l'apparition d'inégalités d'accès à l'activité physique ?

Répartis équitablement dans les trois ateliers organisés sous la forme de « gro-débat » (<https://agir-ese.org/methode/le-gro-debat>), les participants ont pu s'exprimer pendant 1h30 et échanger autour de ces questions pour aboutir à des propositions concrètes. Ces propositions font l'objet d'un travail distinct mais elles ont permis de conforter certaines idées fortes du rapport et d'échanger avec la communauté sur une partie des résultats, permettant de renforcer certains points ou d'en amender d'autres.

C'est uniquement à ce titre que les résultats des ateliers de concertation sont mobilisés dans ce travail : ils ne font pas à proprement parler partie intégrante de la méthode scientifique déployée.

II. Des outils à structurer pour améliorer le maillage

Un des éléments principaux que montre notre travail de recherche est l'absence de structuration globale du champ du sport-santé en France. Cela se matérialise notamment par une multiplication des dispositifs, des outils et des réseaux qui, paradoxalement, n'amène pas nécessairement à un meilleur accompagnement des publics vivants avec une maladie chronique ou à un engagement plus fort des acteurs impliqués comme nous allons le comprendre. Chacune des sous-parties suivantes revient alors sur un élément phare de ce premier constat, éprouvé sur l'ensemble des territoires et pour tous les acteurs rencontrés.

A. Recensements et annuaires : une multiplication inféconde

Dès les débuts de notre enquête, les entretiens ont permis de mettre en exergue la redondance de certains outils entre les territoires et à l'intérieur des territoires. C'est en particulier le cas des recensements d'offres de sport-santé, qui prennent régulièrement la forme d'annuaires, de cartographies ou de listings. L'idée globale est de faire un état des lieux de l'offre existante, principalement pour orienter plus facilement les pratiquants vers un espace adapté à leurs besoins à proximité de leur domicile. Sont alors dénombrés selon les cas l'ensemble des structures sportives, collectivités, centres de santé et entreprises de toute forme qui, d'une façon ou d'une autre, prennent en charge des publics en activité physique dans une perspective de santé. Comme l'explique une chargée de mission d'ARS :

« Le recensement est hyper important, c'est pour ça qu'on a créé un annuaire régional : plus on recense d'actions sur un territoire, plus je pense que c'est facile pour les professionnels de santé d'orienter les patients vers quelque chose de proche de chez eux. Donc c'est un travail considérable mais qui est très utile car c'est ça qui va permettre finalement de trouver un lieu où pratiquer. »

Cette explication, partagée par un grand nombre d'acteurs rencontrés, fait un lien de causalité entre référencement de l'offre et facilité à orienter et/ou à prescrire de l'activité physique. Se pose alors la question de ce que l'on recense, et de ce qui est intégré ou non au listing final : est-ce qu'il s'agit de sport-santé, d'activité physique, d'Activité Physique Adaptée ? Faut-il un encadrement spécifique ? Faut-il distinguer des publics potentiels, en fonction de l'âge, du genre ou de la pathologie ? Et y a-t-il plusieurs sous-catégories au sein d'un même annuaire, en fonction du public, des compétences professionnelles disponibles ou par exemple du niveau de limitation fonctionnelle ? Les structures se sont posé ces questions pour produire leurs référencements, et les réponses varient considérablement d'un lieu à l'autre :

- *« Nous on a considéré qu'on devait mettre tout ce qui existe, pour que ce soit plus simple. Dès qu'il y a une structure qui propose du sport-santé ou de l'APA, quel que soit le professionnel et quel que soit le niveau de pratique de la personne, on le met dans notre même annuaire. Parce qu'on se rend bien compte que c'est trop compliqué de faire des catégories, donc au moins c'est facile. Si je cherche un lieu de pratique, je regarde l'annuaire et je trouve tout ce qui existe à proximité, et ensuite je verrai si je peux être accueilli mais globalement tout le monde accueille les gens qui cherchent à pratiquer ! »* (chargé de mission d'un dispositif départemental)

- *« Alors c'est une question qui nous a bien pris la tête, et on a choisi de différencier les offres en fonction des compétences professionnelles. L'idée c'est qu'il faut que le médecin sache le niveau de sécurisation et si c'est adapté, donc on a distingué trois types : quand l'encadrement est fait par des bénévoles, quand c'est des éducateurs sportifs diplômés et quand c'est des enseignants en APA. [...] On met dedans tout le monde par contre, que ce soit un micro-entrepreneur, un club, un ESSMS, n'importe. »* (chargé de mission d'une DRAJES)

- *« L'objectif de notre annuaire c'est d'orienter vers les clubs sportifs, parce que c'est eux qui vont permettre que les gens pratiquent longtemps, proche de chez eux, donc on ne recense que les clubs qui proposent du sport-santé, sans autre distinction »* (chargé de mission d'un CDOS)

Derrière ces différences de construction se trouvent des différences de représentations de ce qu'est le sport-santé et de ce qui est nécessaire à l'orientation. Deux visions s'affrontent principalement quand on appréhende les discours des concepteurs de ces recensements : celle qui

considère que l'important est que les individus bougent quel que soit le professionnel et le type de structure, et celle qui estime que l'important est le niveau d'adaptation de la pratique en fonction de compétences professionnelles et de qualité de l'accompagnement des pratiquants. Là-encore et même au sein de chacune de ces visions, des différences de représentations subsistent, notamment sur les compétences minimales requises, sur le niveau d'adaptation nécessaire et sur les structures aptes à faire pratiquer. Selon le territoire et la représentation de ceux qui ont construit l'annuaire, une même offre de pratique sera ainsi classifiée totalement différemment, ce qui amène de l'incompréhension parmi les acteurs :

- « *J'ai changé de région et avant je me servais d'un annuaire où je n'avais que des enseignants en APA-S dans les offres proposées, donc j'envoyais mes patients en sachant qui allait les encadrer. Maintenant, ici, des fois c'est un bénévole, des fois un entraîneur, des fois un APA-S, on sait pas exactement mais du coup je sais pas où j'envoie mon patient... Donc globalement je ne me sers plus de cet outil* » (médecin généraliste libéral)

- « *Honnêtement j'y comprends rien à [leur] annuaire, y a cinquante distinctions différentes, du coup ça ne fait ressortir que très peu d'offres parce que les critères sont trop précis. Du coup j'utilise un autre annuaire où tout est sur la même page, au moins c'est plus simple* » (enseignant en APA, directeur d'une MSS)

Ce dernier *verbatim* amène un élément supplémentaire : il y a des différences dans la façon de construire les annuaires entre les territoires, mais il y a aussi plusieurs annuaires pensés différemment sur un même territoire. Cette redondance amène du flou à la fois chez les professionnels de santé ou du sport qui, selon les cas, ne se servent que d'un des recensements disponibles ou ne savent pas lequel utiliser tant les variations amènent des différences dans l'offre recherchée, mais également pour les structures à qui on demande de faire remonter des informations différentes et qui ne sont pas classées de la même façon selon l'annuaire. En effet, l'immense majorité de ces référencement repose sur des questionnaires transmis aux offreurs de pratiques qui doivent les remplir et identifier leurs activités en fonction de critères variables (lieu, temporalité, durée des sessions, professionnel encadrant, coût de l'activité, type de personnes et de pathologies accueillies etc.). Ce travail de référencement est perçu comme chronophage, d'autant plus quand il doit être démultiplié. Comme l'explique le dirigeant d'une entreprise d'APA :

« *Ici, il doit y avoir quatre annuaires différents : celui de la ville, celui fait par le dispositif régional de prescription, celui du CROS et celui de l'ARS. Et ce qui est absolument magique, c'est que selon l'annuaire, on est soit au niveau le plus fort en termes d'accueil, donc c'est noté qu'on peut accueillir tout le monde parce qu'on a que des enseignants en APA, soit au niveau le plus faible parce qu'on est considéré comme privé lucratif donc automatiquement déclassés même si je sais pas pourquoi. Et puis y a un annuaire qui nous référence même pas, on n'a jamais su pourquoi, même si on a répondu au cahier des charges. Donc ça a aucun sens, enfin on fait la même activité et on passe d'être les bons élèves à être une structure lambda, au même niveau que les clubs qui ont une session par semaine avec un bénévole. Comment vous voulez que les gens s'y retrouvent ? Déjà nous qui sommes spécialistes on comprend pas, donc quand c'est un médecin, on en discute avec eux hein, ils comprennent rien. Et ils font comme nous du coup, ils arrêtent de s'en servir, on est sur plus aucun annuaire et ça fonctionne très bien quand même* »

Ce type de retour nous a été fait dans tous les territoires où plusieurs annuaires se superposent : cela amène rapidement à l'abandon du référencement par les structures, et à la diminution de l'ensemble des outils par les professionnels de la santé et du sport. La multiplication des outils de recensement est donc inféconde et produit l'effet inverse de celui escompté : l'absence de coordination et de cohérence entre les annuaires freine l'engagement de l'ensemble des parties prenantes. Elle rend également impossible la formation à l'utilisation de ces outils sur le territoire

car, d'un territoire à l'autre et même au sein d'un territoire défini, les modalités pratiques sont particulièrement différentes. Cela n'aide pas les professionnels à s'en saisir s'ils ne sont pas déjà experts, et nécessite qu'ils passent du temps à comprendre quel référencement correspond aux besoins de leurs patients. Dans une majorité de cas et sans facilité d'utilisation, cela entraîne l'abandon.

Plus encore, ces recensements sont censés aider les usagers potentiels à repérer eux-mêmes des lieux de pratique et qu'ils choisissent, notamment grâce à des pages web qui cartographient ou listent les sessions de sport-santé disponibles par territoire, un espace proche de chez eux adapté à leurs besoins, à leurs envies et à leurs possibilités. Si le flou demeure pour les professionnels, cela est d'autant plus vrai pour les pratiquants comme le relate une des enquêtés :

« J'ai, mais alors, rien compris ! On m'a dit de regarder un site mais en cherchant y avait deux sites différents, et c'était pas les mêmes informations... enfin c'était pas bien clair. Donc je suis allée sur un [site] mais j'ai voulu comparer avec l'autre et j'avais l'impression que ma maladie était prise en charge quand je regardais un site. Mais quand j'allais sur l'autre, c'était plus le cas parce que ça me mettait que c'était pas adapté par rapport à ce que j'avais coché. Donc ça m'a un peu fait peur, et finalement j'y suis pas allée, heureusement que j'ai des amis qui m'ont parlé de [cette structure] et c'est comme ça que je suis arrivée ici, mais sinon j'aurais jamais trouvé. »

Les porteurs de maladies chroniques ou les personnes avançant en âge sont, tel que démontré par les travaux scientifiques existants, éloignés de l'activité physique et sceptiques quant à leurs capacités à se mettre en mouvement. Toutes les informations peu claires, peu structurées ou contradictoires sont à ce titre des freins supplémentaires qui vont contribuer à renforcer l'inquiétude et aller jusqu'à bloquer l'engagement dans une pratique. De surcroît, les annuaires sont dans leur majorité des outils numériques qui nécessitent une connexion internet et un support informatique, la maîtrise de la lecture et de l'écriture, la connaissance de soi pour renseigner les critères demandés et la compréhension des termes employés. Or, on sait que les inégalités d'accès au sport-santé sont calquées sur le gradient social de santé : les individus les plus inactifs physiquement sont aussi ceux issus des milieux sociaux les plus défavorisés et il existe une corrélation directe entre pratique physique, maladie chronique et milieu d'origine (Bendekkiche et al., 2023; Lefèvre & Raffin, 2023). Les outils disponibles, au-delà de leur redondance et de leurs contradictions, sont donc peu appropriés pour des publics qui ne sont pas à l'aise avec l'usage des outils numériques en autonomie. En effet, les individus issus des milieux sociaux les plus populaires sont ceux qui maîtrisent le moins les technologies de l'information et de la communication (Granjon, 2022), ce qui est également vrai pour les publics avançant en âge (Grosperin-LeGrand et al., 2023). Ce sont pourtant les cibles principales des activités physiques à visée de santé, ce qui crée un décalage et contribue à renforcer les inégalités sociales de santé : les individus les plus dotés sont aussi les plus à même de trouver les informations pertinentes qui favoriseront leur engagement dans une pratique adaptée à leurs besoins et à leurs envies. Il semble donc nécessaire que les usagers soient accompagnés dans l'utilisation des annuaires existants, le fait de leur donner accès à la ressource ne garantissant absolument pas son utilisation effective, ni la compréhension des enjeux de classification. C'est donc autant la conception et la diffusion des recensements que leur utilisation par les usagers potentiels qui sont à redéfinir.

B. De (trop) nombreux dispositifs : un enchevêtrement à repenser

Si, comme nous l'avons compris, les recensements se multiplient, c'est avant tout parce que les acteurs du sport-santé se multiplient également, à différents niveaux et avec différentes compétences. Ils tentent de structurer l'offre en proposant des dispositifs d'accompagnement à la pratique d'activité physique, pour la majorité structurés dans une logique de parcours et de prescription avec différents intervenants professionnels et institutionnels :

1. Les professionnels prescripteurs, principalement des médecins généralistes et spécialistes, et les masseurs-kinésithérapeutes habilités à renouveler une fois l'ordonnance du médecin.
2. Les acteurs de l'accompagnement et de la prise en charge : enseignants en APA, éducateurs sportifs diplômés et formés au sport-santé, bénévoles du mouvement sportif et paramédicaux (en particulier les masseurs-kinésithérapeutes), partagent la mise en œuvre concrète des prescriptions. Ils interviennent principalement dans des structures dédiées (Maison Sport-Santé, associations sportives labellisées, associations, structures hospitalières, entreprises, ESSMS, CPTS, etc.).
3. Les structures de coordination : en particulier les Maisons Sport-Santé (MSS), les réseaux régionaux, département et/ou locaux héritées des Plans Sport-Santé-Bien-Être. Elles jouent un rôle de coordination et de conseil et visent à accompagner les patients dans un parcours de soin et de santé intégrant l'activité physique, de la prescription médicale jusqu'à l'orientation vers des structures de sport-santé.
4. Les collectivités territoriales, qui soutiennent parfois ces dispositifs en apportant des financements complémentaires ou en initiant des projets locaux. Certaines régions et départements développent des plateformes spécifiques pour faciliter la mise en relation entre prescripteurs, patients et structures sportives.
5. Les services déconcentrés de l'État, en particulier les ARS et DRAJES et leurs directions départementales qui, selon les territoires, pilotent des dispositifs, les accompagnent financièrement et/ou structurent les réseaux locaux.

Nous reviendrons en détail dans les parties suivantes sur la façon de fonctionner et les problématiques associées à chacun de ces acteurs, mais notons déjà que plusieurs d'entre eux portent simultanément des dispositifs : des services déconcentrés, des structures de coordination, des collectivités territoriales et des acteurs privés (notamment des acteurs du mouvement sportif, des associations et des entreprises). Comme l'explique un dirigeant de MSS situé en milieu urbain :

« Sur notre territoire, là où est implantée [la MSS], il y a ce qu'on propose, et qui vise à faire du réseau entre les acteurs. Mais il y a sur la même territoire une autre structure privée, qui n'est pas une MSS, qui le fait aussi depuis peu. Et puis il y a le dispositif porté par la ville, et tout ça alors même qu'il y a le dispositif départemental du CDOS et une structuration régionale de la prescription. Évidemment tout le monde à ses exigences, tout le monde référence différemment les offres et...le processus, le fonctionnement ne sont pas les mêmes. C'est des papiers différents à remplir, c'est pas les mêmes orientations, c'est pas toujours les mêmes publics mais des fois si... en gros tout le monde fait un peu mais personne ne fait la même chose et c'est complètement illisible. »

Cela rejoint complètement les analyses du collectif PrescAPP⁵, qui montrent notamment que « *l'État et ses services et agences en région peuvent légitimer sur un même territoire plusieurs organisations pour réaliser des actions similaires. La concentration de structures labellisées dans un espace local (ville ou département) et la légitimation de nouvelles organisations à distance des réseaux en construction – structures hospitalières et privées marchandes notamment – apparaissent alors comme des phénomènes marquants de ce processus de labellisation et génèrent des incertitudes en matière de division du travail et de coordination des acteurs, mais aussi en matière de concurrence et de lisibilité pour les principaux destinataires de cette politique : les médecins et les publics ciblés.* » (Bouttet et al., 2024). Ce constat est dressé par l'immense majorité des acteurs rencontrés et sur tous les territoires. Il est mis en avant que la structuration est trop faible en l'état et que les différentes initiatives se télescopent, chacun ayant pour idée de contribuer au développement de la pratique mais sans coordination globale. Là encore et paradoxalement, cette redondance des dispositifs amène de l'incompréhension de la part des partenaires qui pousse au désengagement. En particulier, cette organisation est indéchiffrable pour les professionnels de santé qui ont l'habitude de fonctionner dans des espaces très structurés avec une hiérarchie et un parcours relativement clair. Il n'est déjà pas aisé de mobiliser des médecins dans un dispositif sachant qu'ils ne sont pas formés à l'activité physique (Perrier & Perrin, 2024), mais cela se renforce considérablement quand les commandes ne sont pas définies. C'est ce que confirme un médecin généraliste :

« J'ai reçu trois modèles différents d'ordonnance... Selon d'où vient le patient, sa pathologie, son âge, je devrais utiliser l'une ou l'autre et orienter vers des structures différentes. Donc il faut déjà trouver le bon dispositif sachant que la cohérence n'est pas parfaite hein, et ensuite il faut aller sur des sites qui ne disent pas les mêmes choses. Des fois il y a une prise en charge financière, des fois non et selon des modalités qui changent. Bref... c'est incompréhensible, et encore c'est moi qui le dit, alors que je suis impliqué donc que je fais l'effort, mais quand je vois mes collègues, ils ont abandonné directement, on n'a pas du tout le temps de passer des heures à comprendre comment tout fonctionne. »

Ce désengagement des médecins face à la complexité organisationnelle et administrative du sport-santé est souvent mise en avant, ce qui est aussi le cas d'effecteurs (clubs, associations, entreprises, etc.) qui se heurtent aux mêmes difficultés. Dans un contexte économique et structurel tendu, ce qui est associé à une perte de temps ou d'énergie est rapidement abandonné. En l'état, on remarque qu'un certain nombre de structures sortent des dispositifs existants car leur multiplication rend moins intelligible la commande et le rôle de chacun tout en alourdissant la charge administrative. Rester engagé nécessiterait de maîtriser le mode de fonctionnement de chacun des dispositifs existants pour orienter les patients ou pour les accueillir, en respectant le cadre défini, très disparate selon les cas. Les effecteurs, souvent associés en tant que partenaires à plusieurs dispositifs simultanément, soulignent la difficulté que cela représente :

« Je vais vous donner un exemple concret. Là j'ai une dame qui est venue nous voir spontanément, sans passer par le médecin, avec une maladie coronarienne. Elle rentre théoriquement dans trois programmes différents, mais pas avec les mêmes financements et pas avec les mêmes conditions. Donc faut que je contacte trois personnes différentes pour voir ce que je fais, quel document je remplis et quel médecin je lui demande de voir. Et c'est tout le

⁵ Le projet PrescAPP, financé notamment par l'IRESP, est un travail de recherche collectif en sociologie qui se centre sur la question des effets de la législation nationale de « prescription médicale » sur les acteurs sociaux concernés dans différents territoires français. Pour plus d'informations, voir : <https://www.msh-lse.fr/projets/prescapp/>

temps comme ça, on perd un temps phénoménal. Pour le dire un peu plus franchement : y a trois programmes, c'est trois fois plus de temps perdu ».

C'est ici l'efficience qui est remise en cause, soulignant que l'enchevêtrement de dispositifs qui ont des objectifs relativement proches mais à différents niveaux d'échelle, ne permet pas d'optimiser le temps disponible et les ressources. Pour les effecteurs les plus fragiles sur le plan organisationnel et économique, participer à ces réseaux est donc de plus en plus difficile, ce qui entraîne un désengagement et finalement une perte pour l'accompagnement du patient : moins les structures sont coordonnées et moins il est aisé d'orienter vers un lieu de pratique adapté. Il serait dans ce cadre nécessaire de repenser l'organisation globale en limitant le nombre de dispositifs sur un même territoire et en privilégiant les échelons locaux qui sont au plus proches des acteurs de terrain comme nous le précisons. Il apparaît que les dispositifs fonctionnant au niveau du bassin de vie sont en effet les plus-à-mêmes d'être adaptés aux besoins et aux ressources du territoire tout en mobilisant les effecteurs locaux autour d'une solution unique, lisible et coordonnée.

Pour autant, relevons que d'énormes disparités territoriales subsistent. Si, comme nous l'avons vu, la multiplication des dispositifs amènent à la redondance des actions et à un désengagement des acteurs, certains territoires sont confrontés au problème inverse, c'est-à-dire à l'absence de dispositif existant. C'est particulièrement le cas des territoires les plus ruraux, qui ont de réelles difficultés à trouver des acteurs pour mettre en place des activités de sport-santé et donc à structurer un réseau fonctionnel. En effet, la réussite du modèle global tient à l'existence d'effecteurs qui vont pouvoir accompagner le malade chronique, mais également à la présence d'orienteurs, de coordinateurs et/ou de prescripteurs. Dans des contextes de déserts médicaux, ces professionnels sont globalement absents et cela se ressent également en terme d'activité physique puisqu'il manque des professionnels à tous les niveaux.

Question des rapports entre les différents niveaux d'acteurs.

C. Une multiplication des outils numériques

Tout comme les annuaires et autres types de recensement se multiplient de façon inféconde, et de la même façon que les dispositifs existants s'enchevêtrent, on constate une recrudescence des solutions numériques disponibles pour accompagner les professionnels et les structures existantes. Il s'agit avec ces outils de faciliter l'intégration de l'activité physique dans les parcours de soins, notamment pour les personnes atteintes de maladies chroniques et les seniors. Ces solutions permettent d'assurer un suivi personnalisé de l'activité physique, d'améliorer la collaboration entre professionnels de santé et d'accompagner les patients dans leur pratique régulière. Elles offrent également la possibilité d'évaluer la condition physique des utilisateurs, de suivre leurs progrès au fil du temps et d'ajuster les programmes en fonction de leurs besoins. L'objectif est bien de renforcer l'engagement des patients dans un parcours de soins durable qui met en son centre l'activité physique.

Ces outils sont particulièrement appréciés des professionnels qui les utilisent car cela favorise largement les coopérations et la coordination dans une logique de parcours, en ayant des informations automatisées et une facilité pour suivre le bénéficiaire à distance. Pour autant, et tel que nous le décrivions dans les sous-parties précédentes, la multiplication des solutions existantes est un frein au développement du sport-santé. En particulier parce que les structures doivent choisir

une solution et que sur un même territoire, différentes structures travaillent avec différents outils numériques, ce qui ralentit les collaborations et ne facilite pas le suivi ou la transition du bénéficiaire. Un coordinateur de MSS explique ainsi :

« Nous on travaille avec [tel outil numérique] et quand on a fait du réseau, en travaillant avec des clubs, avec des entreprises, avec la CPTS etc., certains avaient déjà [tel ou tel autre outil numérique]. Et c'est hyper frustrant parce que chacun voit l'intérêt de son outil, a pris l'habitude, a formé ses utilisateurs et a un contrat, mais du coup les données ne se transmettent pas, ou mal, et finalement y a plein de choses auxquelles on n'a pas accès alors qu'on pourrait et que le patient serait du coup mieux suivi. »

Ce retour d'expérience a été partagé par énormément d'acteurs qui ont des postes de coordination et qui tentent de faire travailler ensemble des acteurs de différents horizons, freinés par la multiplicité des outils numériques utilisés. A l'inverse, ceux qui sont partis de zéro sur des territoires où il existait très peu de choses ont pu déployer la même solution pour l'ensemble des partenaires, ce qui est perçu comme extrêmement facilitant :

« C'est génial, tout le monde peut ajouter des données, on suit le pratiquant avec des infos qui respectent la RGPD et le niveau d'accès de chaque professionnel, le pratiquant peut aussi suivre où il en est... C'est un outil vraiment intéressant et on ne ferait plus du tout sans aujourd'hui »

Ce niveau de satisfaction est mis en avant régulièrement. Pour autant, la question du coût demeure : les tarifs sont particulièrement variables, avec des modalités de financement diverses qui contraignent les plus petites structures à se doter des outils les moins onéreux, voire à se contenter d'outils gratuits. Se pose alors la question de la répartition des coûts quand une solution numérique est mobilisée pour l'ensemble d'un réseau d'acteurs : si chacun doit payer son adhésion à l'outil, certaines structures n'ont pas la stabilité économique leur permettant de s'engager sur des coûts importants, y compris quand l'intérêt est perçu. A l'inverse, si la structure coordinatrice doit prendre seule en charge les frais afférents, plus le réseau est dense et plus les coûts seront importants, ce qui peut à la fois freiner le développement du réseau pour maintenir un équilibre budgétaire et amener vers des solutions moins performantes. L'intérêt de certaines solutions étant largement établi tant elles facilitent la coordination et la collaboration, il serait largement bénéfique de faciliter leur déploiement par des coûts négociés collectivement tel que nous le recommandons ci-après.

D. Recommandations

Nous formulons quatre premières recommandations qui pourront faire l'objet d'un travail collectif et collaboratif qui engagera les acteurs de terrains et les représentants de l'État.

Recommandation 1 : Construire un outil de référencement national des offres de sport-santé et d'APA, à partir de critères uniformisés sur l'ensemble du territoire et d'un recensement réalisé par les agences déconcentrées en concertation avec des représentants des acteurs concernés du territoire

Recommandation 2 : Déployer une solution numérique par bassin de vie et/ou région, mise à disposition de l'ensemble des parties prenantes (offreurs, MSS, professionnels de santé et du sport, bénéficiaires etc.) avec une tarification réduite négociée en amont par les services de l'État et gratuite pour les plus petites structures.

Recommandation 3 : Simplifier l'organisation générale du sport-santé en limitant le nombre de dispositifs de coordination par territoire et en privilégiant les dispositifs qui correspondent à un bassin de vie.

Recommandation 4 : Simplifier l'organisation générale du sport-santé en définissant un modèle de dispositif qui serait repris sur l'ensemble du territoire national en s'adaptant aux acteurs et ressources effectivement disponibles localement.

III. Quelles collaborations entre les différents mondes impliqués ?

Ce troisième chapitre analyse les possibilités de collaboration entre l'ensemble des acteurs professionnels et institutionnels et, *in fine*, les potentialités de maillage du territoire. Il s'agit tout à la fois d'interroger les liens entre mondes sociaux impliqués, les modes de fonctionnement et les structurations de ces différents mondes, mais aussi le rôle des différents interlocuteurs institutionnels qui contribuent, à différents niveaux, à structurer le champ du sport-santé. Comment collaborent et coexistent les acteurs ? Qu'est-ce qui renforce les liens et le travail partenarial et, au contraire, qu'est-ce qui les freine ? C'est à ces questions que nous allons désormais tenter de répondre.

A. Au niveau des professionnels : des compétences à valoriser

1. Des scissions fortes entre mondes sociaux

Comme étudié par la littérature, les politiques de santé encouragent l'émergence de collaborations entre acteurs, censées faciliter le parcours de soins et de santé du patient et rationaliser les compétences en limitant les coûts (Denise et al., 2022). En matière d'activité physique et tel que nous le présentions en introduction, les mondes du sport et de la santé sont ainsi appelés à collaborer, étant désormais admis qu'ils ont tous deux des rôles complémentaires à jouer, intervenant à divers moments et pour différents types d'accompagnement. Or, il apparaît que ces mondes sociaux rencontrent de larges difficultés à échanger, se faire confiance, et collaborer. Nous ne reviendrons que brièvement sur ce point, déjà largement documenté dans la science que ce soit au niveau des politiques territoriales (Honta, 2016; Honta et al., 2018; Illivi & Honta, 2019), des dispositifs (INSERM (dir.), 2019) ou des relations institutionnelles (Perrier, 2022b; Perrier & Perrin, 2024). Que ce soient les réseaux et dispositifs locaux, les MSS ou les programmes de prescription, l'ensemble des structurations construites depuis le début des années 2010 amènent à renforcer le travail collaboratif et la multiplication des compétences professionnelles au service de la mise en mouvement des populations vulnérables. Comme le résume le rapport de Oualhaci (2023), « ces nouveaux espaces donnent lieu à des relations complexes, faites de rencontres, d'échanges et de collaborations entre professionnels du sport et professionnels de la santé qui peuvent avoir des points de vue et des habitudes de travail divergents. [...] Ces relations transforment concrètement les frontières et les cultures professionnelles des

acteurs investis dans le champ du sport-santé, les médecins devant par exemple faire davantage confiance, sur le plan médical, aux enseignants en APA qui, eux, se sentent souvent contraints de convaincre de leur légitimité et du bien-fondé et des bienfaits du sport-santé. »

Ce rapport croise nos analyses et les freins évoqués par l'auteur ont été largement constatés sur nos terrains d'enquête, confirmant à la fois l'importance des cloisonnements et les obstacles qui maintiennent cet état de fait. En particulier, les différences de représentations, de savoirs et de cultures professionnelles demeurent importantes. En effet, des incompréhensions dans les manières réciproques de travailler et de penser l'activité physique subsistent : le langage, les formations, les calendriers ou encore les priorités divergent d'un monde à l'autre. Cette difficulté à dialoguer témoigne, plus largement, d'une hiérarchisation des professionnalités du sport-santé, les médecins se situant dans une position dominante et ayant peu confiance dans les non professionnels de santé, ce qui n'est pas uniquement le fait d'un corporatisme exacerbé comme l'a montré Bourdieu (2009), le rapport au corps et à la santé étant marqué, viscéralement, par le milieu de formation et par la profession. On comprend ces divergences à l'aide des entretiens : les professionnels de santé ont l'habitude de fonctionner en vase clos, ils se font confiance entre eux. Comme le dit un des enquêtés par exemple, représentant de médecins du sport :

« les professions de santé sont réglementées, tout est codifié, c'est dans le code de la santé publique : on sait qu'on peut se faire confiance, que chacun connaît sa place et que le patient ne sera pas en danger. [...] alors que les profs de sport tout ça... suivant d'où ils viennent déjà la formation n'a rien à voir, on sait pas trop à qui on a à faire »

A l'inverse, les représentants du mouvement sportif voient pour partie d'entre eux les professionnels de santé comme des idéologues éloignés de la vie réelle :

« Pour les médecins bien sûr il faut tout contrôler, tout cadenasser, tout vérifier être sûr que l'environnement est sain etc. Mais dans la réalité les gens ils veulent s'amuser, retrouver le côté ludique, et on le fait déjà et on n'a pas d'accident ! » (entretien avec un dirigeant de fédération sportive délégataire)

L'accent est souvent mis sur l'absence de connaissance de la population générale des médecins spécialistes en particulier, et d'une rigueur froide qui structurerait le monde médical à l'opposé du monde sportif qui serait, lui, ludique et bienveillant. On constate alors que pour une partie, les acteurs ne se connaissent pas et identifient difficilement les compétences ou des possibilités effectives des autres. En particulier, on remarque dans la citation précédente que les acteurs du sport sont réunis, du point de vue d'un professionnel de santé, sous l'appellation « prof de sport », ne distinguant pas les bénévoles, des éducateurs sportifs et des enseignants en APA. Ces derniers sont d'ailleurs encore mal connus : s'ils ont acquis une légitimité réelle dans les réseaux et établissements de santé à partir de leurs compétences spécifiques, ils restent encore peu visibles dans les dispositifs de sport-santé pour les médecins généralistes, en particulier quand ces derniers n'ont pas établi de relations directes. Dans les dispositifs sport-santé, les enseignants en APA sont appréhendés dans la nébuleuse des acteurs du sport ce qui inquiète et confond les médecins qui sont structurés sur le modèle des professions établies. Sans un titre professionnel et sans carte professionnelles spécifique les enseignants en APA peinent à faire connaître leur plus-value « professionnelle » au monde du sport. A l'inverse, et de façon symétrique, les éducateurs sportifs sont peu au fait de la structuration du monde de la santé, souvent très éloigné de leurs socialisations, en particulier de la structuration en parcours, des rôles des professions médicales et paramédicales et de la déontologie comme de l'éthique du soin.

Nous montrons alors que les scissions existent entre mondes mais également à l'intérieur des mondes, et plus encore à l'intérieur même des professions. Le monde de la santé, particulièrement hiérarchisé et spécialisé, est soumis à des espaces de domination qui génèrent des concurrences entre médecins selon leur spécialité, entre kinésithérapeutes selon leur lieu d'exercice et leurs diplômes complémentaires et plus globalement entre l'ensemble des professions reconnues qui luttent pour conserver ou remodeler leur territoire. De façon plus surprenante par rapport à la littérature existante, on constate que les enseignants en APA, soumis aux concurrences et aux hiérarchisations au sein du monde médical, mènent un travail soutenu d'alignement sur l'orthodoxie médicale (Perrin, 2019), au détriment parfois d'un intérêt pour le sport-santé. Certains enseignants APA du monde hospitalier se sont en effet montrés dans les entretiens peu au fait de ce qui existe en dehors de l'hôpital et sont même parfois surpris de découvrir que des enseignants en APA exercent dans le mouvement sportif. Certains départements STAPS APA-S valorisent l'importance de l'APA dans le milieu médical et encouragent très fortement leurs étudiants à y faire carrière, l'hôpital étant perçu comme le haut lieu de la professionnalisation. Ainsi, selon les universités, les stages dans le mouvement sportif sont parfois interdits durant le cursus, ce qui crée une tension intrinsèque *a posteriori* : les enseignants APA hospitaliers tendent à manifester un déficit de confiance envers les enseignants APA du mouvement sportif qu'ils suspectent de s'aligner sur une norme de divertissement du mouvement sportif au risque de perdre la perspective du développement de capacités. Si des variations importantes entre les universités et entre les territoires nuancent ce résultat, il est intéressant de noter que les acteurs fonctionnent globalement en vase clos dans le champ du sport-santé. C'est ce que nous avons tenté d'objectiver à partir d'éléments quantitatifs.

a) *Échanges et collaborations*

Il apparaît que les acteurs du sport-santé partagent principalement deux types de ressources sociales : l'échange, à savoir le fait de se transmettre des informations, de discuter voire de se contacter pour des questions spécifiques, et la collaboration, c'est-à-dire le fait de travailler ensemble à des projets communs. A partir des questionnaires sociométriques réalisés, on peut objectiver l'ensemble des relations d'échange et de collaboration sur les territoires d'enquête, c'est-à-dire déterminer qui échange et qui collabore avec qui, en dressant des typologies d'acteurs à partir de leur profession, de leur secteur, etc. On remarque notamment que le milieu d'origine (sport ou santé) du dirigeant des structures de sport-santé est déterminant pour comprendre tant les relations d'échanges que celles de collaborations que va déployer la structure dans son ensemble sur un territoire donné. De façon extrêmement significative ($p < 0,005$), on peut dire que :

- Les acteurs échangent cinq fois plus avec des acteurs du même milieu qu'eux
- Les acteurs collaborent dix fois plus avec des acteurs du même milieu qu'eux

Cela est une synthèse des résultats obtenus à l'aune des questionnaires individuels administrés sur l'ensemble des territoires, aucun n'échappant à ces statistiques. C'est ce qui permet d'objectiver que les mondes sociaux impliqués ont véritablement des difficultés à travailler ensemble, déjà en termes d'échanges d'informations, mais plus encore en termes de collaborations

effectives. Par exemple, sur la question de l'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie chronique et du professionnel encadrant, 92% des individus ayant une formation de santé pensent que le médecin traitant doit choisir le type de professionnel vers qui il oriente le patient, contre seulement 22% des acteurs issus du milieu sportif. De même, 91% des acteurs du sport rencontrés pensent que le premier lieu où doit se dérouler l'activité physique prescrite est un club sportif délégataire ou affinitaire, tandis que 88% des professionnels de santé pensent que ce doit être au sein d'un hôpital ou d'un réseau de santé que le patient doit être envoyé. Chacun pense donc que son milieu d'origine est le plus approprié pour accueillir les patients. Les différences de représentations de ce que devrait être le fonctionnement généralisé du sport-santé dépendent du monde d'appartenance. C'est ce qui explique les difficultés à construire des espaces de collaboration donnant une place à chacun, les acteurs préférant travailler avec des collègues dans des espaces qu'ils maîtrisent, à l'aide de référentiels communs.

Cela étant, on remarque que ces chiffres sont encore plus importants quand il n'y a aucun dispositif structurant sur le territoire. Dans ces cas-là :

- les acteurs échangent dix fois plus avec des acteurs du même milieu qu'eux.
- les acteurs collaborent vingt-cinq fois plus avec des acteurs du même milieu qu'eux.

Cela est particulièrement saisissant et prouve l'importance d'avoir des dispositifs locaux fonctionnels, y compris s'ils sont redondants. En effet, tout l'enjeu des collaborations et de ces rencontres intermondes sont d'améliorer l'accompagnement du bénéficiaire et de lui permettre de transiter d'un monde à l'autre en fonction de ses besoins, de ses capacités et des compétences nécessaires au renforcement de ses pouvoirs d'agir pour développer une pratique pérenne et auto-déterminée. Même s'il est difficile de monter en généralité tant les données récoltées sont spécifiques à des dispositifs et des territoires, nos résultats montrent partout où nous avons enquêté qu'il y a une corrélation directe entre l'engagement du patient dans une pratique d'activité physique ou de sport-santé et les collaborations existantes entre l'ensemble des acteurs professionnels. Pour le dire autrement, plus les professionnels des différents mondes collaborent sur un territoire, et plus le malade chronique va avoir des chances de pratiquer effectivement. Il est donc crucial pour que les individus accèdent à une activité physique que des dispositifs existent, fonctionnent, et que les collaborations entre mondes se développent. C'est en l'état encore peu le cas sur l'ensemble du territoire, comme nous le représentons graphiquement ci-après.

b) Une représentation des relations de collaboration

Les questionnaires sociométriques réalisés permettent de modéliser graphiquement les façons de collaborer entre les acteurs d'un même territoire. Dans la figure présentée ci-dessous, chaque flèche représente la relation déclarée entre deux acteurs. La flèche qui va d'un point A à un point B dit par exemple que A déclare avoir collaboré avec B. Cette déclaration peut être réciproque, auquel cas la flèche va dans les deux sens, ou ne pas l'être étant donné que les acteurs n'ont pas entre eux la même perception d'une relation. Ainsi, les individus représentés par des cercles, sont à la marge quand ils ont peu de collaborations et très au centre quand ils en ont beaucoup. Chaque cercle est automatiquement situé à proximité des cercles avec lesquels il est le plus dans un échange déclaré de collaborations.

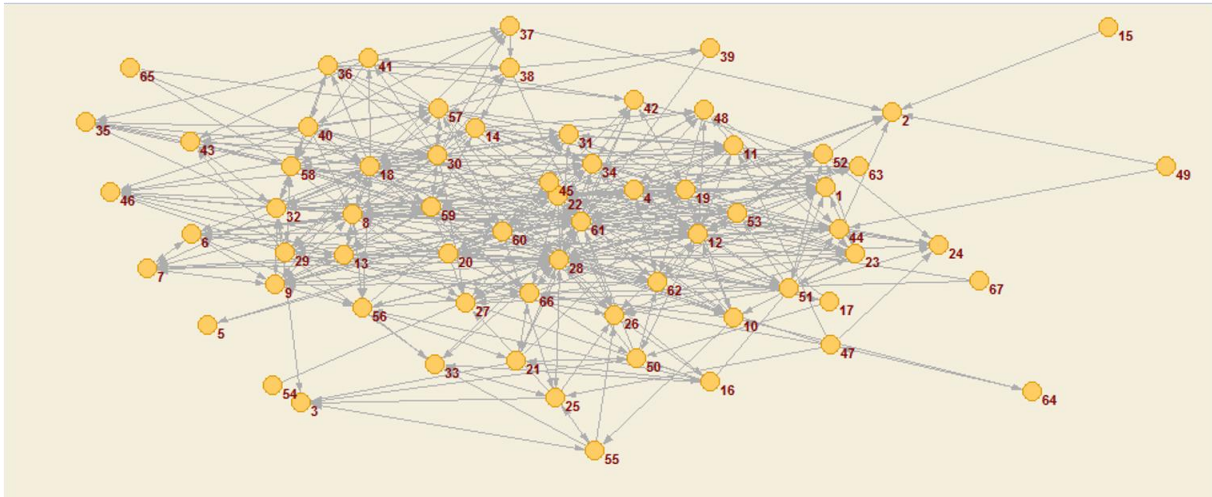


Figure 1 : représentation graphique des relations de collaboration à l'échelle d'un territoire urbain

Le territoire représenté est celui d'une agglomération urbaine française de 150000 habitants, chaque cercle correspondant à un acteur impliqué dans le sport-santé localement. Il s'agit d'un territoire particulièrement représentatif de ce qu'on nous avons modélisé dans les autres territoires, mais dans une version plus aboutie où une large diversité d'acteurs et de structurations sont présents. Ce territoire a un dispositif local de prescription porté par la commune, plusieurs MSS et une ambition politique forte sur le sujet. La lecture du graphe nous permet de comprendre les collaborations et de percevoir les acteurs centraux, c'est-à-dire ceux qui sont au centre des collaborations et qui favorisent le lien entre les différents mondes impliqués. On peut découper la représentation telle que suit :

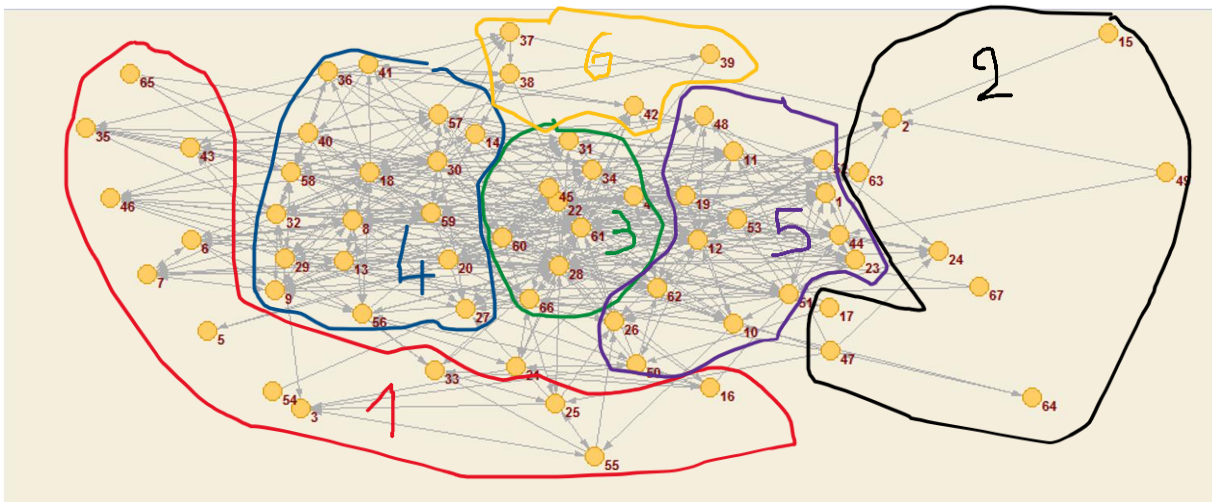


Figure 2 : Découpage par groupe d'acteurs du réseau de collaboration

- Le groupe 1 correspond aux clubs proposant des activités de sport-santé et relativement peu inscrits dans le dispositif local : c'est un espace morcelé, les acteurs ne collaborant pas les uns avec les autres.
- Le groupe 2 correspond aux médecins prescripteurs qui eux aussi sont isolés, à l'opposé des clubs sportifs, et ne travaillent absolument pas ensemble. On remarque déjà qu'il n'existe aucun lien direct de collaboration déclaré entre ces deux groupes.

- Le groupe 4 correspond pour la partie centrale au service des sports de la collectivité (office des sports, ETAPS⁶, éducateurs sportifs, enseignants en APA) ; pour la partie la plus à gauche, aux clubs étant particulièrement intégrés dans le dispositif local de prescription ; pour la partie la plus à droite aux enseignants en APA-S des MSS locales. Les clubs de ce groupe sont plus en lien entre eux mais aussi avec les autres clubs du groupe 1 et sont surtout très connectés aux acteurs du sport de la collectivité, ce qui montre la pertinence d'une inscription dans le dispositif local du point de vue des collaborations. La partie droite de ce groupe est centrale dans le réseau global et dispose d'une densité de collaborations forte.
- Le groupe 5 correspond aux autres professionnels de santé ainsi qu'aux acteurs de la direction de la santé publique de la collectivité et aux acteurs sociaux, notamment le CCAS. De la même façon que pour le groupe 4, on trouve sur la partie centrale gauche des acteurs ayant un nombre important de collaborations déclarées et centraux dans le réseau. Il s'agit en particulier d'infirmières du dispositif Asalée, sur lesquels nous reviendront ensuite, et de professionnels de santé travaillant dans des MSP où l'activité physique est un projet ancré.
- Le groupe 6 correspond aux acteurs institutionnels de l'ARS et de la DRAJES, globalement à l'écart dans un dispositif très localisé, mais également peu en lien entre eux.
- Enfin, le groupe 3 correspond au centre du réseau, c'est-à-dire aux acteurs intermédiaires qui font le lien entre les différents mondes et qui permettent de mettre en relation l'ensemble des autres acteurs. On y trouve les enseignants en APA coordinateurs, titulaires d'un master APA-S, qui pilotent le dispositif de la collectivité et les MSS locales.

Si l'organisation locale est spécifique, la structuration et les relations entre acteurs tout comme la constitution des groupes est particulièrement représentative de ce qui existe en matière de collaborations dans nos terrains d'enquête et de façon globale à l'échelle du territoire. Si tous les acteurs ne sont pas présents partout sur les autres territoires, on retrouve systématiquement une opposition et une absence de lien directs entre clubs sportifs et médecins prescripteurs, mais également un rôle central de certains entrepreneurs frontières sur lesquels nous allons à présent revenir.

2. Rôle primordial des « entrepreneurs frontières »

a) *Enseignants en APA, enseignants en APA coordinateurs et infirmières Asalée*

Les représentations graphiques précédentes tout comme les résultats statistiques permettent de mettre à jour le rôle central de trois types de professionnels que nous qualifions d'« entrepreneurs frontières ». Les entrepreneurs-frontières désignent des acteurs qui évoluent à

⁶ Dans ce cas précis, l'intégration précoce d'enseignants en APA s'est d'ailleurs traduite par un développement des pratiques, des compétences et des collaborations entre l'ensemble des ETAPS

l'interface de plusieurs champs professionnels, disciplines ou secteurs d'activité. Leur rôle consiste à créer des ponts entre ces espaces distincts, favorisant ainsi la circulation des connaissances, la coopération et l'innovation. En mobilisant des compétences issues de différents domaines, ils contribuent à structurer des pratiques hybrides et à dépasser les cloisonnements institutionnels (Bergeron et al., 2013). Dans nos réseaux de collaborations, ce rôle est joué par des enseignants en APA dans la prise en charge et le suivi des patients, des enseignants en APA coordinateurs dans le pilotage des dispositifs, et des infirmières du dispositif Asalée dans l'accompagnement des patients. Chacun à leur niveau, ces professionnels permettent de faire le lien entre les différents mondes, de faciliter les collaborations et finalement de faciliter le fonctionnement des dispositifs. Nous avons alors cherché à mesurer l'impact concret de ces professionnels, en mesurant l'ensemble des liens de collaborations dans les réseaux étudiés et en analysant spécifiquement ce que leur présence génère. On observe sur nos terrains d'enquête, de façon statistiquement significative ($p < 0,05$), que :

- Le nombre de collaborations est multiplié par deux quand il y a au moins une infirmière Asalée dans le dispositif local
- Le nombre de collaborations est multiplié par trois quand il y a au moins un enseignant en APA dans le dispositif local
- Le nombre de collaborations est multiplié par cinq quand il y a au moins un enseignant en APA coordinateur dans le dispositif local
- Le nombre de collaborations est multiplié par huit quand il y a conjointement un enseignant en APA et une infirmière Asalée dans le dispositif local
- Le nombre de collaborations est multiplié par dix quand il y a conjointement une infirmière Asalée⁷ et un enseignant en APA coordinateur dans le dispositif local

Ainsi, la présence de certains professionnels a un impact direct sur les collaborations possibles dans les dispositifs locaux. Selon les territoires et les spécificités locales, ce sont parfois d'autres professionnels qui jouent ce rôle d'entrepreneur frontière, mais seuls ces trois types de professionnels ont systématiquement un impact, en tout cas pour l'ensemble des dispositifs que nous avons étudiés.

b) Importance des entrepreneurs frontières dans le maillage des réseaux

On peut alors simplifier les modélisations en se fondant sur la notion d'équivalence structurale. Dans ce cas, les acteurs sont regroupés en positions parce qu'ils ont le même « profil relationnel », à savoir que ce sont avec les mêmes personnes qu'ils collaborent et avec les mêmes autres personnes qu'ils ne collaborent pas. Les méthodes dites de « *blockmodeling* » ont ainsi pour

⁷ Les infirmières Asalée exercent dans le cadre du dispositif ASALEE (Action de Santé Libérale En Équipe), un programme créé en 2004 pour répondre aux enjeux de la prise en charge des maladies chroniques en soins primaires. Il s'agit d'infirmières spécialement formées qui travaillent en étroite collaboration avec des médecins généralistes pour assurer un suivi personnalisé des patients atteints de pathologies chroniques ou présentant des facteurs de risque nécessitant une prise en charge préventive. Les infirmières Asalée ont un rôle d'accompagnement, d'éducation thérapeutique et de prévention auprès des patients. Elles exercent dans le cadre de délégations de tâches validées par le médecin généraliste, dans un souci de coordination optimale des soins.

ambition de regrouper les acteurs « structurellement équivalents » en groupes, de manière à réduire un réseau difficilement lisible à l'œil nu, en un réseau simplifié facilitant son interprétation (Lorrain & White, 1971)⁸. On remarque que cette classification entre acteurs permet, sur l'ensemble de nos terrains d'enquête et de façon statistique par *blockmodeling*, de distinguer trois groupes : les professionnels du sport et les clubs sportifs, les professionnels de santé, et les entrepreneurs frontières que nous avons précédemment identifiés.

Dans la figure ci-après, les informations se lisent de la façon suivante : chaque cercle correspond à un groupe d'acteurs structurellement équivalent, la taille du cercle indiquant la taille du groupe. Plus le cercle est gros, plus il correspond à un grand nombre d'acteurs. Les flèches montrent le sens des collaborations et l'épaisseur des flèches symbolise l'ampleur des collaborations déclarées : plus la flèche est épaisse, plus les groupes collaborent entre eux. Enfin, les flèches qui reviennent par arc de cercle sur le groupe correspondent au degré cohésif des groupes, c'est-à-dire à la densité des collaborations à l'intérieur du groupe.

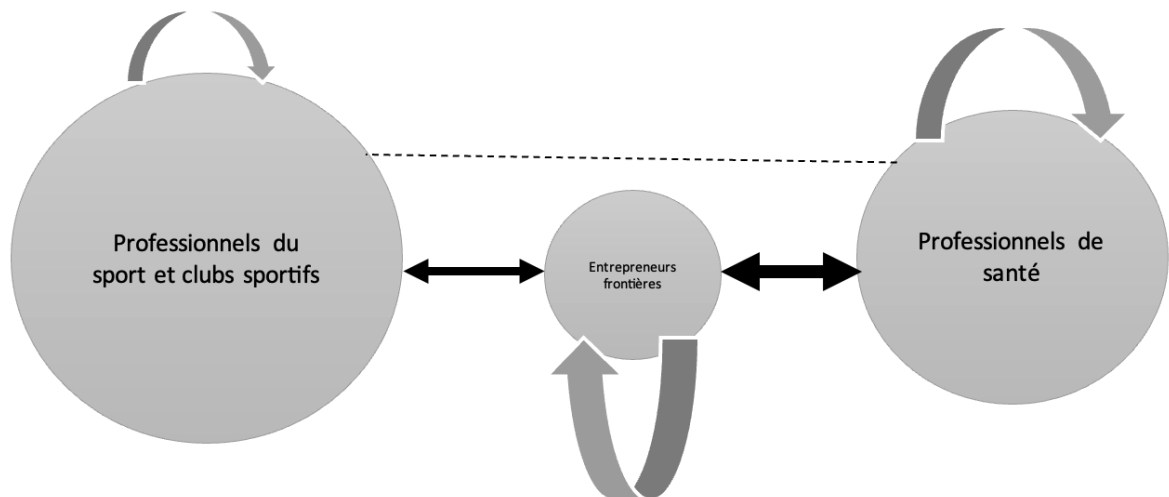


Figure 3 : *blockmodeling* des réseaux de collaboration

On remarque que les professionnels de santé sont bien plus cohésifs que les professionnels du sport, qui collaborent relativement peu entre eux. Surtout, on voit très clairement graphiquement que ces deux groupes n'ont aucun lien direct entre eux et que l'ensemble des collaborations passent par les entrepreneurs frontières. Ces derniers sont particulièrement cohésifs, ils travaillent énormément ensemble et déclarent quasi systématiquement collaborer entre eux

⁸ D'un point de vue méthodologique, nous utilisons l'algorithme de *generalized blockmodeling* proposé par Doreian, Batagelj et Ferligoj (2004). Nous avons appliqué cette procédure au réseau de collaborations récolté à l'aide des questionnaires sociométriques. Nous sommes d'abord partis d'une procédure de classification ascendante hiérarchique (à partir du calcul d'une matrice de dissimilarité avec une mesure de distance euclidienne) nous permettant de définir à chaque fois le nombre de groupes de manière rigoureuse. Nous avons ensuite appliqué l'algorithme de *generalized blockmodeling* avec le logiciel Pajek, de manière à obtenir des blocks optimisés.

quand ils sont présents ensemble dans les réseaux. Surtout, ils collaborent avec les deux autres groupes, et de façon encore plus intense avec les professionnels de la santé. Cela s'explique par le positionnement historique dans le champ de la santé des enseignants en APA et de leur formation universitaire qui les amène à faire des stages longs dans le milieu médical et à développer des savoirs interdisciplinaires sur la santé et la maladie. Les infirmières Asalée, qui sont quant à elles des professionnels de santé, collaborent essentiellement avec les autres professionnels de santé mais sont amenées à collaborer avec des professionnels du sport quand les dispositifs sont réduits et que les compétences en APA sont manquantes. En revanche elles jouent un rôle de déclencheur et d'accompagnement de la prescription médicale, qui arrive à la suite de leur intervention en éducation thérapeutique. Cette dernière permet aux patients de recevoir une prescription médicale d'activité physique adaptée alors qu'ils ont déjà élaboré un projet personnel d'éducation en APA en adéquation avec leur projet individuel de santé. On remarque alors que les médecins qui bénéficient du soutien d'infirmières Asalée prescrivent plus et de façon beaucoup plus régulière que ceux qui n'en bénéficient pas. Par ailleurs la présence d'infirmières Asalée soutient l'adhésion des publics éloignés des pratiques, souvent vulnérables. Un médecin engagé au sein d'une MSP témoigne :

« Moi j'ai choisi de travailler dans cette ville pour la mixité sociale. Dans ma patientèle, j'ai des familles qui bénéficient de ressources pour se soigner et faire des choix de vie, mais j'ai aussi des patients qui bénéficient de la Complémentaire Santé Solidaire, d'autres qui sont très isolés parfois dépressifs... Il est clair que sans la préparation et l'accompagnement de l'infirmière Asalée qui connaît bien le dispositif de la ville, il y a des patients qui n'auraient jamais pu s'y rendre et, si toutefois ils l'avaient fait, ils n'y seraient pas restés. Il n'est d'ailleurs pas certain que, sans leur collaboration et avec le temps de consultation dont je dispose, j'aurais fait cette prescription... »

Les entrepreneurs frontières démultiplient les collaborations, soutiennent les activités des mondes sociaux au service du fonctionnement du réseau sport santé et de l'accompagnement des bénéficiaires. Ils permettent aux dispositifs dans lesquels ils s'insèrent d'être plus cohésifs, avec des mondes sociaux plus rapprochés et donc plus à-même de prendre en charge les patients de façon transversale sur le temps long. Leur travail respectif évolue en fonction de la taille et de la structuration du réseau. Lorsqu'un territoire rural manque d'enseignants en APA, l'infirmière Asalée mobilise des professionnels de la rééducation (masseurs kinésithérapeutes, ergothérapeutes, voire psychomotriciens) et prend l'initiative dans certains réseaux observés d'orienter les patients vers des offres de sport-santé en club. Elles développent alors davantage la communication avec le groupe des professionnels du sport et les clubs et parviennent parfois à des collaborations. Dans une situation où le réseau est équilibré, elles collaborent surtout avec l'enseignant en APA coordinateur et avec le médecin généraliste, en produisant un accompagnement décisif pour les patients les moins dotés de ressources et/ou les plus vulnérables, tandis que les enseignants en APA collaborent avec l'ensemble des autres groupes.

C'est ainsi sur ces professionnels qu'il faut s'appuyer pour développer le maillage des réseaux sport-santé, c'est-à-dire la manière dont les territoires, les réseaux et les dispositifs sont structurés et organisés afin d'assurer une couverture efficace et cohérente.

3. Le rôle d'enseignant en APA coordinateur : un rôle central à déployer dans les dispositifs

Parmi ces entrepreneurs frontières, on constate que l'enseignant en APA coordinateur, titulaire d'un master APA-S, a un rôle particulièrement central qui devrait être mis au cœur de l'ensemble des dispositifs. En effet, on peut objectiver de la même façon, à partir des équivalences structurales repérées à l'aide des données sociométriques, leur rôle dans le fonctionnement des dispositifs de sport-santé existants.

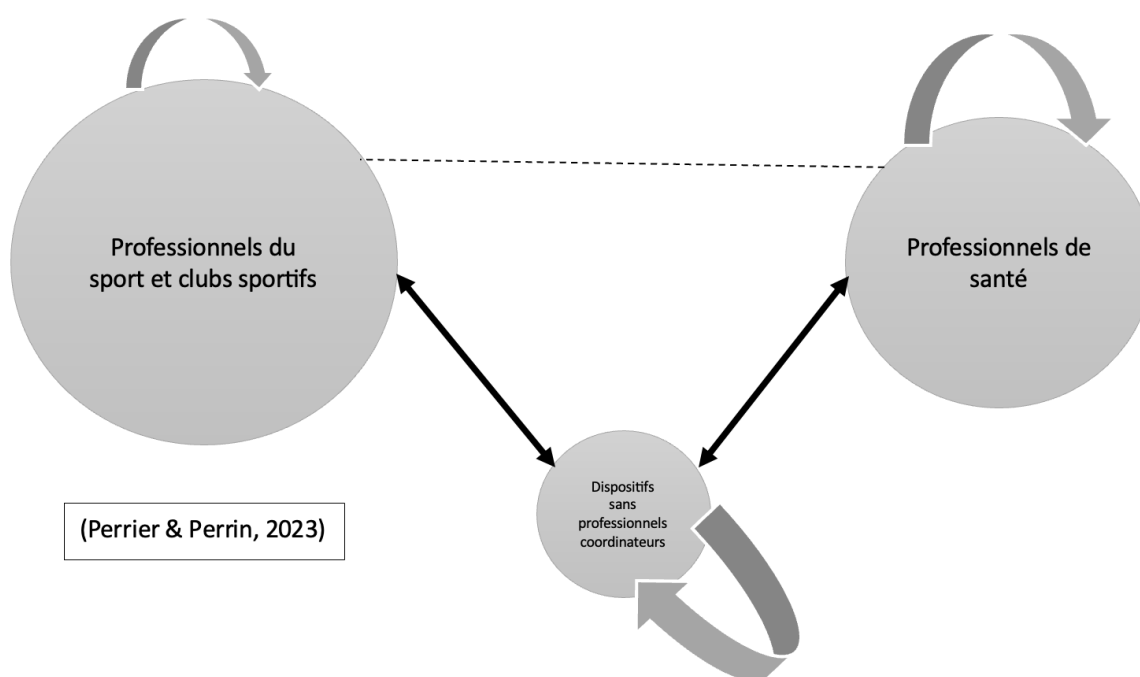


Figure 4 : blockmodeling des réseaux de collaboration pour les dispositifs sans professionnels coordinateurs

Sur cette première figure, on constate que les collaborations entre mondes sont relativement faibles quand le dispositif fonctionne sans coordinateur. Le dispositif en tant que tel est cohésif mais les collaborations avec les deux autres groupes restent faibles et le dispositif va donc avoir des difficultés à jouer le rôle de pivot. Notre enquête montre qu'un certain nombre de dispositifs existants, MSS ou réseaux locaux de prescription, fonctionnent en effet sans coordination spécifique. Le dispositif est dirigé, mais l'essentiel de l'activité repose sur la mise en place de séances d'activités physiques, n'assurant dès lors pas le lien avec les autres acteurs du territoire, les collaborations étant surtout avec des acteurs du même monde que le porteur du dispositif, autour de liens relativement peu denses et peu structurés. Ils ne sont pas en mesure de s'inscrire dans une logique de parcours qui porte en elle le développement d'une littératie et de pouvoirs d'agir sur sa vie physique. Ces dispositifs ne contribuent donc que très peu à mailler le territoire et, surtout, ils ne permettent pas la rencontre entre mondes.

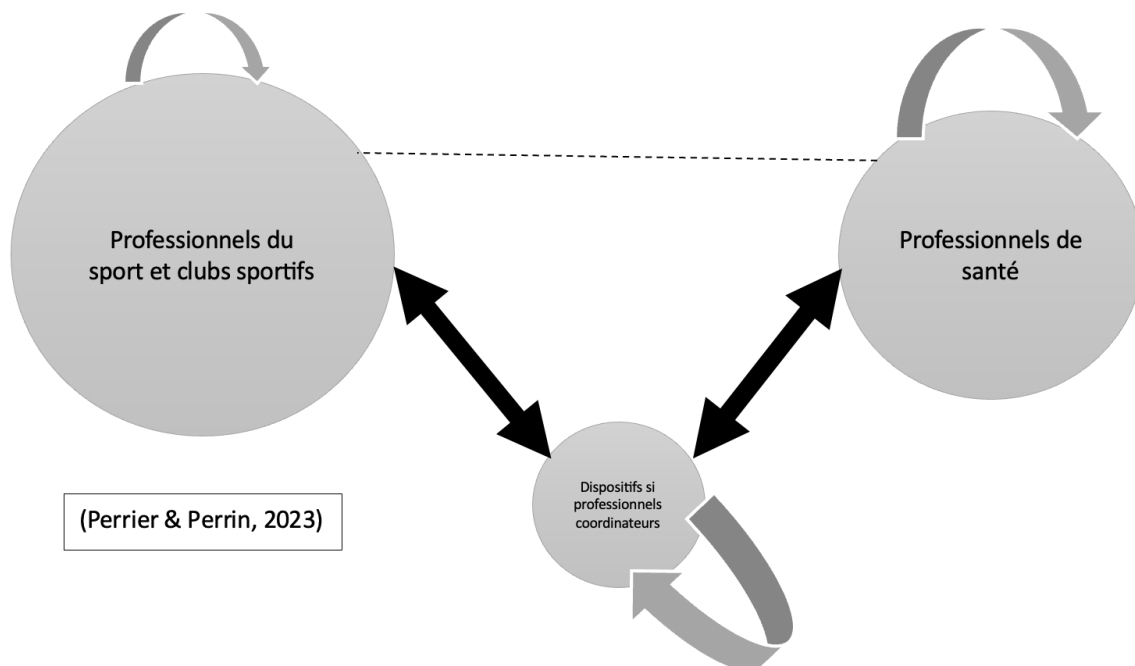


Figure 5 : blockmodeling des réseaux de collaboration pour les dispositifs avec professionnels coordinateurs

A l'inverse, dès lors qu'un coordinateur est présent dans le dispositif, avec des missions de gestion de projet, de pilotage et d'animation du réseau, on constate que les collaborations avec les professionnels des deux mondes se renforcent considérablement. Surtout, et ce que ne permet pas de montrer la figure 5, c'est que la présence d'un coordinateur va également avoir un rôle dans le temps : plus le coordinateur assure un rôle de coordination du réseau et plus le lien direct entre les professionnels du sport et les professionnels de santé va progressivement augmenter. En effet, le renforcement des collaborations qui passent par le coordinateur amène à l'augmentation des collaborations en dehors du dispositif et, plus encore, au renforcement du degré cohésif de chaque groupe. Si la figure 5 était une vidéo, il faudrait imaginer que plus on avance dans le temps et plus les pointillés deviennent une flèche directe qui grossit, et plus les flèches en demi-cercle qui reviennent sur les deux groupes s'épaissiraient.

C'est pourquoi le rôle de coordinateur est absolument central dans les dispositifs de sport-santé : c'est ce qui permet de mailler le territoire mais aussi de transformer les pratiques pour que, progressivement, le rôle du dispositif soit moins important, que les acteurs des différents groupes sociaux prennent des habitudes de travail communes et améliorent leur niveau de collaboration. On remarque ce résultat systématiquement quand des missions sont allouées à la coordination dans un dispositif, à partir du moment où cette mission correspond à un temps spécifiquement dédié et indépendamment du diplôme du coordinateur. Pour autant, on remarque que les collaborations se développent de façon plus intense et deviennent plus nombreuses lorsque le rôle est joué par un enseignant en APA coordinateur. A partir de ses compétences en gestion de projet, sa maîtrise du cadre politique, sanitaire et sportif et sa capacité à être à l'interface des deux mondes en ayant une légitimité à la fois dans le monde du sport et dans celui de la santé, ce professionnel dispose en effet de toutes les compétences pour être au cœur du maillage des réseaux sport-santé. C'est ce que l'on repère de façon qualitative à l'aide des entretiens, leur positionnement étant reconnu par les

acteurs avec lesquels ils collaborent, mais plus encore avec les données sociométriques quantitatives qui montrent le rôle crucial de ces professionnels.

Ce rôle de coordination est essentiel à l'échelle du dispositif mais l'est également à l'échelle du territoire, pour faire le lien entre les dispositifs et avec les partenaires institutionnels. Parfois joué par une MSS ou par une autre structure, ce rôle de coordination territoriale est régulièrement absent alors même qu'il permettrait de mailler le réseau sport-santé à l'échelon départemental et régional. Là encore, on constate que lorsqu'une structure ou qu'un acteur assure la coordination à l'échelle d'un territoire, les collaborations se multiplient et les ressources sont plus facilement mises en commun. Il semble donc particulièrement important de veiller à la généralisation du poste de coordinateur territorial.

On constate alors de façon systématique que l'implication des collectivités locales favorise très largement les collaborations et le lien entre les acteurs. Comme l'expliquait déjà un précédent rapport au sujet d'un dispositif porté par la ville de Villeurbanne, « *le volontarisme et les programmes mis en place par la collectivité ainsi que l'envie de cette dernière de fédérer les acteurs et de s'inscrire dans une démarche de santé publique forte sont un véritable atout pour le projet, l'action sanitaire locale étant largement facilitée par le contexte socio-politique en place. Les programmes existants, les consultations citoyennes créées et la tradition de mobilisation des acteurs permettent au projet de s'inscrire dans le cadre de l'action publique villeurbannaise et de bénéficier du soutien et de l'expérience des services de la ville* » (Perrin et al., 2020). Dans notre enquête, il apparaît à partir des données sociométriques que plus la collectivité est impliquée et plus les relations d'échange et de collaboration intermondes sont importantes ($p < 0,05$). De même, à partir de tests statistiques QAP qui permettent d'analyser les probabilités de lien ou d'absences de lien, on repère que les médecins ont beaucoup plus de chances d'être impliqués dans le dispositif quand la collectivité l'est également. A l'inverse, la probabilité qu'ils s'engagent diminue significativement quand la collectivité n'est pas présente et s'ils ne sont pas eux-mêmes associés à la direction du projet.

Pourtant, peu de collectivités sont encore porteuses ou associées réellement à des dispositifs et on constate que les MSS se reposent peu sur elles. Cela devrait largement être renforcé dans le futur car lorsque ces deux entités travaillent ensemble sur un dispositif partagé, l'ensemble des collaborations se décuplent pour tous les professionnels du réseau. Nous nous inscrivons à ce titre pleinement dans les recommandations déjà émises par d'autres rapports :

- Recommandation 4 du rapport Querton (2023): « *structurer les réseaux d'acteurs territoriaux de l'APA (médecins, maisons sport santé, effecteurs) dans le cadre de contrats locaux de santé cofinancés par les ARS et les collectivités.* »
- Préconisation 5 du rapport de la Fédération Hospitalière de France (2024) : « *Systématiser l'intégration de l'activité physique adaptée dans les contrats locaux de santé conclus entre les ARS et les collectivités territoriales.* »

Les contrats locaux de santé sont des outils portés conjointement par les ARS et les collectivités territoriales afin de réduire les inégalités d'accès aux soins sur un territoire et de mettre en cohérence les initiatives portées par les deux entités. Ces CLS portent sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social. Ils définissent une stratégie et des objectifs communs entre l'ensemble des acteurs du territoire considéré, ainsi que les moyens pour les atteindre. Ils semblent donc être l'outil adapté pour décliner localement, selon les besoins, des projets sport-santé et accompagner les collectivités territoriales et acteurs locaux à

proposer une offre de proximité en la matière. Sur l'initiative des ARS, il convient donc de systématiser l'intégration d'objectifs et d'actions en faveur du déploiement et de l'accès à l'activité physique adaptée lors de la conclusion des CLS.

4. Une nécessaire clarification des compétences et des rôles

Alors que les coopérations s'accroissent et se diversifient, les tâches liées au travail d'articulation se heurtent à un cadre flottant des compétences des différents acteurs, ce qui touche à la fois aux représentations et aux rôles professionnels en matière de sport-santé, à la division du travail ainsi qu'aux hiérarchies et statuts professionnels. Si les relations entre groupes professionnels se sont initialement jouées sur les terrains de l'intervention auprès des bénéficiaires, elles se sont précisées dans le cadre des travaux collectifs d'envergure nationale autour de l'activité physique (Perrin, 2008, 2016) : PNNS 3, 3ème Plan Cancer, groupes de travail de la HAS, refonte du catalogue des actes de rééducation et de réadaptation (Cdarr/Csarr), Groupe de Travail de la DGS préparatoire à l'écriture du décret n° 2016-1990, pour ne citer que quelques exemples.

Le décret n° 2016-1990 « 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 », précise notamment la liste des « limitations classées comme sévères pour les patients porteurs d'affections de longue durée au regard des altérations fonctionnelles, sensorielles, cérébrales et du niveau de douleur ressentie » et indique que pour ces limitations, seuls les professionnels de santé mentionnés aux articles L. 4321-1, L. 4331-1 et L. 4332-1 sont aptes à intervenir : masseurs-kinésithérapeutes, psychomotriciens et ergothérapeutes. Dès qu'une évolution de la limitation est constatée par le médecin traitant, les enseignants en APA (titulaires d'un diplôme dans le domaine de l'activité physique adaptée délivré selon les règles fixées à l'article L. 613-1 du code de l'éducation) peuvent alors intervenir. Cette mesure a particulièrement fait réagir ces derniers dont l'intervention vise historiquement les personnes les plus vulnérables, voire en situation de handicap, dans une relation de complémentarité avec les masseurs kinésithérapeutes et les paramédicaux. Le décret stipule également que les professionnels disposant des prérogatives pour dispenser une activité physique aux patients atteints d'une affection de longue durée sont :

- « Les personnes qualifiées titulaires d'une certification, délivrée par une fédération sportive agréée, répondant aux compétences précisées dans l'annexe 11-7-1 et garantissant la capacité de l'intervenant à assurer la sécurité des patients dans la pratique de l'activité » ;
- « Les titulaires d'un diplôme figurant sur la liste mentionnée à l'article R. 212-2 du code du sport ou enregistrés au répertoire national des certifications professionnelles, ainsi que les fonctionnaires et les militaires mentionnés à l'article L. 212-3 du code du sport », plus communément appelés « éducateurs sportifs ».

Si les conflits de juridiction entre professionnels étaient préalablement centrés sur trois groupes principaux : les masseurs kinésithérapeutes, les enseignants en APA et les éducateurs sportifs (Perrin, 2016, 2022), de nouveaux groupes se sont positionnés comme les ergothérapeutes et plus tardivement les psychomotriciens, et surtout les bénévoles titulaires de diplômes fédéraux. En d'autres termes, le décret qui est à ce jour le seul texte législatif sur les compétences professionnelles nécessaire à la prise en charge de l'activité physique à visée de santé, ne propose qu'une distinction entre les patients qui ont une limitation fonctionnelle sévère et les autres. La

distinction sur l'intervention professionnelle se fait donc essentiellement entre les professionnels de santé et l'ensemble des autres intervenants, étant entendu que le médecin peut également prescrire vers un enseignant en APA-S s'il juge que l'amélioration de la santé le permet. Surtout, ce cadre légal ne concerne que la prise en charge de patients ayant une prescription médicale, ce qui ne dit donc rien de la structuration à opérer pour les patients n'arrivant pas sur ordonnance dans les dispositifs.

Ce faible niveau de précision pose problème dans la mise en place du sport-santé car il ne donne pas de prérogatives claires aux intervenants, qui à la fois se chevauchent et se délèguent les tâches sans que le rôle de chacun ne soit uniformément reconnu. D'un territoire à l'autre, d'un dispositif à l'autre, ce sont ainsi des compétences bien différentes qui sont mobilisés pour des patients ayant pourtant les mêmes besoins. A ce titre, un certain nombre d'acteurs et de discours se saisissent du flou législatif sur les compétences nécessaires à l'encadrement, en argumentant que la seule importance est que les individus bougent et qu'il y ait quelqu'un pour les faire bouger (Perrin, 2019, 2022). Cela nous semble particulièrement problématique au regard des résultats de notre enquête. En effet et tel que nous l'avons décrit, les collaborations entre professionnels et l'émergence de dispositifs spécifiques ont pour vocation d'améliorer la prise en charge du bénéficiaire en fonction de ses besoins, de ses possibilités et de son état de santé. Or, les compétences professionnelles distinctes sont les garantes de cet accompagnement sur le temps long, le patient (re)trouvant progressivement de l'autonomie à partir du travail des professionnels de santé et des enseignants en APA-S qui l'amènent à renforcer ses pouvoirs de ressentir, de décider et d'agir pour retrouver une liberté de mouvement et progressivement devenir un pratiquant, potentiellement accompagné par un éducateur sportif puis, quand son autonomie est avancée, potentiellement par un bénévole. Il s'agit de penser l'intervention en AP à visée de santé dans le cadre d'un parcours qui s'adapte et évolue avec la (re)construction des capacités, de l'autodétermination et des ressources de la personne vivant avec une maladie chronique.

Il ne s'agit donc pas uniquement de faire bouger mais de développer des capacités par une intervention d'enseignement en APA et de créer les conditions pour que le patient gagne en autonomie et pérennise progressivement un rapport positif et régulier à l'activité physique, ce qui ne s'opère qu'à l'aide de compétences spécifiques pour pouvoir agir sur le temps long. A ce titre, le fait de ne pas mettre les bonnes compétences professionnelles au bon moment du parcours peut avoir des effets délétères, en n'accompagnant pas l'individu tel qu'il devrait l'être et en renforçant négativement le rapport à la mise en mouvement de lui-même. Comme le résume un coordinateur de dispositif :

« Dans notre réseau on a dû mettre un peu les choses au clair pour que chacun sache ce qu'il a à faire. Le problème c'est que quand on brasse toutes les professions et qu'on fait comme si tout le monde pouvait tout faire, déjà les professionnels se rendent compte que ce n'est pas le cas et qu'ils ne sont pas légitimes sur tout, mais surtout, on démotive ceux qui ont des compétences spécifiques et qui ont l'impression de ne pas être reconnus. Ça sert à quoi de faire une licence si quelqu'un peut faire la même chose avec une formation fédérale de 40 heures, et ça sert à quoi d'avoir un master si quelqu'un qui a une licence fait la même chose ? On a des compétences très distinctes, qui sont toutes ultra importantes mais qui doivent arriver à des moments différents »

Cette question de la reconnaissance et de la motivation a été largement soulevée dans les entretiens. On remarque alors qu'une plus forte structuration des interventions professionnelles correspond à un meilleur engagement et à une implication plus poussée dans le dispositif, chacun

ayant l'impression d'être à sa place et de réaliser la mission pour laquelle il a été formé, en étant à l'aise avec le public qui lui fait face. Il ne s'agit alors pas de hiérarchiser mais de penser la continuité et les transitions, en maintenant l'objectif d'un engagement pérenne de l'individu. Il ne peut donc uniquement s'agir de faire bouger, mais bien d'accompagner la construction d'un projet individuel qui rendra possible l'activité physique sur le temps long.

5. Recommandations

Recommandation 1 : Construire un poste de coordinateur territorial en APA par département, rattaché aux structures déconcentrées de l'État, qui permettra de faire le lien entre l'ensemble des parties prenantes et de créer les conditions de collaboration des acteurs du territoire

Recommandation 2 : Multiplier le recrutement d'enseignants en APA et la mobilisation d'infirmières Asalée dans les dispositifs locaux de sport-santé

Recommandation 3 : Construire un référentiel clair des interventions professionnelles en fonction des besoins du public

Recommandation 4 : Financer des missions de coordination pour l'ensemble des dispositifs reconnus, notamment les MSS, afin de faciliter les collaborations à l'échelle du bassin de vie et l'embauche d'enseignants en APA coordinateurs. Plus encore, inscrire ces missions dans le cahier des charges obligatoire des structures.

Recommandation 5 : Doter l'enseignant en APA d'une carte professionnelle spécifique ou d'un titre pour permettre de renforcer et de rendre visible le niveau de qualification et la structuration professionnelle du réseau. Cela dans l'objectif de faciliter les collaborations professionnelles avec les professions de santé.

Recommandation 6 : Inscrire systématiquement le sport-santé dans les CLS et favoriser l'engagement de l'ensemble des collectivités territoriales.

B. Au niveau des dispositifs et des institutions : des partenariats à construire, un modèle à pérenniser

Cette seconde sous-partie interroge le fonctionnement des dispositifs, qui représentent une diversité de modalités d'intervention et de pratiques. Il s'agit de comprendre comment fonctionnent ces dispositifs, autour de quels publics et selon quelles difficultés et leviers.

1. Des dispositifs centrés sur la taille de la file-active, dans un contexte économique tendu

On constate en premier lieu qu'une des priorités des dispositifs existants est la taille de leur file active, qui désigne l'ensemble des personnes suivies sur une période définie. En effet, afin de rendre compte d'un travail conséquent, alors que les financements sont peu stables, comme nous le précisons ensuite, il est perçu comme particulièrement nécessaire de transmettre aux

partenaires financiers des chiffres en hausse continue, permettant de prouver le sérieux du dispositif. Comme l'explique le chargé de mission d'un dispositif local :

« On se rend bien compte, pour les appels à projets, que ça marche mieux quand on prend en charge plus de monde, que c'est mieux vu. Et vu que tout le monde fait ça, c'est un peu la course aux chiffres : qui prend le plus de patients, etc. Donc, on est un peu obligés de faire pareil parce que si les autres structures touchent 300 personnes et que moi, je dis que j'en touche seulement 30, même si c'est plus qualitatif, je passe quand même pour un petit truc pas sérieux. [...] Oui, pour augmenter le nombre de personnes touchées, on est obligés de raccourcir la durée des programmes et de faire du moins qualitatif, mais on touche plus de monde. »

Cette opposition entre qualité et quantité revient de façon récurrente. Les structures rendent compte de leurs tentatives pour maintenir un niveau de qualité satisfaisant tout en disposant de moins de temps, faisant état de « bricolages » pour essayer de faire autant avec moins. Afin de toucher plus de bénéficiaires, deux stratégies sont ainsi mises en place : raccourcir la durée de l'accompagnement en APA et consacrer moins de temps à chaque bénéficiaire. Cela permet d'accueillir plus de personnes simultanément, mais aussi de renouveler plus rapidement les bénéficiaires et donc de toucher davantage d'individus sur une année. Cette approche est particulièrement problématique, car des dispositifs conçus à court terme auront beaucoup plus de difficultés à générer des changements comportementaux durables. Des effets bénéfiques sur le corps peuvent être visibles après seulement quelques semaines, mais que se passe-t-il après la sortie du dispositif, une fois que le bénéficiaire n'est plus accompagné ? Si la pratique n'est pas pérennisée, les effets corporels disparaissent très rapidement. Or, les habitudes de vie ne peuvent être modifiées avec seulement quelques séances : cela nécessite un accompagnement long.

On constate alors que les bilans physiques réalisés pour évaluer la réussite du programme sont en immense majorité quantitatifs, basés sur des indicateurs physiologiques. Pourtant, il est déjà admis qu'une activité physique produit des effets positifs, et il serait plus pertinent d'interroger la capacité du patient à poursuivre la pratique en autonomie. Pour le dire autrement, ce n'est pas tant l'amélioration physiologique à court terme qui compte, mais plutôt l'inscription dans la durée, afin que les bénéfices perdurent. Si les dispositifs ne proposent que des programmes courts pour répondre aux exigences des financeurs, qui s'intéressent principalement au nombre de personnes touchées, ils ne peuvent transformer durablement les comportements et avoir un effet à moyen et long terme. Cela ne résout donc pas le problème de fond, à savoir l'amélioration du niveau d'activité physique de la population. Si les publics touchés redeviennent sédentaires et inactifs quelques mois après leur sortie d'un dispositif, l'efficacité de ce dernier est compromise. Il est donc crucial de donner aux dispositifs les moyens de se centrer sur la qualité et le temps consacré aux interventions, notamment en modifiant les modalités de financement.

En effet, c'est bien la tension économique et le faible niveau d'accompagnement budgétaire qui génèrent cette focalisation sur la file active et le nombre de bénéficiaires. Comme le relève le rapport de Oualhaci (2023) au sujet des MSS, une analyse également applicable aux autres dispositifs que nous avons étudiés : « Le deuxième frein majeur est l'insuffisance de financement. L'étude montre toutefois des disparités dans les moyens dont elles disposent, selon leur ancrage territorial, les volontés politiques locales et leur statut juridique. Le financement des structures et des actions sport-santé n'est en général pas pérenne. Il repose sur des subventions très variables et des appels à projets souvent annuels, qui demandent beaucoup de temps et d'énergie et ne leur permettent ni de déployer ni de pérenniser leurs actions. » Le temps consacré à la recherche de

financements est perçu comme à la fois nécessaire et épuisant, faisant perdre un temps précieux aux activités d'intervention et de coordination. L'absence de prise en charge systématique des activités des dispositifs de sport-santé par l'Assurance maladie et les mutuelles est, dans ce cadre, clairement identifiée comme un obstacle au développement et à la viabilité des structures. Cette contrainte pousse directement à adopter des stratégies visant à augmenter le nombre de bénéficiaires.

Un autre problème réside dans le mode de fonctionnement des financements alloués aux dispositifs, qui reposent en grande majorité sur des appels à projets annualisés. Ce mode de financement ne permet pas d'avoir une visibilité claire à moyen terme et, in fine, freine considérablement le développement des dispositifs, car l'incertitude sur les ressources des années suivantes persiste en permanence. Les porteurs de dispositifs expriment ainsi leur crainte pour l'avenir et leur difficulté à projeter de nouveaux projets, tant les financements sont incertains. De plus, des problèmes de trésorerie sont régulièrement associés à ce fonctionnement par appels à projets, les fonds arrivant souvent après la mise en place de l'action, voire en fin d'année. Les structures les plus fragiles économiquement ne sont ainsi pas en mesure de financer certains projets et de réaliser l'avance des fonds, ce qui les contraint à augmenter le coût pour le bénéficiaire et à ne viser que les publics capables de payer, contribuant ainsi à renforcer les inégalités sociales d'accès.

Comme l'évoque également le rapport de Oualhaci (2023), de très larges disparités territoriales sont alors observées. Certaines collectivités décident de financer des dispositifs et/ou de mettre à disposition des professionnels. Pour ces territoires, la tension financière est moindre et l'on constate que la durée de prise en charge par les dispositifs est moins amputée qu'ailleurs. De même, alors que les généralisations nationales peinent à se mettre en place, les différences de structuration des ARS et des DRAJES, ainsi que les écarts de montants alloués aux structures d'un territoire à l'autre, génèrent des inégalités territoriales qui renforcent les inégalités sociales. Comme l'explique un directeur de MSS :

« Là, on est à dix kilomètres [d'une autre région]. Si j'étais dix kilomètres plus loin, pour exactement le même travail, j'aurais environ 10 000 € de plus par an, car l'aide de l'ARS n'est pas la même. Et je ne parle pas des dispositifs passerelles qui seraient financés en plus, juste de la subvention annuelle. Vous imaginez 10 000 €, sur une structure de notre taille, pour faire la même chose ? Ça fait vachement rager, c'est incompréhensible, et surtout, on n'offre pas les mêmes possibilités à quelqu'un qui habite ici qu'à quelqu'un qui habite dix kilomètres plus loin, parce qu'il ne peut pas entrer dans les mêmes dispositifs et donc bénéficier du même accompagnement. »

Cette absence d'harmonisation entre les territoires est un sujet systématiquement évoqué lors des rencontres interrégionales ou nationales et qui revient constamment dans les entretiens. Cela est d'autant plus vrai que certaines initiatives émergent et accentuent encore ces disparités. Par exemple, l'action sanitaire et sociale d'une CPAM, qui vise à toucher toutes les personnes en situation de précarité et d'ALD, prend en charge jusqu'à 500 € par année civile de frais pour les habitants du territoire s'ils pratiquent dans une MSS conventionnée. Si cette initiative est particulièrement bienvenue pour réduire les inégalités sociales d'accès aux pratiques de sport-santé, elle pose néanmoins la question de sa généralisation afin d'éviter d'accentuer davantage des inégalités territoriales déjà très présentes.

2. Des dispositifs centrés sur la maladie chronique de l'adulte et l'avancée en âge

Parmi les dispositifs d'activité physique, une tendance marquée se dessine : la concentration des efforts sur les adultes atteints de maladies chroniques et sur les publics vieillissants, au détriment des jeunes générations⁹. Cette orientation s'explique en partie par l'impératif de santé publique de réduire la prévalence et les complications des pathologies de longue durée et par une culture de la prévention primaire peu développée en France. Dans ce contexte, l'activité physique est essentiellement envisagée comme un levier thérapeutique complémentaire aux soins médicaux, contribuant à la stabilisation des pathologies et à l'amélioration de la qualité de vie des patients plus qu'à la limitation de leur survenue. Par ailleurs, le vieillissement de la population et l'allongement de l'espérance de vie en bonne santé constituent des priorités politiques, favorisant le développement de dispositifs ciblant les seniors, notamment pour prévenir la perte d'autonomie et limiter le risque de chutes. Les financements publics et les prescriptions médicales d'activité physique encadrées s'inscrivent majoritairement dans cette logique, répondant ainsi aux attentes des systèmes de santé orientés vers la gestion des maladies chroniques et la réduction du coût de la dépendance.

En revanche, les enfants et les adolescents restent en marge de ces dispositifs, malgré des enjeux cruciaux liés à la prévention des comportements sédentaires et à la lutte contre l'obésité juvénile. Les politiques éducatives et sportives destinées aux jeunes relèvent davantage de l'école ou du champ fédéral, avec des dispositifs tels que les « 30 minutes d'activité physique quotidienne » en milieu scolaire ou les actions locales visant à favoriser la pratique en club. Toutefois, ces initiatives ne s'inscrivent pas dans une approche médico-sociale structurée comme celle observée pour les publics adultes souffrant de pathologies. Surtout, il est attendu des enfants et des adolescents, y compris lorsqu'ils sont porteurs d'une maladie chronique, qu'ils rejoignent les clubs du mouvement sportif traditionnel, alors même que celui-ci n'est dans la majorité des cas pas outillé pour les accueillir, moins encore pour répondre à leurs besoins et envies tout en gérant la balance risque/sécurité. S'il est relativement admis pour les adultes malades chroniques qu'ils aient besoin d'un accompagnement spécifique pour aller vers l'activité physique, la croyance que les enfants bougent naturellement indépendamment de leur genre, de leur milieu social ou de leur état de santé est encore trop partagée. Cela participe à ne pas créer de dispositifs spécifiques, moins encore à développer des espaces de pratique dédiés qui ne viseraient ni la compétition, ni la performance. Alors que les travaux de sociologie ont largement démontré que le rapport au corps et à l'activité physique se construit durant l'enfance et l'adolescence, le très faible nombre d'espaces de pratiques pour ce public fondés sur le plaisir, la culture corporelle, le goût du partage de pratiques physiques, sportives ou artistiques et le développement moteur ne contribue pas à construire des habitudes de vie actives.

⁹ Bien que ce rapport s'intéresse en particulier à l'avancée en âge et à la maladie chronique tel qu'annoncé dans la commande inaugurale, notre travail dans les territoires nous a permis de mettre en avant que l'immense majorité des dispositifs existants sont centrés sur ces publics, ce qui ne relève donc pas d'un biais de l'enquête.

L'absence d'un véritable système de prescription ou d'accompagnement individualisé pour les jeunes, en dehors des parcours de soin spécifiques comme ceux liés aux troubles de l'obésité sévère, illustre cette asymétrie. De plus, les enjeux liés aux inégalités sociales et territoriales d'accès au sport pour les jeunes sont souvent relégués au second plan, alors même que les déterminants sociaux de la sédentarité et du surpoids s'ancrent dès l'enfance. En conséquence, si le sport-santé s'est institutionnalisé autour de la maladie chronique et du vieillissement, il peine encore à se structurer autour d'une véritable politique de prévention primaire ambitieuse pour les jeunes générations.

En outre, certains espaces sociaux sont moins investis et semblent plus difficiles à atteindre, quel que soit l'âge des bénéficiaires par ailleurs. Comme le relève le rapport Oualhaci (2023), les dispositifs existants et en particulier les Maisons Sport-Santé déplorent des difficultés à toucher les publics des quartiers prioritaires de la politique de la ville « qui seraient moins disposés à prendre soin d'eux, ou encore davantage préoccupés par leurs conditions de vie précaires », tout comme les habitants des zones rurales, « confrontés pour leur part à la distance géographique, à l'isolement ainsi qu'aux difficultés de transport entre leur domicile et les MSS ». En d'autres termes et comme nous l'évoquions dès l'introduction, ce sont les publics les plus éloignés de l'activité physique qui sont également les plus difficiles à atteindre par des programmes spécifiques, y compris quand ceux-ci leur sont dédiés. Ces résultats sont similaires à l'ensemble de nos territoires investigués et les zones les plus fragiles économiquement et socialement sont aussi celles qui sont les moins investies par des dispositifs sport-santé. Il est particulièrement important de relever que des maisons sport-santé ou que d'autres dispositifs existent dans ces territoires, ce qui ne signifie pas pour autant qu'elles touchent en majorité leurs habitants. Comme l'exprime un dirigeant de MSS implanté dans un QPV :

« Nos locaux sont ici, donc c'est dans un QPV oui, mais dans les faits la plupart de nos interventions sont en dehors du quartier, et ce qui se fait dans nos locaux c'est pas tellement des gens du quartier... Bien sûr on en accueille, mais c'est vraiment dur, il faut beaucoup plus d'efforts que pour les gens... enfin pour ceux qui sont plus aisés quoi. »

Plusieurs structures nous ont fait part de ces difficultés, et l'on comprend à la lecture des entretiens que les inégalités territoriales se recoupent avec les inégalités sociales en matière de sport-santé : les populations les plus éloignées de l'activité physique sont aussi celles qui vivent dans les territoires les moins investis par les dispositifs d'accompagnement, ce qui contribue à renforcer les inégalités sociales de santé. Certaines innovations ont alors permis de lever ces barrières, nous en retenons deux qui ont des effets particulièrement significatifs. La première consiste à créer un dispositif mobile qui s'inscrit dans une démarche « d'aller vers » et qui, sans forcément être implanté dans un territoire vulnérable, va amener ses actions (médiatisation, bilans, séances etc.) directement au cœur des espaces de vie, à l'aide notamment de « MSS mobiles », de « bus sport-santé » ou de « MSS itinérante » selon les territoires. Cette démarche s'appuie régulièrement sur une deuxième innovation qui consiste à penser les programmes sport-santé en collaboration avec les travailleurs sociaux, avec des patients experts de ces territoires ou avec des « ambassadeurs » locaux qui permettent la mobilisation collective et facilitent l'engagement en générant une confiance accrue. Le lien avec les travailleurs sociaux implantés dans ces espaces semble à ce titre particulièrement nécessaire tant il permet de s'appuyer sur des ressources qui maîtrisent l'environnement, les besoins

et les craintes des habitants tout comme les leviers qui permettent effectivement d'accompagner les individus vers l'activité physique. Là-encore, la collaboration interprofessionnelle doit ainsi être au centre du processus.

3. MSS, CPTS, MSP... quel fonctionnement en réseau ?

a) *Focus sur les MSS : des structures disparates*

Initiées dans le cadre de la Stratégie Nationale Sport-Santé 2019-2024, les Maisons Sport-Santé (MSS) ont connu un essor conséquent, matérialisé par la reconnaissance de 573 structures au premier trimestre 2023. Conçues comme des interfaces territoriales de proximité entre le champ sanitaire, le champ sportif et les politiques de prévention, elles visent à favoriser l'accès de tous, avec ou sans pathologie, avec ou sans limitation fonctionnelle, à une activité physique régulière et adaptée. Cette ambition s'est traduite par une volonté politique d'irriguer le territoire national via un appel à projets récurrent, et d'inscrire ces structures dans le Code de la santé publique depuis la loi du 2 mars 2022. Toutefois, à mesure que la volumétrie s'est accrue, les tensions liées à la lisibilité, à l'équité et à la soutenabilité du dispositif se sont intensifiées comme nous le préciserons. Selon les résultats du questionnaire national auquel répondent les Maisons Sport-Santé¹⁰, le réseau actuel est composé majoritairement de structures associatives (63 %), loin devant les collectivités territoriales (17 %) et les établissements de santé (7 %). Les MSS fonctionnent avec des effectifs relativement restreints — en moyenne 3,23 ETP par structure — et mobilisent plus de 2 200 professionnels (salariés et prestataires confondus) pour près de 200 000 bénéficiaires annuels. Les enseignants en APA-S (36%) et les éducateurs sportifs (27%) y sont surreprésentés (63 % de l'ensemble des effectifs en cumulé), en contraste marqué avec la faible présence des professionnels de santé (environ 3 % en emploi salarié, 10 % en prestation), malgré leur rôle central dans les parcours de soins.

L'analyse géographique révèle en outre des inégalités d'implantation et d'intervention : bien que les MSS soient régulièrement présentes dans les Quartiers Prioritaires de la Politique de la Ville, seulement 8 % des professionnels interviennent en Zones de Revitalisation Rurale (ZRR), et les structures implantées dans ces zones restent peu dotées en personnel qualifié. On constate enfin que moins de deux tiers des MSS accueillent des personnes en situation de handicap, lesquelles représentent à peine 4,4 % des publics accompagnés.

Cette volumétrie et cette répartition posent plusieurs problèmes systémiques : d'une part, la généralisation du label semble s'être opérée au détriment d'un pilotage qualitatif, risquant de dévaluer la portée institutionnelle des MSS elles-mêmes ; d'autre part, l'absence de gouvernance unifiée, la diversité des statuts et des missions, ainsi que l'hétérogénéité des pratiques entre régions, rendent la reconnaissance des MSS par leurs partenaires très inégale dans les territoires et tendent à freiner la mise en œuvre d'un véritable continuum sport-santé. Le développement rapide et intense du dispositif a en effet permis de mobiliser les territoires extrêmement rapidement, ce qui

¹⁰ Les Maisons Sport-Santé doivent chaque année répondre de façon exhaustive à un questionnaire proposé par les services centraux de l'État. Les chiffres donnés ici proviennent de ces questionnaires.

était l'objectif premier et qui est une réelle réussite du point de vue du déploiement politique. Pour autant et alors que cette phase de mobilisation est déjà bien avancée, les différents constats appellent à une analyse du fonctionnement actuel des MSS, afin d'en renforcer le rôle stratégique, de clarifier leur périmètre d'action et de proposer un cadre différencié selon leur fonction dans l'écosystème local.

La réforme introduite par le décret du 8 mars 2023 a transféré la compétence de labellisation aux échelons déconcentrés de l'État, en confiant aux Agences Régionales de Santé (ARS) et aux Directions Régionales Académiques à la Jeunesse, à l'Engagement et aux Sports (DRAJES) la mission d'habiliter conjointement les MSS pour une durée de cinq ans renouvelables. Si ce modèle territorialisé visait à mieux prendre en compte les dynamiques locales, il a paradoxalement renforcé les disparités entre régions. En effet, les critères d'analyse des dossiers, les modalités de contrôle des engagements pris et la rigueur du suivi varient de manière significative d'une région à l'autre, au point qu'une structure peut être reconnue comme MSS dans un territoire et refusée dans un autre, à dossier équivalent comme nous le disait un directeur de structure non reconnue comme MSS :

« C'est infernal, nous on a galéré à être labellisé parce qu'on sait très bien qu'on a un peu trop critiqué l'ARS et qu'on « ferait concurrence », entre guillemet hein, à une MSS qui fait bien tout ce qu'on lui demande sur le papier mais qui en fait ne fait pas grand-chose. Donc on a abandonné très vite. Mais ce qui est fou c'est quand on voit les structures à vingt kilomètres qui sont MSS alors que c'est des entrepreneurs individuels qui font juste tourner leur boîte et qui ont aucune autre mission... Là ça surprend, mais vu que c'est pas la même région, les critères sont pas les mêmes, et ça c'est dur à encaisser ! »

Cette absence d'harmonisation territoriale, très largement reportée par les enquêtés, entretient un sentiment d'arbitraire et nuit à la reconnaissance mutuelle des MSS entre acteurs interrégionaux, notamment lorsqu'il s'agit de mettre en réseau des professionnels ou de structurer une offre cohérente sur un bassin de vie transrégional. Surtout, les MSS apparaissent aujourd'hui dans les discours comme des entités trop largement déléguées aux territoires, sans régulation effective de l'État central. Le rôle des ARS et des DRAJES est crucial mais inégalement assumé, en raison de ressources humaines limitées, d'orientations politiques variables, d'utilisation extrêmement différenciées des ressources financières (Delandre, 2025) et d'une absence de directives précises en matière de contrôle et d'évaluation. Comme le relèvent Bouttet et ses collaborateurs (2024), *« l'approche multiscalaire et comparative entre les régions et entre les départements révèle des configurations différenciées et indique que les attentes en termes de coordination se construisent dans des histoires institutionnelles, individuelles et dans des rapports de pouvoir à l'échelle locale. Elle montre aussi le poids des initiatives politiques de structuration mises en place dès 2017 »*. Ainsi, on remarque que les choix réalisés dans les structures déconcentrées de l'État en matière d'activité physique à visée de santé sont dépendants des personnes en place, soumis dès lors à leur maintien dans le poste et remis en causes à chaque mutation ou évolution de carrière, transformant les orientations et les attentes en matière de sport-santé. Tel que le relevaient déjà Honta et Illivi (2019) à propos des Plans Sport-Santé-Bien-Être (PSSBE), les organigrammes sont trop disparates et surtout trop faiblement structurés autour des questions d'activité physique pour que ces politiques régionales trouvent une continuité au-delà des individus qui les portent. Cette dépendance aux acteurs explique les très fortes différences observées d'un territoire à l'autre, mais rend également compte d'un investissement

différencié, en particulier dans les ARS. Au sein de ces agences, les budgets consacrés à l'activité physique vont ainsi du simple au quintuple et le nombre de professionnels mobilisés demeure très variable, rendant très inégal l'accompagnement disponible pour les acteurs de terrain.

On observe alors, au-delà des inégalités territoriales générées par cette structuration disparate, des conflits entre services déconcentrés de l'État. Les ARS et DRAJES ont en effet, pour certaines, développées des habitudes de travail en commun dans le cadre de la construction et de la mise en œuvre des PSSBE. Pour d'autres, l'expérience des PSSBE et/ou les conflits de personnes ont au contraire renforcé les distances, chacun faisant reposer sur l'autre le contrôle et le financement du sport-santé ou, à l'inverse, tentant de s'en approprier le contrôle et le suivi. Comme le relate un directeur de dispositif :

« C'est pas simple ici vous savez... On appelle l'ARS, déjà on galère à les avoir, mais si on les a ils ont aucune info, il faut voir avec la DRAJES. Et quand on appelle la DRAJES, c'est la faute de l'ARS et ils en savent rien et faut appeler l'ARS... Voilà, on fait des tours d'administration et personne a la réponse, c'est le grand vide ».

Un chargé de mission sport-santé d'une collectivité va plus loin et explique dans un autre territoire :

« C'est très compliqué car ici l'ARS et la DRAJES se tirent dans les pattes, l'ARS finance son propre dispositif, elle a SES maisons sport-santé, et donc les autres MSS elle s'en occupe pas. Et donc je vous laisse deviner qui gagne les appels à projets, ou qui a les subventions ? Évidemment celles qui sont partenaires de l'ARS, même si elles font pas le boulot. [...] On a montré par le chiffre qu'on faisait tout trois ou quatre fois plus que le dispositif vers qui ils mettent 80% des financements, donc ça n'a pas trop plu, mais c'est vraiment pénible. [...] Et on le voit, la DRAJES est un peu démunie car elle est pas d'accord, mais au final c'est l'ARS qui gagne parce qu'elle a les plus gros budgets ».

Ces conflits sont particulièrement problématiques car ils freinent le développement de l'activité, les structures et les professionnels étant parfois pris en tenaille entre les administrations, ce qui mène facilement à l'abandon ou à l'auto-administration en dehors des cadres prévus. Surtout, cela fait naître des conflits et des concurrences entre dispositifs qui ne comprennent ni le mode de financement ni les attributions de subvention et moins encore le type d'accompagnement proposé. Cette situation favorise des stratégies locales parfois concurrentes, voire instrumentalisées. À l'inverse, les territoires où les relations sont stabilisées et unifiées entre services déconcentrés sont particulièrement mis en valeur par les professionnels, qui rendent compte d'une dynamique positive et d'une réelle possibilité d'obtenir de l'aide, ce qui facilite leur évolution :

« Quand on échange avec les voisins d'autres régions, oui on se rend compte qu'on a de la chance ici car on a un vrai suivi de l'ARS et de la DRAJES, et même des services départementaux ! Bien sûr, ça pourrait être plus, mais on a quand même des moyens financiers, on est accompagnés, il y a des réunions régulières qui nous permettent d'être en réseau avec les autres MSS... Vraiment ça nous aide et il y a un partenariat qui s'est mis en place. »
(entretien avec un directeur de MSS)

À ce titre, l'animation d'un réseau territorial par les structures déconcentrées est systématiquement donnée au titre des réussites par les enquêtés lorsqu'elle est effectivement réalisée, ce qui dépend là-également des territoires mais devrait être généralisé. Face à ces constats, il nous semble nécessaire d'engager collectivement une uniformisation des moyens mis en œuvre dans les territoires conjointement à un contrôle renforcé de l'État. À ce titre, la création d'une commission nationale d'habilitation, appuyée sur l'expertise de l'Union Nationale des Maisons

Sport-Santé (UNMSS)¹¹ par exemple, d'experts du champ et des services centraux des ministères concernés serait particulièrement pertinente. Cette instance pourrait superviser les critères d'habilitation, définir un référentiel national de fonctionnement, contrôler la conformité des actions mises en œuvre, et garantir une équité territoriale dans l'accès à l'habilitation MSS, en support des services déconcentrés et en cas de litige dans les territoires.

Comme nous le relevions, le cahier des charges d'habilitation demeure complexe et multiplie les missions, ce qui autorise des interprétations très larges de ce qu'est censée être une MSS. Par exemple, la labellisation d'un cabinet de kinésithérapie, d'un auto-entrepreneur qui ne réalise que de la mise en pratique, d'un simple guichet d'information ou d'un club sportif n'ayant aucune activité de coordination territoriale interroge quant à la portée réelle de l'habilitation. Certains coordinateurs de MSS dénoncent à ce titre une tendance à la dilution des missions et à la dévaluation progressive de leur reconnaissance¹² : plus le nombre de structures augmente sans régulation, plus la qualité des actions proposées s'en trouve compromise, au détriment d'une vision intégrative et stratégique du sport-santé. À la racine des difficultés de reconnaissance institutionnelle et professionnelle des MSS réside une question encore insuffisamment tranchée : qu'est-ce qu'une MSS, concrètement ? Est-elle un lieu physique d'accueil et d'orientation, un dispositif de coordination territoriale, un guichet d'information, un centre de formation ou un prescripteur ? La réalité est que les MSS existantes incarnent une diversité de statuts, de tailles, de gouvernances et de missions telles qu'il devient quasiment impossible pour les partenaires potentiels — professionnels de santé, collectivités locales, associations sportives notamment — d'identifier les rôles et les missions. Cette hétérogénéité entretient un flou délétère sur leur utilité, leur fonctionnement et leur légitimité, et rend difficile toute mutualisation des pratiques ou montée en compétences sectorielle. En particulier, il est difficile de former les acteurs du sport et de la santé au travail partenarial avec les MSS, tant leur portée diffère selon les territoires et selon les structures.

Il conviendrait dès lors de distinguer au moins deux niveaux fonctionnels : les MSS "effectrices", qui remplissent principalement des missions opérationnelles de guichet, d'accueil, de bilan initial, de comblement d'un déficit de ressources en activité physique, de définition d'un projet personnalisé durable et d'orientation vers des dispositifs de droit commun (ce qui nous semblent être les missions premières des MSS si l'on en croit la vision partagée par nos enquêtés et par l'ensemble des partenaires institutionnels), et les MSS "coordinatrices", dont le rôle va bien au-delà. Ces dernières assument des fonctions structurantes à l'échelle du bassin de vie : elles assurent la mise en réseau des acteurs (professionnels de santé, enseignants en APA, éducateurs sportifs, financeurs, collectivités), participent à la formation continue, co-construisent des dispositifs territoriaux intégrés et portent une vision stratégique du développement de l'APA à l'aide de compétences en coordination de projets. C'est cette capacité à piloter et articuler les actions tout comme le recrutement de professionnels spécifiques déjà identifiés qui distingue véritablement une MSS d'un opérateur du sport-santé. À défaut d'opérer cette distinction de manière formelle, le

¹¹ Initiative des territoires créée en réponse au besoin croissant de structuration, de représentation et de soutien des MSS, l'Union Nationale des Maisons Sport-Santé (UNMSS) tente de fédérer les structures habilitées à l'échelle nationale et se donne pour objectif de soutenir leur montée en compétences, de mutualiser les expériences et de porter collectivement les enjeux du secteur auprès des institutions publiques.

¹² Ce que relève déjà le rapport de Oualhaci (2023), largement confirmé dans notre enquête

système actuel court le risque d'une confusion durable entre structures de coordination, structures effectrices, et simples points d'accueil, affaiblissant ainsi la puissance politique du dispositif. Surtout, ces différents niveaux existent concrètement déjà sur le territoire et sont actuellement réunis sous une même bannière. Cela frustre ceux qui font le plus et qui ne se sentent pas reconnus et donc se désengagent de certaines missions, mais cela rend également difficile les différenciations de subventions ou d'orientations budgétaires car toutes les MSS sont censées remplir les mêmes fonctions. Distinguer strictement des cahiers des charges pour les MSS effectrices et les MSS coordinatrices permettrait de clarifier les missions de chacune à partir de ses possibilités réelles, ce qui éviterait les différences d'interprétation et les écarts d'habilitation entre territoires. En complément, la création d'antennes territoriales affiliées à des MSS coordinatrices déjà reconnues pourrait permettre de mailler finement les territoires sans multiplier indéfiniment les structures "centrales", tout en garantissant un encadrement et une homogénéisation des pratiques.

Il apparaît ainsi que le développement du sport-santé ne pourra se faire sans une structuration robuste de ses opérateurs clés. Alors que les inégalités sociales de santé appellent des réponses coordonnées, accessibles et qualitatives, il est essentiel de ne pas réduire les MSS à des vitrines labellisées sans capacité d'agir. Leur avenir repose selon nous sur trois leviers : clarifier leur périmètre d'action et leur rôle différencié au sein du parcours en activité physique, renforcer leur mission de coordination territoriale, et instaurer un pilotage national régulateur permettant de lutter contre les dérives opportunistes, la fragmentation de l'offre et la perte de sens institutionnel. La faculté du sport-santé à toucher les publics cibles et à transformer leur mode de vie dépend à ce titre moins du nombre de MSS que de leur capacité à incarner une vision partagée, efficace et reconnue de la mise en œuvre de l'activité physique adaptée dans les territoires.

b) Quelles collaborations dans les territoires ?

Le sport-santé étant marqué par la multiplication des dispositifs et l'hétérogénéité des configurations territoriales comme nous l'avons compris, la question de l'interopérabilité entre les structures de coordination et de prise en charge apparaît comme une condition essentielle à l'efficacité du déploiement des politiques publiques. Plus particulièrement, l'articulation entre les MSS, les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) et les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) constitue un enjeu central pour assurer l'opérationnalité des parcours d'activité physique à visée thérapeutique et préventive. Ces structures, bien que conçues dans des logiques initialement distinctes – sport-santé pour les MSS, développer la coordination territoriale des soins pour les CPTS, proposer un lieu d'exercice coordonné pour les MSP – peuvent converger vers un modèle territorial intégré, permettant d'optimiser l'identification, l'orientation, la prescription et le suivi des publics cibles.

Or, il apparaît dans nos entretiens que la fragmentation actuelle entre ces dispositifs produit des effets de cloisonnement, redondants avec ceux déjà identifiés entre champ sanitaire et champ sportif. Comme le montre la partie précédente, les MSS fonctionnent dans de nombreux territoires en silo, dépendantes d'initiatives individuelles et locales, souvent sous-dimensionnées pour mener des actions d'ampleur. À l'inverse, les CPTS et les MSP, bien qu'inscrites dans des logiques de coordination des soins primaires, ne mobilisent que rarement les ressources sportives comme outil

de prévention ou de traitement, faute d'expertise, de lisibilité des offres ou de liens opérationnels avec les acteurs de l'activité physique, comme le relève un directeur de MSS de ville :

« On a essayé de faire du lien avec la MSP au début, et bon ils étaient intéressés mais ça n'a jamais vraiment fonctionné car ils voulaient bien dire qu'on existait mais ça s'arrêtait là, il n'y avait pas de volonté de vraiment collaborer ensemble, de façon rapprochée. Et c'est aussi ce qui s'est passé avec la CPTS, on se rencontre mais ça va pas beaucoup plus loin et on sait pas vraiment comment construire des liens plus rapprochés ».

Un médecin dirigeant une CPTS du même territoire explique quant à lui :

« On devrait travailler avec les MSS oui, mais il y en a plusieurs, on a du mal à comprendre qui fait quoi et puis on ne sait pas vraiment qui on oriente, comment on le fait... tout ça n'est pas vraiment clair et on n'a pas beaucoup d'aide là-dessus, ça se développera sans doute plus tard ! »

Les difficultés de reconnaissances associées aux MSS en tant que telles, présentées dans la sous-partie précédente génèrent ainsi également des difficultés dans les collaborations entre structures au niveau local. Pourtant, une synergie active entre ces trois types de structures permettrait de réarticuler les segments disjoints du parcours depuis l'identification des patients jusqu'à la mise en œuvre concrète des programmes d'APA, autour d'un outil numérique partagé et de temps d'échanges spécifiques entre professionnels. Des modèles émergents de territorialisation du sport-santé permettent d'ailleurs de formaliser cette synergie, dans différents territoires observés. On remarque en particulier une externalisation partielle des missions sport-santé des CPTS vers les MSS, lesquelles deviennent des bras opérationnels de l'action de prévention. Dans ces cas, les Centres Communaux d'Action Sociale (CCAS) assurent le soutien logistique et administratif (mise à disposition de locaux, portage administratif), tandis que les CPTS financent et organisent la formation des professionnels à la prescription d'activité physique, dans une logique de montée en compétences territoriale. Ces configurations sont souvent appuyées par la mobilisation conjointe des financements croisés : fonds de la Conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie, crédits des collectivités locales, enveloppes prévention des CPTS. Ce type de partenariat repose sur un principe d'intelligence territoriale partagée, dans lequel chaque structure conserve son rôle mais en l'inscrivant dans une stratégie commune de promotion de la santé par l'APA. Ceci, bien que très rare à l'heure actuelle, est particulièrement efficace et permet d'impliquer beaucoup plus intensément l'ensemble des acteurs d'un territoire en rationalisant les moyens et les compétences de chacun, au service de l'accompagnement du patient. Dans tous les territoires où des liens renforcés existent entre la MSS et la CPTS et/ou la MSP, on observe une multiplication des collaborations et un accompagnement renforcé à plus long terme du patient, favorisant son inscription dans une activité physique régulière.

L'intérêt de ces coopérations est alors multiple. D'un point de vue fonctionnel, elles favorisent la création de parcours lisibles et continus, renforçant l'adhésion des bénéficiaires et facilitant le travail des prescripteurs. D'un point de vue structurel, elles permettent de mutualiser les compétences rares (enseignants en APA, coordinateurs), de rationaliser l'usage des ressources (plateaux techniques, outils numériques) et de renforcer la visibilité du sport-santé dans l'offre locale. Enfin, d'un point de vue politique, elles incarnent un modèle d'action publique fondé sur la subsidiarité, l'activation des ressources locales et la co-construction interprofessionnelle. La consolidation de ces liens suppose toutefois des conditions de faisabilité précises. Sur le plan réglementaire, une clarification des rôles et missions de chaque entité est indispensable, notamment à travers des référentiels partagés et opposables. Sur le plan opérationnel, l'existence d'une fonction

de coordination territoriale – que devrait jouer le coordinateur de la MSS et, plus encore, le coordinateur départemental à créer – est une clé de voûte. Sur le plan financier, l'instauration d'un guichet unique de financement inter-institutionnel (ARS, caisse nationale d'assurance vieillesse, collectivités, Assurance Maladie) permettrait de sortir des logiques de projet ponctuel pour entrer dans des dynamiques pluriannuelles stabilisées.

Ainsi, l'avenir du sport-santé à l'échelle locale repose moins sur la création de nouveaux dispositifs que sur l'activation d'une gouvernance concertée entre les structures existantes. MSS, CPTS et MSP sont à articuler à partir d'un cahier des charges communs et d'un cadre soutenu nationalement avant d'être adapté dans les territoires en fonction des structures existantes. Il s'agit désormais d'encourager cette convergence, en la soutenant par des outils d'ingénierie territoriale, de financement croisé et de reconnaissance institutionnelle. Cela étant, les CPTS et MSP sont encore très inégalement implantées sur le territoire, ce qui ne permet pas une analyse poussée des modes de collaboration à l'échelle nationale. Alors même que leur déploiement est en cours, de futurs travaux de recherche devront renforcer ces résultats pour affiner le niveau de connaissance et de compréhension.

4. Des structurations à renforcer dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux ?

Au cours de notre travail de recherche, les acteurs rencontrés ont très largement fait part de leur lien, de leurs collaborations ou de leur volonté de travailler avec les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS). S'il ne s'agit pas de dispositif mais bien d'organisations à part entière, ces établissements prennent part à des dispositifs, en sont partenaires ou mobilisent d'autres acteurs dans la construction de leur offre de sport-santé. L'intégration du sport-santé au sein des ESSMS constitue en effet un enjeu de santé publique majeur, ces structures accueillant plus d'un million de personnes en France – enfants, adultes et personnes âgées – en situation de handicap, de vulnérabilité psychique, sociale ou sanitaire, pour lesquelles l'activité physique constitue non seulement un levier de santé mais aussi un vecteur de lien social et d'expression, un outil de (re)construction identitaire et de développement de l'autonomisation.

L'analyse des dynamiques à l'œuvre dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) révèle alors deux paradoxes structurels.

Le premier paradoxe structurel provient d'une construction de la politique de promotion de la santé par l'activité physique en silo. Il y a d'un côté les politiques inclusives concernant les personnes en situation de handicap et de l'autre les politiques de promotion de la santé par l'APA qui concernent les malades chroniques, sans prendre en compte les personnes en situation de handicap (PSH) qui vivaient avec une maladie chronique. Les PSH ont cependant revendiqué leur droit d'accès à la santé et donc à la prévention, en particulier dans le cadre de la charte Romain Jacob (2014). Il a cependant fallu attendre la Stratégie nationale sport et handicap (2020-24) pour que la perspective de promotion de la santé par les activités physiques soit intégrée pour les PSH. En affirmant que les activités physiques adaptées constituent des thérapeutiques non-médicamenteuses également pour les personnes en situation de handicap, cette stratégie les reconnaît non plus comme une

catégorie à part, mais comme des citoyens ordinaires qui rencontrent les problématiques liées au vieillissement et à la sédentarité. La loi de démocratisation du sport de mars 2022 et la note d'information du 29 février 2024 relative au déploiement de l'activité physique et sportive dans les ESSMS du champ de l'autonomie, suggèrent à nouveau cette articulation et incitent à la désignation d'un référent en Activité Physique et Sportive (APS) dans chaque établissement. Dans un même temps, les personnes en situation de handicap sont encore, comme nous l'avons vu, très rarement orientées et surtout accueillies dans les dispositifs municipaux de prescription d'activité physique comme dans les MSS. Ce sont majoritairement des intervenants qui sont envoyés en prestation de service spécialisé dans les établissements, sans lien avec un projet global interdisciplinaire. Le mouvement prend pourtant son sens dans des pratiques culturelles qui ont leurs significations (les activités physiques sportives ou artistiques), qui sont rendues accessibles par des compensations, mais aussi par une éducation physique des usagers qui permet de développer un goût pour une pratique. Ainsi cette pratique aura d'autant plus d'effet qu'elle est articulée à un projet plus large de promotion de la santé par l'activité physique, qui intègre le développement des pouvoirs des usagers d'agir, de ressentir, de choisir et d'entrer en projet pour favoriser une activité qui ait du sens pour eux et qui soit suffisamment régulière et fréquente pour obtenir des bénéfices de santé. Cet héritage suppose de pouvoir s'appuyer sur des compétences et des qualifications professionnelles pérennes pour favoriser les collaborations et coordinations durables.

Le deuxième paradoxe structurel provient de la mise en œuvre effective de la promotion de la santé par l'AP dans les ESSMS qui demeure profondément hétérogène, soumise aux logiques locales, aux ressources disponibles et à l'engagement individuel des acteurs en présence. Ce modèle peu encadré, caractérisé par une injonction à agir sans cadre prescriptif clair, ni mécanismes régulateurs robustes, produit des effets d'inégalités majeurs, tant pour les usagers que pour les professionnels. En particulier, l'absence de régulation nationale stricte concernant le rôle et la fonction du "référent en APS", récemment requalifié de "référent sport" dans le référentiel proposé par l'ANAP, illustre cette carence. Si le glissement de la terminologie pose un problème tant l'enjeu est bien celui d'un engagement dans une pratique physique et sportive régulière et durable, elle ne s'accompagne pas d'un cadre de compétences partagé, ni d'une reconnaissance statutaire ou financière de la fonction. Dès lors, la désignation d'un référent repose souvent sur des critères contingents, voire opportunistes : disponibilité ponctuelle d'un agent, appétence personnelle pour le sport, existence d'un partenariat local, ou réponse à une sollicitation externe. Dans certains cas, des enseignants en APA et/ou des professionnels de santé sont mobilisés ; dans d'autres, ce rôle est assumé par des éducateurs spécialisés, des animateurs socio-culturels, voire des personnels sans formation spécifique. Ce flottement dans les profils et les responsabilités contribue à un brouillage des missions et à une perte de lisibilité pour les usagers comme pour les partenaires extérieurs. Surtout, il apparaît que le cadre flottant, malgré sa valeur légale, n'est pas converti en action dans de nombreux ESSMS qui n'ont toujours pas désigné de référent activité physique ou pour lesquels ledit référent n'a pas établi de diagnostic des besoins, des attentes et des ressources, ni développé de projet structuré en interne, ni construit de partenariats.

Cette hétérogénéité est accentuée par l'absence de financement fléché, pérenne et identifiable pour l'activité physique au sein des ESSMS. Là encore, l'initiative relève souvent du « bricolage » local, mobilisant des financements croisés ou ponctuels (projets territoriaux, partenariats associatifs, budgets annexes), ce qui renforce les écarts entre établissements selon leur

capacité à innover, à capter des ressources ou à s'inscrire dans des réseaux actifs. Les établissements les mieux dotés ou les mieux accompagnés peuvent ainsi proposer une offre régulière, qualitative et intégrée ; d'autres, faute de moyens ou de pilotage, n'intègrent aucune activité physique, ou de manière purement ponctuelle, sans continuité ni ancrage institutionnel.

Encadré n°1 : Proposition de référentiel de compétences du référent en activité physique et sportive dans les ESSMS

Objectifs généraux :

Le référent en Activité Physique et Sportive est un acteur transversal chargé de structurer, coordonner et impulser les projets de promotion de l'activité physique adaptée au sein de l'établissement. Il veille à l'inscription durable de l'APA dans le projet d'établissement, en articulation avec les dimensions éducatives, thérapeutiques et sociales de l'accompagnement.

Domaine 1 : Conception stratégique et ancrage institutionnel

- Élaborer un diagnostic de besoins en matière d'APA à partir des profils des usagers, en lien avec l'équipe pluridisciplinaire.
- Établir un diagnostic territorial de l'offre sportive et de l'offre en Sport-santé
- Développer des partenariats avec les MSS coordinatrices et effectrices
- Participer à la rédaction du projet d'établissement et à la définition des orientations stratégiques sport-santé.
- Définir des indicateurs de suivi et d'évaluation de l'impact des actions APA menées.

Domaine 2 : Coordination et pilotage des actions

- Construire et piloter une offre pluriannuelle en Activité Physique Adaptée, articulée aux projets personnalisés et structurée par l'idée d'un parcours allant de l'éducation physique à la participation sociale dans des dispositifs de droit commun.
- Assurer la mobilisation des équipes et l'articulation entre les différents professionnels internes (médicaux, éducatifs et sociaux) et intervenants extérieurs.
- Garantir la continuité et la qualité des actions en lien avec les exigences réglementaires et les recommandations de bonnes pratiques (HAS, ANESM).

Domaine 3 : Expertise et sécurisation des pratiques

- Mobiliser des connaissances actualisées
- Appliquer les principes de la progressivité, de l'adaptation et de la sécurité dans le choix et la conduite des activités.
- Appliquer les principes de l'autodétermination et du développement de l'autonomie
- Mettre en œuvre des actions de sensibilisation, formation et accompagnement auprès des équipes.

Domaine 4 : Partenariats et inscription territoriale

- Identifier et mobiliser les partenaires ressources (associations sportives, fédérations, professionnels de santé, collectivités).
- Participer aux réseaux territoriaux (MSS, CPTS, CLS etc.) pour inscrire l'établissement dans une dynamique interinstitutionnelle.
- Contribuer à l'intégration de l'établissement dans les dispositifs territoriaux de sport-santé et de sport inclusif.

Domaine 5 : Communication, plaidoyer et participation des usagers

- Valoriser les actions menées avec des équipes, usagers, familles et autorités de tutelle.

- Favoriser la participation active des usagers dans la co-construction des activités et l'évaluation de leur impact.
- Développer une culture partagée de l'APA au sein de l'établissement.

Remarques de mise en œuvre :

- La fonction de référent en Activité Physique et Sportive pourrait être exercée à temps partiel ou un poste pourrait être dédié en mutualisant les fonctions entre établissements d'un même groupe ou d'un même territoire.
- Le référent doit bénéficier d'un temps dédié, d'une formation initiale ou continue reconnue (licence ou master APA-S en particulier), et d'un appui institutionnel clair.
- La reconnaissance formelle du poste pourrait figurer dans le CPOM et être inscrite dans les grilles qualité des évaluations de la HAS.

Au regard de ces constats, il semble particulièrement important de sortir de la logique de l'incitation large pour passer à celle de la structuration. Cela suppose, d'une part, la construction d'un référentiel national de compétences pour les référents activité physique dans les ESSMS, adossé à un cahier des charges harmonisé, garantissant un socle minimal de professionnalité. D'autre part, cela implique l'intégration explicite de l'activité physique adaptée dans les plans d'amélioration continue de la qualité, les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), ainsi que dans les grilles d'évaluation des bonnes pratiques professionnelles. Sans ce double mouvement de reconnaissance statutaire et d'obligation régulée, les ESSMS continueront d'incarner un terrain d'iniquité dans l'accès aux pratiques sportives, à l'Activité Physique Adaptée et aux pratiques physiques sportives ou artistiques de loisir en contradiction avec les ambitions inclusives de la stratégie nationale de santé.

Enfin le développement de la promotion de la santé par l'APA dans les ESSMS ne saurait faire paravent à une inclusion sociale toujours différée dans les dispositifs sport-santé. L'intervention sous forme de parcours gagne à s'appuyer sur une intervention spécialisée au sein des ESSMS permettant aux usagers de construire un projet personnalisé incarné, appuyé sur une expérience vécue dans différentes disciplines sportives ou artistiques permettant de développer une culture corporelle et sportive. Il s'agit dès lors de permettre aux MSS d'accueillir l'ensemble des publics en phase avec la loi du 11 février 2005, à partir de compétences et de ressources spécialisées.

Nous rejoignons à ce titre les préconisations déjà émises par la Fédération Hospitalière de France (2024) qui permettraient d'amener un financement pérenne dans les ESSMS :

- « Préconisation 7 : Prévoir le financement des professionnels en activité physique adaptée dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux par la branche autonomie »
- « Préconisation 8 : Instaurer un nouveau compartiment de financement des ESSMS sous forme de forfait prévention pérenne y favorisant le développement de l'APA »

5. Recommandations

Recommandation 1 : Développer des dispositifs sport-santé à destination des enfants et des jeunes vivant avec des maladies chroniques

Recommandation 2 : Développer un financement pluriannuel des dispositifs et harmoniser les ressources entre territoires en créant un fonds dédié au sport-santé dans les ARS et DRAJES

Recommandation 3 : Orienter les financements sur l'engagement du public dans une pratique régulière plutôt que sur le nombre de personnes touchées

Recommandation 4 : Distinguer deux niveaux de MSS : les effectrices et les coordinatrices, en clarifiant le rôle, les missions et la portée de chacune

Recommandation 5 : Favoriser l'émergence de liens de collaboration entre les MSS, les CPTS et les MSP en les inscrivant dans leur cahier des charges lorsque les structures existent sur le territoire.

Recommandation 6 : Construire un référentiel de compétences du « référent activité physique et sportive » dans les ESSMS et inscrire l'activité physique adaptée dans les plans d'amélioration continue de la qualité, les CPOM, ainsi que dans les grilles d'évaluation qualité de la HAS.

IV. Focus sur le mouvement sportif

« Les fédérations sportives, fortes de leur maillage territorial conséquent, sont amenées à tenir un rôle clef, en diversifiant leurs pratiques et en offrant des activités à visée de santé et de bien-être non compétitives » (Stratégie Nationale Sport-Santé 2019-2024)

Au travers de la Stratégie Nationale Sport-Santé 2019 et dans la lignée de ce qu'il demande à travers ses conventions d'objectifs depuis la fin des années 2000 (Morales, 2020), l'État français invite le mouvement sportif à développer de nouvelles offres de pratiques physiques d'intérêt général en santé. A cet égard, depuis le début des années 2010, l'État multiplie les incitations politiques à déployer le sport-santé dans les clubs, dans la continuité des travaux du Comité National Olympique et Sportif Français (CNOSF) qui se mobilise pour donner un nouveau rôle social au sport avec l'aide de médecins du sport engagés (Perrier, 2020), en prenant le relais de dynamiques existantes développées dans les réseaux de santé (Perrin, 2022). Il s'agit désormais pour les clubs d'accueillir des publics fragiles porteurs de maladies chroniques, ce qui ne se fait pas sans difficulté. En effet, le sport-santé s'est initialement développé dans le cadre fédéral affinitaire avant que l'État ne tente d'en accélérer le déploiement depuis les ministères chargés des Sports et de la Santé. Ce pilotage vise l'ensemble des fédérations, y compris celles délégataires de l'organisation des compétitions sportives et n'ayant aucune compétence historique ou pratique spécifique en matière de sport-santé dans leur activité primaire (Perrier & Perrin, 2024).

L'injonction est ainsi adressée à des acteurs dont les finalités historiques et les publics concernés sont très discordants. Des fédérations affinitaires qui s'adressent majoritairement à des femmes et à des publics vieillissants, qui ont été pionnières du sport santé, sont ainsi traitées de manière équivalente avec les fédérations délégataires qui s'adressent prioritairement à de jeunes sportifs performants et qui sont éloignées des finalités de sport-santé. Ces dernières doivent

construire de nouveaux programmes, organiser des formations d'encadrants, faire connaître la pratique et trouver des bénéficiaires à accueillir, tandis que les fédérations affinitaires doivent amplifier une offre existante pour répondre à la commande institutionnelle. L'objectif est de faire des fédérations, plus encore que leurs clubs, des opérateurs locaux à-même de recevoir des personnes fragiles, ayant ou non une ordonnance, sur l'ensemble du territoire dans le cadre d'une pratique de sport-santé. L'enjeu serait dans ce cadre d'avoir des espaces de pratique disponibles, en profitant du maillage territorial intense du mouvement sportif, afin de faciliter l'inscription des patients dans des dispositifs de droits communs. Il est ainsi attendu que les clubs, en plus de leur public historique, puissent accueillir des personnes porteuses de maladies chroniques ayant ou non une ordonnance, sans doter ces derniers de moyens supplémentaires.

Les prochaines sous-parties visent à appréhender ce mouvement en cours dans les fédérations sportives, en analysant tant les conditions d'instauration des programmes et d'accueil des bénéficiaires que les difficultés rencontrées et les leviers d'action.

A. Trouver des pratiquants, une difficulté réelle

Le modèle du sport-santé s'est construit dans les fédérations affinitaires en prévention primaire, dans des espaces de pratique non compétitifs et encadrés. Le fait que la commande formulée aux fédérations depuis le début des années 2010 soit davantage ancrée dans la prévention secondaire et tertiaire de la pathologie, modifie le public visé mais aussi les compétences nécessaires à l'accueil dudit public. Si cela est particulièrement épineux pour le mouvement délégataire, cela l'est également pour les fédérations affinitaires dont les compétences et les programmes sont structurés pour des pratiquants auto-déterminés, plutôt que pour des malades qui bénéficient d'une prescription. Comme nous le soulignons dans un précédent travail, *« l'arrivée de personnes fragiles sur prescription de leur médecin bouscule l'ordre sportif : leur adhésion est structurée sur l'observance d'une prescription qui implique une obligation de moyen pour gérer les facteurs de risque et obtenir des bénéfices de santé, et non sur un engagement collectif s'inscrivant dans un idéal partagé. Or, le monde du sport n'est ni organisé ni outillé pour répondre, en tout respect de leur autonomie, à cette nouvelle transaction de santé avec des publics fragiles, voire vulnérables »* (Perrin & Perrier, 2022). En l'état, l'accueil et l'encadrement des bénéficiaires sont surtout réalisés par des initiatives spontanées de personnes bénévoles qui veulent venir en aide sur un modèle normalisant, sans connaissance approfondie sur ce que les personnes vivent dans leur parcours de soins et de santé et sans maîtriser l'éthique du *care* ; également par des éducateurs sportifs qui tentent de se reconverter ou de compléter leur activité avec une activité potentiellement lucrative mais avec des compétences plus restreintes sur ce que nécessite l'accompagnement de porteurs de maladie chronique, comme nous le révèlent les entretiens :

- *« Honnêtement accueillir des personnes un peu vieilles, on fait des activités douces, ça marche bien et on sait qu'il n'y a pas de risques. Mais moi je sais que je refuse d'accueillir des gens qui ont un cancer, des maladies lourdes comme ça, alors qu'en soit on pourrait avec notre label, mais c'est dangereux quand même, je ne me sens pas à l'aise... »* (éducateur sportif ayant une formation fédérale complémentaire de 40h au sport-santé)

- « *Je veux pas accueillir des gens vraiment malades, ça me fait un peu peur, qu'il y ait un souci pendant la séance ou que je ne fasse pas quelque chose de vraiment bon pour eux* » (éducateur sportif ayant une formation fédérale complémentaire de 35h au sport-santé)

Ce type de réponses a été très souvent recueilli auprès des éducateurs sportifs, lors des entretiens et lors des observations participantes dans les clubs. Outre certains éducateurs ayant une double-compétence en activité physique adaptée ou un parcours personnel en lien avec le champ de la santé, la majorité des acteurs rencontrés semble relativement éloignée de ces problématiques. Ils relèvent notamment leur « manque de compétence » pour « l'accompagnement des personnes malades », leur « gêne » ou leurs « difficultés à bien encadrer » des malades chroniques, souvent mis en opposition avec les personnes « qui ont des petites fragilités » ou « qui ne sont pas sportives mais qui ne sont pas malades non plus ». C'est ce qui explique que les sessions sport-santé analysées accueillent en majorité des publics plutôt sédentaires et/ou inactifs, mais n'ayant pas de limitations importantes et ayant déjà un rapport de proximité avec le monde sportif. En effet, il apparaît que ce sont les individus ayant déjà eu une licence ou ayant pratiqué en autonomie qui sont les plus à même de s'inscrire dans un créneau de sport-santé, retrouvant un environnement qu'ils connaissent et qui ne les effraie pas. Cela est d'autant plus vrai pour les porteurs et porteuses de maladies chroniques : le fait d'avoir déjà eu une licence sportive est le facteur explicatif déterminant de la prise d'une licence de sport-santé dans un club. La probabilité d'y accéder spontanément sans parcours sportif préalable est quasiment nulle pour les malades chroniques, et ce sur l'ensemble de nos terrains d'enquêtes. Pourtant et comme expliqué en introduction, ce sont justement les individus qui ont la plus faible pratique d'activité physique et/ou sportive qui sont les plus à même de développer une maladie chronique. Nos résultats montrent que ce sont aussi eux qui sont les moins disposés à rejoindre un créneau de sport-santé après l'apparition de la maladie, alors même qu'il s'agit du public visé.

Cette difficulté à toucher les cibles des programmes amène à un relatif désengagement des encadrants et des dirigeants, qui peinent à remplir leurs sessions et à faire pratiquer des publics qui ne graviteraient pas déjà autour des structures. Si des disparités locales demeurent, notre enquête relève ainsi que les clubs du mouvement sportif délégataire sont globalement en difficulté pour faire perdurer les programmes de sport-santé.

- « *Nous on a essayé, on a tout mis en place, on a mis de l'argent, mais le public est jamais arrivé. On a eu 2, 3 personnes, alors qu'on est dans une ville de 30 000 habitants, donc au bout d'un moment... tout ça pour deux personnes, on a arrêté* » (dirigeant d'un club de tennis)
- « *Déjà que c'est pas notre cœur de métier, mais en plus les gens ne viennent pas, alors on a tout laissé tomber et on s'est recentré sur ce qu'on sait faire, on voyait bien que personne avait vraiment envie* » (dirigeant d'un club de handball)
- « *On s'est dit qu'on allait avoir des licenciés, que les médecins enverraient du monde... même les médecins de notre club nous envoient pas de pratiquants... faut pas se mentir on sait pas faire du sport-santé, les sessions sont vides donc on va pas payer des entraîneurs pour rien* » (dirigeant d'un club de basketball)

Ces *verbatim* mettent en exergue la difficulté des dirigeants à trouver des pratiquants qui ne viennent pas spontanément, dans un monde qui fonctionne habituellement sur l'auto-détermination. Ils constatent que le fait d'avoir créé une offre sport-santé ne suffit pas à attirer du public, en particulier les individus très éloignés du champ du sport pour lesquels l'activité peut

sembler effrayante ou inadéquate, comme nous le détaillerons dans le chapitre suivant. Or, tel que nous le détaillons dans un travail précédent, le mouvement sportif délégataire a initialement perçu le sport-santé comme un moyen de trouver de nouveaux licenciés et donc de renforcer un modèle économique vacillant, tout en renforçant sa portée sociale (Perrier, 2021). C'est le message qui a été transmis au sein des fédérations, avec une commande faite aux ligues et aux comités : les pratiques de sport-santé permettraient d'aller facilement vers de nouveaux publics, sur des créneaux peu mobilisés et avec un moindre besoin en équipement. Certaines fédérations ont ainsi donné à leurs clubs une forme de recette miracle, où le sport-santé serait à la fois facile à mettre en place et porteur d'un vivier quasi infini de pratiquants tant le nombre de malades chroniques est important. Surtout, il était attendu que les licenciés abondent, envoyés sur ordonnance par leur médecin.

La réalité se révèle toute autre : les médecins ne prescrivent que très peu, les pratiquants auto-déterminés sont peu nombreux et, *in fine*, les clubs trouvent peu de nouveaux licenciés. Une sorte de « cercle vicieux » semble se faire ressentir dans le mouvement sportif délégataire. En effet, la confiance des médecins dans les compétences des clubs à accueillir et accompagner leurs patients est assez limitée, tout comme leurs conditions d'exercice ne leur laissent que peu d'espace pour aborder de manière éducative la question de l'activité physique. Les clubs qui ont construit des programmes de sport-santé ont peu de pratiquants qui arrivent sur ordonnance, et la faculté à trouver du public se heurte à la très faible auto-détermination des publics visés. Déçus par un modèle sensé être extrêmement efficace et qui peine finalement à amener des nouveaux licenciés, un certain nombre de clubs choisit de fermer ses sessions de sport-santé. Cela entraîne une diminution de l'offre de proximité et donc un choix moindre, tant pour les médecins qui voudraient prescrire vers les clubs que pour les individus qui recherchent une structure d'accueil. C'est ce qui se traduit par un désengagement progressif de ces deux types d'acteurs qui, dans un cas, n'ont pas assez de lieux vers lesquels prescrire, et dans l'autre cas, ont moins de chance de trouver une pratique qui leur corresponde à proximité de leur domicile. Le public étant moins nombreux, cela amène encore moins de nouveaux pratiquants dans les clubs et pousse, *in fine*, de nouveaux clubs à abandonner les créneaux dédiés au sport-santé. C'est ce que nous caractérisons sous l'appellation « cercle vicieux » et qui renvoie à ce désengagement en chaîne des acteurs, constaté dans de nombreux territoires. Or, comme nous l'avons compris, les structures de santé ont besoin d'une multiplicité d'opérateurs en sortie de soins afin de poursuivre la prise en charge en Activité Physique Adaptée, souvent très encadrée et jusque-là bien inscrite dans le parcours du patient. La faible propension des fédérations à jouer ce rôle de façon globale affaiblit l'ensemble de la politique sport-santé, la continuité de l'activité physique étant souvent rompue quand les patients ne sont plus inscrits dans des dispositifs spécialisés, lors du retour à domicile ou dans une pratique autonome.

On remarque alors que les fédérations affinitaires sont beaucoup moins touchées par ce phénomène, ayant déjà un public et des habitudes de fonctionnement pérennes. Leur modèle reste cependant centré sur la prévention primaire, particulièrement pour les publics avançant en âge grâce à une émulation entre pairs et un encadrement spécifique avec des formations renforcées et le recrutement de compétences spécifiques. Cela s'explique par la différence de raison d'être des fédérations délégataires et affinitaires qui, dans un cas, visent la compétition et la recherche de performance et, dans l'autre, visent le bien-être et l'épanouissement de l'individu dans une

perspective globale de santé. Pour autant, dans les deux cas et à l'échelle du territoire français, très peu de clubs vont réellement vers les préventions secondaires et tertiaires de la pathologie.

Nous avons alors tenté de caractériser ce qui permet à certains clubs de s'inscrire dans cette perspective malgré les difficultés et qui, à l'inverse de la dynamique évoquée, multiplient les sessions de sport-santé tout en trouvant un large public. Il apparaît alors que ce sont ceux qui se sont dotés de compétences professionnelles spécifiques (le plus souvent en APA-S et parfois en masso-kinésithérapie notamment, et/ou par l'accompagnement d'un médecin ayant un engagement fort dans le sport-santé) qui touchent le plus facilement une audience large. En particulier, les clubs qui ont un éducateur sportif spécialiste de la discipline qui est par ailleurs enseignant en APA ou masseur-kinésithérapeute multiplient leurs chances de développer des sessions pérennes. C'est également le cas quand un de ces deux profils ou un médecin sensibilisé au sport-santé fait partie de l'organe de direction du club et s'investit dans le projet. C'est enfin le cas de ceux qui ont réussi à nouer des partenariats avec d'autres acteurs, particulièrement des dispositifs locaux de prescription, des ESSMS et/ou des structures locales de santé telles que des MSP ou des CPTS. Ces résultats sont cumulatifs car, en dehors des dispositifs de prescription pour lesquels les clubs sont souvent accompagnés par les professionnels dudit dispositif, cela nécessite à la fois le temps et l'énergie de démarcher les structures. Plus encore, cela implique d'avoir des compétences pour parler d'une activité à visée de santé avec des professionnels qui cherchent à garantir la sécurité de leurs patients et ainsi construire une confiance réciproque. De ce fait, les clubs qui ont des compétences spécifiques à disposition, que ce soit d'un professionnel de santé ou d'un enseignant en APA, sont bien souvent également ceux qui arrivent à nouer des partenariats et, *in fine*, à faire exister des sessions sport-santé qui se multiplient et pour lesquelles le public répond présent. Comme l'explique le dirigeant d'un club d'athlétisme péri-urbain :

« Ici, j'ai l'impression qu'on a créé une dynamique incroyable : au début on avait un créneau par semaine, maintenant on en a sept, et à la rentrée prochaine un huitième. [...] Ça s'est pas fait tout seul, on a pris un enseignant en APA stagiaire qui nous a aidés à comprendre ce qu'on devait faire, on a fait des partenariats avec des maisons de santé, on a invité les gens, on a fait plein d'évènements découvertes et puis progressivement, les gens sont venus. [...] Mais il fallait un engagement politique de l'ensemble du club, sinon ça ne marche pas, et puis il faut accepter de prendre le temps d'aller chercher les gens. Et il fallait aussi que les gens soient contents hein ! Notre meilleure pub c'est le bouche à oreille, ça fonctionne hyper bien. Quand vous voyez votre voisine du même âge qui revient toute contente de sa marche nordique, et ben ça paraît plus accessible, et ça les gens nous le disent, ils auraient jamais poussé notre porte s'ils avaient pas eu, si vous voulez, ce gage un peu de qualité. Et une fois qu'ils viennent, ils repartent plus parce qu'ils prennent beaucoup de plaisir, ils discutent, y en a beaucoup qui se retrouvent en dehors des entraînements, on trouve ça génial ».

Les clubs dont les sessions sport-santé se sont pérennisées expliquent de cette façon qu'il a fallu un engagement fort et une prise de décision collective pour « investir » la thématique. Ils relèvent systématiquement la nécessité de compétences professionnelles spécifiques en APA et l'importance de penser le projet dans la durée en rompant avec les habitudes : il n'est plus question d'attendre que des pratiquants arrivent, mais d'aller les convaincre en multipliant les approches et les temps de découverte. Cela implique également de repenser l'accueil et la perception de pratiquants historiquement éloignés des clubs, tel que le relève une dirigeante de club de basketball :

« Bien sûr quand j'en ai parlé pour la première fois en bureau, et que les gens ont compris que ce seraient des gens un peu malades, pas sportifs, qui allaient arriver, on m'a un peu pris pour une folle. [...] Faut pas se

mentir, on est dans un monde qui aime la compét, qui aime les sportifs... Les gens malades, les gros, c'est quand même pas ceux que vous trouvez dans les clubs, n'est-ce pas ? Y a qu'à voir quand un gamin en surpoids arrive : bien sûr qu'on le prend, mais on voit bien que l'entraîneur est pas très motivé et que si le gamin arrête la saison d'après, la plupart du temps ça fait pleurer personne... Et je sais que certains clubs autour vont plus loin, ils disent qu'il y a plus de place ou que les équipes sont complètes. Et moi j'en avais marre de ça, parce qu'on a un devoir quand même, je trouve que c'est notre mission que tout le monde prenne sa place : les jeunes, les vieux, les gros, les maigres, tout le monde doit pouvoir prendre du plaisir dans le sport. C'est un peu politique, mais c'est ici qu'on doit être une société, déjà ».

Ce discours renvoie à la socio-démographie des clubs du mouvement sportif délégataire, qui accueillent en majorité des individus jeunes et en bonne santé (INJEP, 2022). Le stigmate est à ce titre régulièrement porté sur ceux qui n'entrent pas habituellement dans les populations d'accueil des clubs, ce qui freine leur engagement et qui est, si l'on en croit les enquêtés, souvent perceptible dans la façon d'être accueillis. Comme le relève la citation précédente, il faudrait donc transformer le regard des dirigeants et entraîneurs afin de favoriser un accueil bienveillant et adapté, y compris dans les sections sport-santé. Notre enquête relève à ce titre un certain nombre de discours stigmatisants qui semblent aller contre l'accueil de publics vulnérables, les personnes malades chroniques et/ou inactives étant régulièrement qualifiées de « flemmardes », de « paresseuses » voire de « parasites ». Sont ainsi souvent présentées comme problématiques les personnes qui n'ont jamais fait de sport et qui n'ont pas de culture sportive en arrivant dans le club, ne sachant pas exactement comment s'habiller ou ne connaissant pas le vocabulaire adapté et technique pour évoquer les équipements, les gestes etc. Les inégalités d'accès au sport et les distributions sociales de la pratique sont dans ce cadre effacées au profit de discours sur la motivation individuelle, sur la prise en main de soi et sur la responsabilité de l'individu face à la mise en mouvement de son corps, dans une forme de « morale de l'effort » déjà analysée par la sociologie (Génolini & Clément, 2010).

C'est également ce qui explique que ce sont majoritairement des personnes déjà à proximité du club ou ayant déjà eu une licence qui rejoignent les sessions de sport-santé, étant davantage en mesure de correspondre aux attentes des acteurs du club. A l'inverse, les clubs qui pensent l'accueil des publics éloignés sont aussi ceux dont les sessions fonctionnent le mieux :

« On a compris qu'il fallait qu'on soit rassurant, qu'on explique bien ce qui allait se passer et les bienfaits, qu'on ne mette pas la pression pour payer la licence, donc qu'on mette des moments gratuits de découverte... et qu'on mette un prix bas, adapté. Si les gens sont déjà pas convaincus et qu'en plus ils doivent payer 300€ de licence, forcément ça va pas super bien marcher. Donc pour le sport-santé on a une tarification spéciale et on a prévenu dans le club d'être... d'être particulièrement accueillants, d'inclure vraiment, de faire l'effort d'aller vers les gens. Et comme par magie, on est complets depuis qu'on fait tout ça ! »

Les inégalités d'accès au sport-santé étant calquées sur le gradient social de santé, il est à ce titre nécessaire que le coût de la licence ne soit pas un frein. En effet, les individus les plus inactifs physiquement sont aussi ceux issus des milieux les plus défavorisés, c'est-à-dire ceux qui ont le moins de ressources à consacrer à ce qui est considéré comme un loisir. Cela est d'autant plus vrai que ce sont également les personnes qui sont le plus durablement éloignées de l'activité physique et pour qui le lien aux clubs est le plus lointain. Le coût de la licence représente à ce sujet une somme en décalage tant avec les habitudes de consommation qu'avec les envies d'investissement, dans un contexte de tension budgétaire extrêmement forte des individus les plus vulnérables. Alors

que presque 30% des français déclarent ne pas faire de sport en raison de son coût (INJEP, 2022), on peut faire l'hypothèse forte que ce chiffre est d'autant plus important pour le sport-santé, tant les problématiques de santé sont marquées par des inégalités sociales. On remarque alors que le prix constitue un obstacle important et que les clubs qui ont adopté des stratégies pour diminuer les coûts de la licence ont plus de facilité à accueillir les publics éloignés : tarification en fonction des ressources familiales, période de gratuité ou licences sport-santé à coût très modéré sont ainsi des moyens efficaces de limiter l'impact de la barrière financière.

B. Des investissements fédéraux inégaux

Les financements alloués dans le cadre d'appels à projets ou de conventions d'objectifs entre le Ministère et les fédérations ont permis de construire des programmes de sport-santé dans les fédérations délégataires au début des années 2010, avec l'aide de commissions médicales, voire de commissions dédiées au sport-santé, mais ils n'ont pas toujours été pensés dans la durée et pour le développement de la pratique. Comme l'explique le Directeur Technique National d'une fédération délégataire :

« On a eu de l'argent un moment, ça a permis de réunir des experts, de mettre en place des programmes vu qu'on partait de zéro. Donc tout ça a plutôt bien roulé dans la phase de construction. Mais ensuite ? On n'a plus eu vraiment d'argent dédié à ça, et c'est problématique car on ne peut pas suivre le développement, ni recruter pour faire le suivi, ni aider directement les comités ou les ligues qui se débrouillent un peu comme ils peuvent et selon leur bonne volonté ou leur envie sur le sujet. » (DTN d'une fédération délégataire)

La problématique, telle que relevée par cet enquêté, aurait été de faire vivre la pratique après l'avoir construite et ce afin de lui donner une existence réelle dans les territoires. C'est ce qui revient dans les entretiens, où les dirigeants insistent sur la perte progressive de budgets alloués : ils n'auraient pas les moyens de suivre les programmes développés à la hauteur de la commande initiale sans un renouvellement des aides financières, ce qui relève avant tout d'un choix politique des fédérations délégataires, où le sport-santé est rarement placé en priorité et où les fonds ne sont donc pas nécessairement pensés dans le budget global :

« Bien sûr que le sport-santé c'est important, mais comment dire ça... Ce n'est pas non plus le cœur de notre métier, donc on finance en priorité les activités de formation des cadres, l'accompagnement technique, le haut-niveau, les filières de performance et tout ça, tout ce qui rapporte à la compétition hein il faut le dire ! » (vice-président d'une fédération délégataire)

Les activités à visée de santé restent à ce titre pour une majorité des acteurs rencontrés au niveau fédéral tout comme dans les échelons inférieurs, une activité annexe qui n'est que très rarement placée au rang des priorités. Pour autant, l'activité est systématiquement maintenue, dans une perspective éloignée relativement à l'objectif initial, puisqu'il s'agit davantage de donner de la visibilité à une réalisation fédérale que de lui donner de l'épaisseur. L'affichage du sport-santé serait alors une forme de « point de passage obligé » (Lascoumes, 1998), que les fédérations mettent politiquement en exergue dans leurs programmes de développement pluriannuels, afin de rester en adéquation avec les conventions d'objectifs sans pour autant qu'un suivi régulier ou qu'un investissement réel ne soit instauré :

« Si vous regardez notre site internet c'est marqué que [l'activité santé] est une priorité politique de la fédération. Et c'est marrant parce que c'est une priorité pour tout le monde quand on regarde internet ou les plans de

développement. Mais personne n'en fait vraiment, je veux dire en le prenant à bras le corps ! Parce que tout le monde joue sur la même ambiguïté entre l'affichage et la pratique réelle. [...] La réalité c'est qu'on n'est pas structurés pour ça et qu'on n'a pas les ressources suffisantes là-dessus, donc on fait un petit peu mais pas beaucoup non plus ». (DTN d'une fédération délégataire)

Comme le poursuit l'enquête dans l'entretien, cet affichage se fait avant tout pour contenter les partenaires institutionnels, certains sponsors et rester dans le cadre imposé des conventions passées, ce qui serait également nécessaire dans un jeu de concurrence entre fédérations où l'on ne peut se permettre de laisser trop d'avance à une autre fédération sur un sujet politiquement attendu. Les données récoltées montrent en ce sens que la volonté des fédérations pour déployer l'activité n'est, pour certaines d'entre elles, pas assez importante et surtout pas réellement ancrée dans une volonté politique propre pour vivre par-delà l'allocation de ressources financières. En d'autres termes, le fait de répondre à une commande pour obtenir des financements n'inscrit pas irrémédiablement la pratique comme une priorité sur le temps long. Au contraire, les enquêtés montrent une forme de désintérêt pour le sport-santé :

« Oui, des financements allaient tomber, on s'est positionné c'est normal et ça fait exister quelque chose de nouveau. Mais une fois que ces appels à projet disparaissent et qu'on revient dans une tension budgétaire réelle, avec des choix à faire [...] et bien on n'a pas vraiment le choix, on fait ce pourquoi on est là. [...] Et pour l'instant, le sport-santé n'est pas une priorité, même si on ne peut pas vraiment le dire comme ça, mais on a déjà énormément à faire avec les pratiques sportives, enfin compétitives. » (entretien avec un vice-président de fédération délégataire)

A ce titre, les dirigeants fédéraux rappellent systématiquement le poids important de la conjoncture économique dans les choix opérés et leur nécessité de se recentrer sur leur activité primaire afin de rationaliser les dépenses. Cela explique en partie que l'investissement en demi-teinte du mouvement sportif délégataire est régulièrement mal perçu et pose problème aux dirigeants de fédérations affinitaires qui ont la sensation d'être dépossédés de leur propre activité : ils ont construit une expertise, des programmes et des formations qui visent spécifiquement la santé (entendue au sens de l'OMS) des bénéficiaires depuis plusieurs dizaines d'années et n'en sont, dans ce cadre, plus les seuls dépositaires. Un chargé de mission sport-santé d'une de ces fédérations explique :

« C'est quand même très dérangeant cette histoire. Nous on construit quelque chose depuis des années, qui fonctionne, sans un immense soutien ne nous mentons pas, et aujourd'hui tout le monde dit qu'il fait du sport-santé, ça dilue les financements pour finalement ne pas faire grand-chose avec des fédés qui, entre nous, ne sont pas spécialement motivées. » (entretien avec un chargé de mission d'une fédération affinitaire)

Cette opposition entre fédérations qui seraient légitimes ou illégitimes dans le développement du sport-santé a régulièrement été mise en avant, montrant la différence d'expérience et de capacité à agir. Pour autant, le propos est régulièrement nuancé et insiste sur l'importance d'impliquer l'ensemble des acteurs sur les questions de santé, mais en « investissant réellement le projet » et pas seulement pour récupérer des fonds dans une stratégie financière jugée peu éthique, voire problématique. Les bienfaits admis du sport-santé réunissent les acteurs du monde affinitaire qui ont construit leur identité sur cette idée : ils souhaitent à ce titre qu'un élan réel soit donné et que les initiatives porteuses se multiplient, à condition que des compétences soient construites et que les programmes visent l'épanouissement, la santé et l'autonomie des bénéficiaires.

On remarque alors que certaines fédérations délégataires vont à rebours de ce mouvement « d'investissement limité » et se sont emparées des activités de santé. C'est particulièrement le cas de celles qui étaient en perte de vitesse ou qui voyaient leurs activités concurrencées par le développement de pratiques dites « libres » et non-encadrées (Chaix & Chavinier-Réla, 2015; Mignon, 2015). Un cadre technique d'une fédération relate par exemple :

« Nous on n'a pas vraiment eu le choix... Si vous voulez le sport-santé ça correspondait quand même à ce qu'on pouvait mettre en place, mais ça représentait potentiellement un vivier important de nouveaux licenciés. On a une perte terrible de licences depuis un certain nombre d'années et je ne vous fais pas un dessin sur ce que ça représente économiquement. [...] Donc contrairement à d'autres, ce n'était pas juste une mise en scène, nous on s'est vraiment dit que si on travaillait, que si on construisait des formations, etc. on pouvait faire de cette pratique le cœur de notre activité. » (entretien avec un cadre technique d'une fédération délégataire)

En fonction de leurs trajectoires de développement et de leur capacité à survivre au-delà de ces nouvelles commandes en se focalisant sur leur activité primaire, les fédérations investiraient, de façon différenciée, le sport-santé. Cette différence d'investissement s'est traduite notamment dans la stratégie en ressources humaines, par l'embauche de salariés ayant des compétences spécifiques ou, au contraire, par l'affectation de nouvelles missions à des salariés déjà en place dont ce n'est pas le cœur de métier. La majorité des fédérations délégataires a alors privilégié la réaffectation de ressources, en confiant le développement du sport-santé comme mission annexe à un cadre technique ayant généralement en charge le socio-sport ou des questions considérées comme « périphériques » ou « de développement ». Cela a été douloureux pour certains enquêtés qui ont vu arriver la tâche comme une contrainte supplémentaire dans un panel de missions déjà large. Surtout, la question de l'impossibilité structurelle de recruter spécifiquement est remise en question par ces cadres et par d'autres fédérations, notamment celles qui sont le plus investies sur le sujet :

« On entend régulièrement que c'est impossible d'embaucher là-dessus, que ça coûte trop cher, que les fédés n'ont pas les moyens etc. Mais tout ça c'est juste parce qu'ils n'ont pas envie, il faut se le dire. Quand il faut aller chercher un entraîneur ou un technicien sur des compétences sportives, on n'a jamais entendu une fédé dire qu'elle n'avait pas les moyens. C'est une question de choix et donc d'envie. [...] Quand il y a une médaille à aller chercher, tout le monde arrive à modifier les budgets ! Donc si tout le monde voulait embaucher des APA pour faire le boulot, tout le monde pourrait également. » (entretien avec le DTN d'une fédération délégataire)

Le discours consistant à mettre en avant l'incapacité à recruter aurait à ce titre été un moyen de masquer des choix politiques, en faisant reposer sur la conjoncture économique une incapacité à agir beaucoup plus acceptable aux yeux des partenaires institutionnels dans un contexte de conventionnement. C'est notamment le manque de recrutement de ressources humaines qualifiées en matière de santé qui a régulièrement été pointé du doigt lors de l'enquête. En particulier, et outre les médecins et kinésithérapeutes du sport historiquement présents dans les fédérations, des enseignants en APA issus des formations sciences et techniques des activités physiques et sportives (STAPS) mention « Activité Physique Adaptée et Santé » étaient parfois attendus pour piloter le développement du sport-santé au sein des structures fédérales. Des enseignants en APA coordinateurs issus de formations de master ayant des compétences de conception, de gestion et d'évaluation des projets en activité physique à visée de santé ont émergé mais ont été peu sollicités en dehors des fédérations affinitaires, leurs compétences peinant à être reconnues dans le mouvement sportif qui privilégie l'embauche d'éducateurs sportifs n'ayant pas le même niveau de qualification mais étant passés par les systèmes de formation internes. Pour autant, cette différence

de compétences est reconnue par les cadres et dirigeants du système fédéral qui ont conscience de leur difficulté à piloter des projets en santé :

« Honnêtement on galère pour mener ces projets, parce que c'est très particulier la santé. [...] Donc pour aller chercher des partenaires, travailler avec des hôpitaux, des médecins et tout ça, on sort de notre domaine de compétence et on se rend compte que ça coince. Soit on n'est pas pris au sérieux, soit on n'a pas le bon langage, sans doute pas les bonnes entrées, mais on vit dans deux mondes bien différents... On a évoqué de recruter un APA pour faire ça, mais c'est toujours pareil, il faut du budget et pour l'instant ça n'a pas bougé. » (entretien avec le chargé de mission « nouvelles pratiques » d'une fédération délégataire).

C'était ainsi la capacité à faire le lien entre le monde de la santé et le monde du sport qui fait défaut, notamment la possibilité d'appréhender le fonctionnement spécifique du mouvement sportif tout en comprenant les attentes et les besoins du milieu médical. Or, on constate encore que les fédérations sont extrêmement disparates en termes de ressources pour piloter la politique fédérale de sport-santé et qu'il n'y a aucune harmonisation entre les fédérations. Si certaines ont des personnels dédiés voire mêmes des équipes ayant des compétences spécifiques, d'autres n'ont pas l'équivalent d'un ETP dont la missions serait exclusivement tournée vers cette pratique, ce qui amène de très larges disparités, tant dans le développement général que dans l'accompagnement des structures territoriales. Comme le détaille le DTN adjoint d'une fédération délégataire :

« Oui il faudrait qu'on ait des APA-S à tous les niveaux, que nous fédérations on ait ces compétences pour accompagner les ligues, les comités, puis les clubs. Et quasiment à chacun de ces niveaux il faudrait ces compétences pour piloter véritablement les projets. Mais cela nécessiterait une vraie ambition politique, avec la mise à disposition de budgets afférents et tout ça. [...] Donc là on voit que des ligues mettent ça en place ou recrutent, c'est très bien, ça permet de faire ce que nous on n'est pas capables de faire aujourd'hui ».

C'est alors la question de la délégation de la compétence aux instances territoriales qui nous intéresse ici : une fois le programme national construit, et en l'absence de compétence à l'échelon fédéral, il a été conféré aux ligues régionales et comités départementaux de s'approprier la thématique et de piloter localement les projets. C'est ce que nous expliquent la quasi-totalité des enquêtés, en vantant le travail réalisé par les acteurs tout en remarquant des différences d'investissement considérables d'un territoire à l'autre, à partir d'un fonctionnement fondé sur le bon-vouloir et l'initiative personnelle plutôt que sur une stratégie fédérale définie. Le maillage en termes d'offres de pratiques et de compétence est donc très disparate, d'autant plus que les structures locales les plus investies tentent de recruter des compétences en APA-S, ce qui renforce l'écart d'implication entre les territoires et potentiellement entre les fédérations sur un même territoire. *In fine* et tant que les politiques fédérales ne seront pas harmonisées, cela contribue à renforcer les inégalités territoriales d'accès au sport-santé. Ces ligues et comité ont notamment recruté sous le format de l'alternance des étudiants en master APA-S qui, à moindre coût grâce aux aides substantielles de l'État pour favoriser l'embauche d'apprentis, gèrent les projets sport-santé et développent l'activité en accompagnement des clubs dans l'ensemble des démarches (processus de labellisation, lien avec les collectivités territoriales, etc.). Ces alternances donnent parfois lieux à des recrutements à plus long terme, mais pas toujours sur des temps complets, ni en reconnaissant toujours le niveau de coordinateur. Il s'agit dans ce cas de pallier le problème de compétences tout en ne dépossédant pas les autres activités à visée compétitives. De nouveaux modèles sont donc créés localement, où les structures déconcentrées prennent parfois le rôle de gestionnaire de projet, se réappropriant les demandes et bousculant l'ordre fédéral traditionnellement établi.

On observe ainsi de larges disparités au niveau des clubs. Deux types d'engagement peuvent être distingués pour les clubs qui choisissent de mettre en place du sport-santé, particulièrement dans les fédérations délégataires :

- l'engagement minimal, où le club construit une pratique de sport-santé qui vise particulièrement les proches du club, qui n'ont pas besoin d'une réelle adaptation et qui cherche une activité moins compétitive, à raison d'un ou deux créneaux par semaine, encadrés par un bénévole. Il s'agit généralement de clubs de taille modeste (moins de 250 licenciés)

- l'engagement intensif, où entre 5 et 15 créneaux par semaine sont proposés par un ou plusieurs encadrants spécialisés (enseignant en APA et éducateurs sport-santé ayant des formations spécifiques), majoritairement dans des clubs très structurés, de taille conséquente (plus de 300 licenciés) et ayant déjà des salariés par ailleurs.

Cet investissement différencié rend compte d'inégalités dans la capacité à mettre en place le sport-santé : s'il est possible d'investir le sujet pour les clubs déjà structurés et ayant des ressources importantes, c'est moins le cas pour les plus petits clubs. C'est ainsi la capacité à investir du temps et des moyens qui explique, selon l'ensemble de nos enquêtés de clubs, la faculté à proposer du sport-santé. La question des équipements à disposition est par ailleurs centrale, les territoires urbains ayant potentiellement davantage de lieux de pratique à offrir. Enfin, la disposition d'un dirigeant à accorder de l'importance aux questions de santé est régulièrement mise en avant comme le facteur explicatif de l'engagement dans la pratique, en complément de la taille de la structure et des ressources disponibles pour investir dans de la formation ou dans l'embauche de personnel qualifié.

C. Des fonctionnements variés à structurer

Comme nous l'avons compris, les fédérations tentent différemment d'organiser les activités de sport-santé, en affichant des formes de réussites pour rentrer dans le cadre des partenariats définis. Un des moyens employés est d'avoir des chiffres conséquents à médiatiser, en particulier en rendant compte d'un public élargi et en mobilisant des labels, dont l'existence est parfois de courte durée. En effet, les fédérations utilisent le label comme un instrument à la fois comptable et de suivi de la qualité : il s'agit de recenser le nombre d'actions déployées, mais également d'assurer une qualité d'accueil qui corresponde théoriquement aux compétences disponibles et aux besoins du pratiquant. Les fédérations ont ainsi construit des programmes sport-santé qui comportent un ou plusieurs labels, correspondant à plusieurs niveaux d'encadrement et/ou de limitation. Pour certaines fédérations, le premier niveau de label ou de reconnaissance correspond à une action dite de « découverte », à savoir une séance ouverte à tous dans le cadre d'un événement plus large, ou pour présenter l'activité sur un territoire. Certaines fédérations recensent le nombre de participants à ces sessions de découverte et les comptabilisent dans le bilan annuel comme des pratiquants, même s'ils n'ont pas pris de licence durable et s'ils n'ont pas réitéré la participation au-delà de ce moment. C'est notamment ce qui leur permet d'afficher des chiffres plus conséquents, à la fois pour les partenaires et comparativement aux autres fédérations. Chaque fédération dispose de son propre mode de labellisation et de contrôle de l'activité des clubs, également des façons

différenciées de décompter les pratiquants. Cela rend extrêmement difficile de comparer les chiffres et les personnes qui ont effectivement une activité physique régulière et adaptée dans les clubs, les chiffres renvoyant à des diversités de pratique, d'encadrement et de temporalité.

Les labels posent également la question de la labellisation en tant que telle : pour être associé au programme fédéral, souvent pour pouvoir utiliser le nom (« tennis santé », « athlé-santé », « basket santé » etc.) et enregistrer des licences spécifiques, les clubs doivent obtenir un label. C'est ce qui permet de veiller au respect du cahier des charges imposé par les fédérations, gage de qualité et de suivi de l'activité, mais également parfois d'associer des dotations matérielles et l'utilisation d'outils de communication. Pour la majorité des fédérations rencontrées, cette labellisation doit être renouvelée tous les trois, six, neuf ou douze mois selon les cas. Il s'agit de remplir un dossier, plus ou moins long et complexe, qui recense l'action envisagée, l'encadrement, les lieux et horaires de pratique, et d'autres informations administratives. Cette labellisation s'accompagne régulièrement de certaines contraintes, notamment la réalisation de tests pour chaque pratiquant, souvent en début, milieu et fin de programme. La réalisation de ces bilans physiques est rébarbative pour les encadrants et pas forcément source de plaisir pour les pratiquants, même s'ils peuvent y trouver une forme de satisfaction quand les évolutions sont positives. Surtout, elles récoltent des données qui amènent à un constat déjà établi : l'activité physique a des effets positifs sur la santé et sur l'amélioration de la condition physique. Dans l'immense majorité des cas, ces bilans n'interrogent pas l'engagement du patient ni la transformation de ses habitudes de vie, moins encore les effets ressentis et le plaisir éprouvé, mais seulement des caractéristiques corporelles qui, finalement, n'amélioreront pas l'engagement dans la pratique et ne permettront pas le développement du programme sur des critères qualitatifs. Il est de surcroît attendu que les données recueillies soient transmises à la fédération, ce qui permet de montrer l'impact du programme en termes de performance corporelle mais également de contrôler ce qui est mis en place par les clubs. Or, cela est particulièrement chronophage si l'on en croît les acteurs locaux :

- « *Ça nous prend un temps infernal : à chaque fois faut refaire le label, faut faire les tests, faut rentrer tous les résultats dans un fichier, faut faire un bilan à la fin... et on recommence tout six mois après. C'est une perte de temps affreuse, comme si on avait le temps de faire ça avec nos moyens !* » (éducateur sportif)
- « *Il faut absolument simplifier la façon de faire du sport-santé dans les clubs, on en a qui se désengagent parce qu'ils en ont marre de remplir des dossiers et on galère à trouver des lieux de pratique ensuite.* » (coordinateur d'un dispositif local de prescription)
- « *Alors nous honnêtement, on a continué de faire du sport-santé, mais on a arrêté de demander le label. On n'utilise plus le nom de la fédé, mais au moins on n'a plus toutes ces contraintes. Sachant que ça marche bien hein, mais faire des bilans pour six créneaux par semaine, répondre au cahier des charges et tout ça, c'est un boulot à temps plein. Donc ciao le label, et au moins on perd plus de temps.* » (dirigeant d'un club)

A ce propos, nous avons constaté sur le terrain que les modalités de labellisation, si elles rassurent au début en proposant un cadre structurant, sont très vite perçues comme une charge de travail qui amène à ces deux résultats principaux : le désengagement ou la poursuite de l'activité en dehors du label. Les fédérations qui ont le cahier des charges le plus imposant et qui demandent le plus de données sont celles qui sont le plus touchées par ces phénomènes, la contrainte semblant déséquilibrée par rapport aux apports pour le club. Cela est d'autant plus vrai pour les fédérations

qui demandent aux clubs de financer le label, avec un coût financier qui s'ajoute à la charge administrative :

« Déjà que le sport-santé, c'est pas simple. Faut y passer du temps, c'est ce qu'on disait ! Mais en plus faut payer la fédé, alors même qu'on rentre pas dans nos frais. Donc ils sont bien gentils mais construire un truc qui nous fait perdre de l'argent, et qui en plus nous demande de former des gens, et qui en plus est quand même pas central dans le club...Bon, vous m'avez compris ? Ce sera sans nous. » (dirigeant de club)

A ce titre, la contrainte économique qui pèse sur les clubs est importante : il faut effectivement payer dans certains cas la labellisation, mais il faut également trouver un intervenant ayant des compétences reconnues en sport-santé, soit par une formation médicale ou en APA-S, soit par une formation fédérale interne. Là-encore, les modalités diffèrent largement selon les fédérations. Toutes proposent une formation spécifique, mais les publics visés ne sont pas les mêmes : la formation peut être à destination de tous (bénévoles, éducateurs sportifs, autres professionnels), des éducateurs sportifs de la fédération uniquement, ou parfois même à destination d'un seul type d'éducateurs sportifs (DEJEPS en particulier). Les temps de formation varient également : condensés en une semaine, en formation continue sur plusieurs mois, avec ou sans obligation de présentiel et sur un volume d'heures allant du simple au triple, à partir de 30h environ. Le coût de ces formations varie également largement : certaines fédérations le prennent en charge, pour d'autres, ce sont aux clubs voire aux impétrants eux-mêmes de le financer, avec des tarifs allant du simple au quintuple. Ces formations ont des contenus différents et proposent l'encadrement de publics divers, allant de la prévention primaire jusqu'à la prévention secondaire et tertiaire de la pathologie chronique. Ces différences sont problématiques car elles contribuent à renforcer le flou sur les compétences nécessaires à l'accompagnement des publics et il est difficile d'envisager que ces compétences minimales d'accueil et de sécurisation puissent être acquises en une vingtaine d'heures d'un côté quand il en faut cent de l'autre, ce que rien n'explique scientifiquement ou pédagogiquement. Il semble à ce titre nécessaire d'harmoniser tant les contenus de formation, en les adaptant à chaque pratique, que les modalités de reconnaissance de ces compétences. Comme le précise une enseignante en APA :

« Je suis en libéral et j'essaie de travailler avec plusieurs fédérations [...]. Mais mon diplôme des fois il est suffisant, des fois faut que je fasse des formations complémentaires parce que même si j'ai une licence, on me demande la formation de trente ou quarante heures. Et des fois carrément j'ai pas le droit car c'est réservé aux éducateurs sportifs. Donc faudra m'expliquer pourquoi, alors que j'ai les compétences, dans une fédération je peux, dans l'autre je peux pas et dans l'autre je peux un peu mais avec des conditions. »

Telles que les relève cette professionnelle, les variations observées entraînent des difficultés à agir y compris pour des professionnels dont le diplôme garantit non seulement la connaissance des pathologies et des besoins du pratiquant, mais encore celle des parcours de soin et la maîtrise des compétences d'adaptation. Il semble à ce titre particulièrement surprenant, alors même que l'objectif politique général est la multiplication des activités disponibles, d'empêcher des professionnels qualifiés d'encadrer ou les obliger à une formation complémentaire, parfois dispensée par des acteurs fédéraux n'ayant pas de compétences attestées en la matière.

De très larges disparités sont également observées entre les fédérations dans l'organisation de leurs formations. Si certaines ont construit des formations de formateurs pour toucher plus facilement du public, d'autres sont entièrement gérées par la direction nationale et sont communes à tout le territoire, n'offrant qu'un nombre réduit d'opportunités annuelles de formation. Ce mode

de fonctionnement pose problème dans le développement des pratiques car il est attendu que ceux qui veulent être formés soient disponibles sur les quelques temps proposés par la fédération, parfois très loin de chez eux et sans possibilité d'aménagement, ce qui entraîne un désengagement rapide. La question des animateurs/encadrants disponibles est pourtant cruciale pour les clubs car c'est sur leur disponibilité que repose la possibilité de mettre en place du sport-santé. Tous les freins qui ralentissent ou empêchent les personnes motivées de se former sont à ce titre des barrières à la multiplication des lieux de pratique et à l'émergence de sessions sport-santé dans les clubs.

Ces formations fédérales, appelées « certifications », sont administrativement reconnues avec l'arrêté du 8 novembre 2018 relatif à la liste des certifications fédérales autorisant la dispensation d'une activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée¹³, complété par l'arrêté du 23 décembre 2020¹⁴. Pour autant, cette liste ne concerne que « *les malades chroniques ne présentant pas de limitations fonctionnelles ou des limitations fonctionnelles minimales, [...] [dans une forme d']encadrement non rémunéré[e]* ». Or, comme nous l'avons compris, l'immense majorité des pratiquants de sport-santé dans les clubs du mouvement sportif n'arrivent pas avec une ordonnance, ce qui pose la question des compétences nécessaires dans un cadre relativement flou sur les publics encadrés et sur les niveaux de diplômes ou de certification nécessaires : chaque fédération proposant son contenu de formation, ses modalités et son contrôle des professions encadrantes, on observe de très larges variations dans la mise en pratique qui se caractérisent par de grands écarts en matière d'accueil des publics, d'adaptation et de sécurisation de la pratique. *In fine*, selon les fédérations, la propension à accueillir véritablement des publics vulnérables et à leur fournir les moyens de s'engager sur le temps long est extrêmement variable et contribue parfois au « cercle vicieux » évoqué précédemment. En effet, il est essentiel que les pratiquants trouvent une qualité d'accueil et d'encadrement où qu'ils aillent : chaque expérience manquée est un renforcement de la perception négative de l'activité physique qui a des conséquences sur le temps long. A ce titre, si un malade chronique déjà éloigné de l'activité physique et sceptique quant à sa capacité à se mettre en mouvement est mal encadré, mal accueilli et/ou mal accompagné, il est presque certain qu'il ne retiendra jamais l'expérience, l'effort initial perçu étant trop important et la socialisation sportive trop faible pour espérer que de nouvelles tentatives soient réalisées. Pour le dire autrement, chaque pratiquant qui ne trouve pas une expérience positive dès son arrivée dans le club est un pratiquant perdu en matière de sport-santé. Il est donc essentiel que chaque professionnel soit associé au public pour lequel il est le plus apte à agir, en respect des compétences de chacun et des besoins du pratiquant.

Il ne peut alors s'agir de déléguer aux clubs les tâches qui sont effectuées dans les dispositifs médicaux, mais bien de leur permettre d'intervenir une fois que des déficits de ressources ont été comblés et l'autonomie augmentée. Les clubs peuvent offrir les conditions de possibilité d'une pratique physique pérenne en tant que citoyen, et non pas patient, ni même malade (Perrin, Perrier, 2022). C'est d'ailleurs ce qui fait défaut aujourd'hui, les dispositifs émergents réalisant surtout un travail d'orientation vers les clubs alentours disposant de créneaux spécifiques au sport-santé. Cette transition est particulièrement difficile, les bénéficiaires ne retrouvant que peu dans les clubs l'accompagnement individualisé et sécurisant qu'ils avaient jusqu'alors, et les clubs étant mis en

¹³ Consultable à : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000037658253>

¹⁴ Consultable à : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043190615>

difficulté face à l'accueil de « malades », qu'ils ont du mal à prendre en charge et accompagner. Pour autant, les fédérations et leurs structures affiliées qui se dotent de compétences spécifiques, notamment celles qui ont fait le choix économique et politique de recruter des enseignants en APA et plus encore des enseignants en APA coordinateurs, sont davantage en mesure de lever les freins décrits. En effet, ces professionnels amènent des ressources qui permettent d'inscrire les projets sport-santé dans les dispositifs locaux, en créant des liens plus durables avec l'ensemble des professionnels et en accompagnant une diversité de pratiquants comme nous le relevions dans les parties précédentes. Cela favorise l'arrivée de pratiquants et l'établissement de partenariats avec des structures médico-sociales ou de santé, qui contribuent à l'auto-financement et donc à l'inscription sur le temps long des projets et des recrutements. Pour autant et jusqu'à présent selon notre enquête, seuls les clubs suffisamment structurés, souvent déjà professionnalisés et donc moins soumis aux problématiques économiques sont en mesure d'opérer ces recrutements, ce qui rend très inégal le déploiement sur le territoire et renforce parfois les inégalités entre structures.

Une des solutions, extrêmement rare à l'heure actuelle, semble être d'opérer des regroupements entre clubs de différents sports pour mettre en commun des ressources financières, matérielles et humaines. En effet, les clubs qui travaillent ensemble sont plus en mesure de recruter un EAPA ou un éducateur sportif formé, mais également de trouver un lieu de pratique disponible et de proposer plusieurs créneaux à leurs adhérents. Puisque les recommandations en matière d'activité physique sont de plusieurs séances hebdomadaires, et alors que les clubs proposent souvent un seul créneau, il serait particulièrement intéressant de rationaliser les moyens en accompagnant le pratiquant vers plusieurs clubs, de plusieurs fédérations. C'est ce qui lui permettra d'atteindre le niveau d'activité physique attendu, mais également de varier les types de pratiques, en multipliant les chances que l'une d'entre elles au moins corresponde à ses goûts. Pour ce faire, la construction d'une licence unique de sport-santé, commune à plusieurs fédérations, serait à penser : cela faciliterait les collaborations entre l'ensemble des organes fédéraux, les amèneraient à travailler ensemble et à structurer une offre de pratique beaucoup plus large. Nous faisons l'hypothèse que cela entraînerait un cercle vertueux : plus l'offre de pratique sera dense, structurée et harmonisée, moins la concurrence entre fédérations prendra de place et plus les pratiquants auront des chances d'être accueillis dans les conditions nécessaires à leur état de santé et à leur niveau d'autonomie en AP, à partir de ressources mutualisées. L'embauche de salariés dédiés serait dans ce cadre facilitée car moins coûteuse pour l'ensemble des parties prenantes. La pratique serait ainsi plus facilement pérennisée. Or, l'exemple des clubs ayant réussi à construire une forte activité de sport-santé nous le montre : les pratiquants appellent les pratiquants, car la pratique se normalise et semble plus facilement incluse dans les modes de vie à partir de l'interconnaissance et des expériences réussies relatées par les pairs.

D. Recommandations

Recommandation 1 : Inclure le sport-santé dans les délégations de service public des fédérations sportives pour les amener à se structurer et à se doter de compétences en la matière.

Recommandation 2 : Mettre en place une licence unique en matière de sport-santé ou une licence multi fédérations

Recommandation 3 : Harmoniser la formation des éducateurs sportifs en matière de sport-santé et harmoniser les modèles de formation des fédérations

Recommandation 4 : Renforcer les politiques fédérales du sport-santé, en harmonisant les ressources entre les fédérations et entre les territoires. En particulier, doter les fédérations d'un fond contrôlé dédié spécifiquement au sport-santé

Recommandation 5 : Multiplier les compétences professionnelles des fédérations en développant des conventions cadre avec la C3D Staps qui faciliterait la mise en stage et l'embauche d'enseignants en APA et d'enseignants en APA coordinateurs dans le mouvement sportif

Recommandation 6 : Simplifier les modalités de pilotage et de gestion du sport-santé dans les fédérations en réduisant considérablement le cahier des charges des clubs pour encourager la multiplication des lieux de pratique

V. Le projet « Ré'tab'lisement » : développer des coordinations pour passer du parcours de soins au parcours de santé

Afin de tester un certain nombre d'hypothèses de ce travail et dans le cadre d'un engagement fédéral, nous avons participé à la mise en place d'un *living lab*. L'objectif était de confronter les résultats à des réalités de terrain qui peuvent échapper à la recherche en prenant de l'avance sur leur mise en place. Un *living lab*, (ou laboratoire vivant) regroupe « des acteurs publics, privés, des entreprises, des associations, des acteurs individuels, dans l'objectif de tester « grandeur nature » des services, des outils ou des usages nouveaux. Il s'agit de sortir la recherche des laboratoires pour la faire descendre dans la vie de tous les jours » (HES-SO, 2020). C'est une approche d'innovation ouverte qui se déroule dans l'environnement réel, impliquant une collaboration active entre utilisateurs finaux, chercheurs, entreprises et autres parties prenantes. Cette méthodologie place les citoyens et/ou les utilisateurs au centre du processus d'innovation, favorisant ainsi la cocréation et l'intégration des activités de recherche et d'innovation dans des communautés ou des environnements multi-acteurs. Les *living labs* offrent un cadre pour le développement et la mise en œuvre de nouvelles innovations, notamment dans le domaine de la santé, contribuant à des résultats d'implémentation réussis. Il s'agissait dans notre cas de construire un programme dont les modalités de prise en charge correspondent aux premières observations de ce rapport, en analysant ensuite les effets, les retours et les difficultés tout autant que les possibilités

pour améliorer le projet de façon continue, en lien avec les équipes de recherche. L'objectif final est bien la promotion d'une pratique durable, en conduisant des expérimentations et des innovations qui peuvent être transposées en solutions concrètes déployables dans d'autres territoires.

Ce projet, intitulé « Ré'tab'lissement », a été appréhendé à partir d'entretiens avec les bénéficiaires, les concepteurs et les partenaires, et d'observations participantes lors des comités de pilotage etc. Nous rendons compte ici des résultats intermédiaires de ce projet, encore en cours, qui a montré un certain nombre de réussites et de limites. Il ne doit pas être perçu comme un modèle type mais comme une façon potentielle d'engager dans la durée des pratiquants vivant avec une maladie chronique.

A. Ré'tab'lissement, de quoi parle-t-on ?

Le projet Ré'tab'lissement (« tab » pour Tennis, Athlé, Basket) a été conçu en collaboration entre plusieurs acteurs d'Auvergne-Rhône-Alpes : la Ligue Auvergne-Rhône-Alpes de Basketball, la Ligue Auvergne-Rhône-Alpes d'Athlétisme, la Ligue Auvergne-Rhône-Alpes de Tennis, des établissements de santé et l'intercommunalité de Haut-Bugey Agglomération. Ce dispositif s'adresse aux patients en fin d'hospitalisation (de façon classique ou en hospitalisation de jour) dans l'un des centres partenaires, provenant de l'ensemble de la région Auvergne-Rhône-Alpes, atteints de maladies chroniques et accueillis pour des séjours courts ou longs au sein de trois établissements hospitaliers situés sur le Plateau d'Hauteville, un territoire marqué par une riche tradition sanitaire. Les établissements concernés incluent : le Centre Hospitalier de Plateau d'Hauteville, les établissements ORSAC, et la Clinique Inicea du Souffle Le Pontet. Le Centre Hospitalier de Bourg-en-Bresse, situé sur un territoire à proximité, a également été associé au projet. Une enseignante en APA coordinatrice, détentrice d'un master APA-Santé, a été recrutée afin de faciliter le lien entre l'ensemble des partenaires, développer le projet et accompagner les pratiquants.

L'objectif du projet est la pérennisation de la pratique d'une activité physique initiée en APA après la période d'hospitalisation, enjeu majeur du champ comme nous l'avons compris. En effet, bien que les patients soient accompagnés et pris en charge dans la pratique d'une activité physique durant leur séjour hospitalier, encadrés par des professionnels tels que des enseignants en Activité Physique Adaptée et/ou les kinésithérapeutes, cette pratique tend à se raréfier voire à disparaître une fois le retour à domicile effectué, se traduisant par une perte des bénéfices obtenus en APA. Cette interruption de la pratique physique augmente par ailleurs considérablement le risque de complications médicales, de rechutes et/ou de développement de pathologies associées. Le projet Ré'tab'lissement vise précisément à répondre à cette problématique en soutenant une continuité de la pratique physique par une coordination du suivi en APA avec une offre d'encadrement d'activité physique à visée de santé dans les clubs sportifs, tout en tentant de lever les barrières identifiées qui freinent l'adoption durable d'une activité physique. L'ambition est de créer les conditions financières, motivationnelles et sociales à l'engagement du patient, déjà présentés dans les parties précédentes de ce rapport.

Concrètement, le dispositif prévoit des séances de découverte de trois disciplines spécifiques (Tennis Santé, Athlé Santé et Basket Santé), correspondant aux activités des ligues partenaires du projet. Ces séances se déroulent au Centre Européen de Stages et Séjours Sportifs

situé sur le Plateau d'Hauteville et sont destinées aux patients en fin d'hospitalisation qui ont une autonomie suffisante pour pratiquer lors du retour à domicile. Ceux-là sont orientés vers Rétablissement par les professionnels de santé dans le cadre de leur parcours de soin. Chaque patient est accompagné par l'enseignant en APA qui participe à la co-construction d'un projet individuel post hospitalisation sur la base de l'expérience vécue en APA et des savoirs spécifiquement construits dans ce cadre. Il est également chargé de veiller à la sécurité de ses patients durant les temps de découvertes, à partir de ses connaissances des particularités médicales, des fragilités spécifiques et des précautions à prendre pour chaque individu. Les patients sont alors invités à participer aux activités de découverte, dans les conditions qu'ils trouveraient en club, avec un encadrement assuré par des enseignants en APA mis à disposition par chacune des ligues. Il s'agit à la fois de leur présenter l'intérêt et les modalités de fonctionnement de ces sessions de sport-santé, mais également de leur permettre de vivre la pratique pour qu'elle soit perçue comme accessible, adaptée et faisant partie du projet global de développement leurs pouvoirs d'agir sur leur santé. Plus encore, l'objectif est que les patients prennent du plaisir et partagent l'expérience entre pairs pour leur donner envie de poursuivre dans des conditions extérieures à celles de l'hôpital.

À l'issue de ces séances de découverte, la coordinatrice du projet recueille les coordonnées des patients, leur lieu d'habitation, leur date de sortie d'hospitalisation et les disciplines qu'ils souhaiteraient potentiellement poursuivre en dehors du cadre hospitalier. Ils ont la possibilité de choisir une ou plusieurs activités parmi celles proposées, ce qui permettra aux enseignants en APA des ligues de les recontacter individuellement pour les orienter vers le club le plus proche de leur domicile, en fonction des compétences professionnelles disponibles et de leur niveau de limitation fonctionnelle. Ce suivi comprend également une prise de contact préalable avec le club, la définition d'une date de début de la pratique et un accompagnement physique jusqu'au club si nécessaire, dans la perspective de réduire autant que faire se peut les risques de renoncement et/ou d'abandon. L'objectif est bien d'orienter individuellement chaque patient passé par Rétablissement vers un club lui permettant de pratiquer en cohérence avec son état de santé, ses envies et ses besoins. La coordinatrice s'assure que les patients ont été suivis et leur propose d'échanger à nouveau après leur retour à domicile pour faire le point sur leur pratique d'activité physique. Pour lever le frein financier, les ligues partenaires s'engagent à soutenir financièrement les clubs accueillant ces pratiquants vivant avec une maladie chronique, en prenant en charge le coût de la licence pour la première année de pratique. Cela permet une gratuité totale qui a vocation à faciliter l'arrivée dans le club en permettant un long temps de découverte et d'adaptation sans engagement financier immédiat, pour permettre de ressentir les bienfaits de la pratique et donner envie de poursuivre. Cela a été rendu possible grâce à l'engagement financier des différents partenaires et à deux financements obtenus sur appel à projet (Assist – Groupe Vyv et Caisse des dépôts ; Impact 2024).

Des partenariats ont alors été développés et/ou esquissés avec l'ensemble des acteurs du territoire de Haut-Bugey Agglomération pouvant favoriser l'essor du programme : CPTS, MSP, MSS, etc. L'objectif est d'impliquer les parties prenantes potentielles pour disposer d'un ensemble de structures ressources et de bénéficier de l'appui des compétences des structures déjà existantes, sans se substituer à leurs missions et à leur organisation. C'est également pourquoi les ligues ont signé une convention de partenariat les astreignant à une démarche de non-concurrence pour tout ce qui concerne le sport-santé, en partageant leurs ressources et en se répartissant équitablement l'ensemble des fonds obtenus. Un dirigeant de ligue impliqué relate :

« C'est pas trop ce qu'on a l'habitude de faire hein, de travailler comme ça, enfin de façon aussi importante, avec d'autres ligues. On s'est rendu compte, au moment où on construisait le projet de Rétab'lisement qu'on avait les mêmes difficultés, les mêmes besoins, et qu'on pouvait s'entraider. Là on a un logo en commun, on sait que sur le sport-santé, même si on fait des choses qui sont propres à nos ligues, on a quand même un gros partenariat qui va aussi donner des habitudes de travail et donc nous aider à avancer là-dessus. [...] C'est un sport collectif le sport-santé non ? »

Des temps d'échanges et d'informations avec les clubs sur le projet, tout comme des outils de communication (logos, vidéos de présentations, flyers etc.) ont en effet été construits en commun, avec pour idée d'effacer l'identité des ligues au profit du projet dans lequel elles sont conjointement actives. C'est ce qui permet de valoriser l'ambition de fond plutôt que les structures qui la portent. L'idée, telle que précisée dans le focus sur le mouvement sportif, est de construire une émulation autour de la pratique qui bénéficiera *in fine* à l'ensemble des ligues : il ne s'agit pas de comparer le nombre de licences obtenues sur une année, mais bien de penser des intégrations réussies à long terme qui permettront véritablement aux individus de passer d'un statut de patient à celui de pratiquant dans le droit commun. C'est ce qui amènera par retours d'expérience d'autres pratiquants, en construisant une confiance réciproque entre acteurs de santé et acteurs du sport. Surtout, la présence de plusieurs sports qui correspondent à des typologies de pratiques bien différentes (individuelles, collectives, avec ou sans raquette, d'intérieur ou d'extérieur...) permet de multiplier les chances que le bénéficiaire trouve une activité qui lui plaise et dans laquelle il a envie de s'engager, ou de lui donner envie d'en découvrir d'autres. A ce titre, la coordinatrice peut également orienter vers d'autres pratiques de sport-santé, dans d'autres fédérations ou d'autres dispositifs.

B. L'importance de l'implication réelle des professionnels et de la co-construction

Afin de favoriser l'émergence de cette confiance réciproque, et afin de lever les freins habituellement constatés et précédemment décrits, l'ensemble des professionnels a été impliqué dès la conception du programme. Des temps d'échanges ont été organisés en amont du lancement afin de percevoir les attentes et les difficultés de chacun. Médecins, paramédicaux, enseignants en APA, cadres de santé, infirmières et éducateurs sportifs ont ainsi été réunis aux côtés des directions des établissements et des ligues avec pour objectif de mobiliser toutes les compétences professionnelles en respect de la législation et des possibilités de prise en charge des patients. C'est ce qui constitue le cœur du projet, en accord avec les recommandations émises dans ce rapport : l'attention aux compétences professionnelles est essentielle si on veut favoriser l'engagement du patient. Les temps d'échanges proposés avaient à ce titre autant pour objectif de remodeler le projet et de le faire évoluer, que de permettre la rencontre entre des professionnels qui se connaissent mal, qui ont peu l'habitude de collaborer et qui s'interrogent sur le sport-santé. Des ateliers collaboratifs ont ainsi été créés en mélangeant les types de professionnels et les établissements pour que chacun puisse rendre compte de son expertise et de ses possibilités tout en entendant les problématiques et les façons de travailler des autres. Cela a particulièrement bien fonctionné comme le relate cet enseignant en Activité Physique Adaptée :

« C'est vrai que c'est plus clair après ces discussions pour moi, ce que chacun doit faire, et quelle est la place de chacun. J'ai vraiment compris ce que faisaient les éducateurs sportifs, et eux aussi ont compris ce que nous on fait : c'est des choses différentes, et on a tous un rôle à jouer. C'est clair maintenant avec les kinés parce qu'on travaille ensemble à l'hôpital, mais avec les collègues et les autres professionnels en dehors de l'hôpital, c'est dur de comprendre qui fait quoi, on a l'impression que tout le monde fait du sport-santé. [...] Là ce qui est bien c'est que chacun a un rôle à jouer, et si on se coordonne bien c'est vraiment dans l'intérêt du patient qui sera tout le temps accompagné comme il le doit. »

Les rencontres, au-delà de la confiance, permettent ainsi de renforcer la compréhension de son propre rôle et de percevoir ses compétences au regard de celles des autres. Pour aller dans ce sens, plusieurs conférences ont également été proposées afin de faire le point sur les enjeux de santé auxquels Ré'tab'lissement tente de répondre, en remettant en exergue la diversité des professionnels intervenants et leurs champs d'intervention. Nous nous sommes en effet rendus compte que les professionnels, qui travaillent en vase clos, n'ont pas forcément conscience des enjeux en dehors de l'hôpital ou au contraire, de ce qui se passe concrètement à l'hôpital, ni de qui intervient à quel moment, chacun ayant une organisation et des représentations spécifiques. Il s'agissait bien à la fois avec ces moments partagés de diffuser de la connaissance afin d'impliquer les professionnels dans un projet global, et de favoriser la rencontre entre mondes en clarifiant les compétences nécessaires et les rôles de chacun.

C'est alors toute l'importance d'avoir au centre du projet une intercommunalité, qui a largement facilité la connexion entre l'ensemble des acteurs et a permis d'impliquer tant les clubs sportifs que les établissements de santé et leurs directions. Comme nous le révélions dans les chapitres précédents, le rôle puissant de la collectivité a été validé dans ce projet en vie réelle : à partir de contacts privilégiés et d'une force institutionnelle, rassembler les acteurs est beaucoup moins difficile. En particulier, les contacts déjà existants avec les différentes directions permettent d'impliquer plus facilement les individus et d'avoir des échanges directs, gages de confiance et de légitimité. C'est aussi la connaissance du territoire et de ses possibilités en termes de ressources (humaines, budgétaires, matérielles etc.) qui permet de trouver des solutions rapides et d'améliorer continuellement le projet. Un membre de la direction de centre hospitalier raconte :

« C'est vrai que là c'est l'agglo qui nous a contactés, qui nous a mis dans le projet et qui nous a permis de découvrir ce qui existe juste à côté de nous et qu'on ne connaissait pas vraiment. Y a plein de ressources, de professionnels qui font un gros travail et qu'on ne voit pas, juste parce que c'est pas dans nos habitudes. [...] [L'agglo] a permis de mettre tout le monde autour de la table et maintenant les contacts sont directs. Je dis pas que tout est facile ou résolu, mais on a fait un pas de plus grâce à quelques réunions et maintenant on a des contacts directs »

En d'autres termes, la présence de la collectivité dans le dispositif amène à l'interconnaissance qui, dans ce cas, s'est révélée extrêmement précieuse et qui est devenu un mode de collaboration. C'est pourquoi des temps de rencontres réguliers ont été prévus sur le territoire de plateau d'Hauteville, entre les acteurs de la santé et les acteurs des ligues (comités, clubs, éducateurs sportifs et bénévoles). Ces temps d'échange permettent sur des moments courts d'adresser les messages importants. C'est notamment l'occasion pour les médecins et cadres de santé de donner les informations principales sur les pathologies et les risques associés aux éducateurs sportifs et enseignants en APA de clubs, et pour ces derniers de rendre compte de ce qu'ils font et des résultats obtenus dans leurs clubs. Ces échanges permettent d'améliorer la

confiance interprofessionnelle, et d'être rassurés quant à la qualité de la prise en charge en dehors de l'hôpital, ce qui est particulièrement nécessaire comme évoqué. Un médecin d'un centre hospitalier confie ainsi après un temps d'échanges collectifs de deux heures :

« Médecin : D'avoir pu dire ce qui me semblait essentiel pour mes patients, enfin ce qui est vraiment important pour eux et ce à quoi il faut faire particulièrement attention, c'est sûr que c'est bien. Au moins je sais que mes patients seront pas en danger si vous voulez, j'ai vu que les gens en face de moi entendaient, qu'ils posaient des questions. Donc ça ne remplace pas des années d'études, mais au moins je pense qu'il y a moins de risque après ça.

- Enquêteur : Est-ce que cela vous permettra d'orienter plus facilement vers les clubs, et est-ce que vous aurez plus confiance ?

- Médecin : Oui, clairement. Oui je pense qu'inconsciemment ça me rassure vraiment d'avoir pu dire tout ça, même si c'était rapide »

A ce titre, les temps d'échanges réguliers et l'interconnaissance, même limitée, qui est créée, amènent des résultats en termes d'implication des professionnels de santé, y compris après un temps d'échange de seulement deux heures. Cela nécessite par contre des efforts particulièrement conséquents, pour réunir les acteurs et maintenir les liens dans des calendriers chargés et avec des contraintes administratives fortes : il n'est pas possible d'amener régulièrement des acteurs de toute une région sur un même temps et de libérer conjointement les professionnels de santé et enseignants en APA des structures de santé qui doivent maintenir leur activité régulière. C'est pourquoi un certain nombre de temps d'échange qui avaient été prévus n'ont pas encore eu lieu, ce qui explique également que certaines parties du projet n'aient pas encore abouti. Il est en effet prévu de réunir les éducateurs sportifs des clubs sur le territoire de Plateau d'Hauteville pour leur proposer de la formation continue, dispensée directement par les partenaires de santé de Ré'tab'lissement. Les contraintes temporelles et logistiques n'ont pas encore permis cette mise en place, qui pourrait pourtant renforcer d'autant plus la confiance et donc les collaborations.

En outre, l'implication des enseignants en APA des structures de santé s'est révélée indispensable pour la continuité du parcours de soins. Leur présence lors des séances découvertes garantit la sécurité des pratiquants, renforce la cohérence de l'accompagnement des patients, et permet un suivi personnalisé en fonction des besoins de chacun. Lors de la phase de test, cette présence n'avait pas été préparée et les enseignants en APA présents ne percevaient pas leur utilité, étant laissés sur le côté lors des temps de pratiques animés par les professionnels des ligues. Cela ne contribuait pas à les intégrer dans le projet, ni à s'investir intensément auprès des patients en amont et en aval des séances, que ce soit pour expliquer l'importance et l'intérêt du programme, ou que ce soit pour faire un bilan et envisager plus précisément le retour à domicile. En d'autres termes, les équipes APA étaient perçues comme des partenaires évidents sans pour autant que leur présence et leur implication ne soit questionnée. Les premiers mois de test ont permis de mettre à jour qu'il fallait absolument les impliquer pour que le patient comprenne en quoi ces séances s'inscrivent dans la continuité des séances en APA, à quoi elles servent et comment elles leur offrent la possibilité de changer de statut. La présence d'un autre professionnel sur une séance courte ne peut en effet se substituer aux échanges du quotidien et à la relation de confiance entre un professionnel et les patients qu'il suit. Il est donc essentiel que les professionnels de santé et de l'APA soient des relais privilégiés pour préparer l'arrivée dans le programme Ré'tab'lissement et favorisent les conditions de succès de sa sortie, permettant de passer du parcours de soin au parcours de santé.

A ce sujet, le rapport IGAS de 2024 propose de s'appuyer sur la démarche "Making every contact count" (MECC), déployée avec succès au Royaume-Uni. Cette approche vise à saisir chaque occasion de contact avec les patients pour les inciter à adopter des modes de vie plus sains, au travers d'interventions très brèves ou d'orientations. Cela repose notamment sur un effort de formation des personnels (Inspection Générale des Affaires Sociales, 2024), c'est pourquoi nous tentons actuellement de recréer des temps de formation très courts (y compris à partir d'outils numériques) à destination des professionnels de santé pour les inciter à s'inscrire dans cette démarche MECC pour le programme Ré'tab'lissement : il s'agit de multiplier les incitations et les porteurs de messages, pour que le projet semble évident dans la suite du parcours de soin et que les patients y soient très largement sensibilisés. Cette phase est encore en cours de développement, les résultats seront donc publiés ultérieurement pour en mesurer les effets. Il a tout de même été constaté qu'en l'absence de cette généralisation de l'information, les patients ne comprennent souvent pas pourquoi ils participent aux séances, malgré les explications fournies lors de leur inscription. Pour y remédier, la coordinatrice du projet intervient désormais en début de séance pour expliquer clairement les objectifs du programme et son déroulement. Un échange individuel est ensuite proposé à la fin de la séance pour mieux cerner les préférences des patients et leur motivation, en lien avec l'enseignant en APA accompagnant, ce qui devra s'accompagner de modules de formation pour que l'information soit diffusée uniformément et par de multiples canaux. L'enjeu est bien de renforcer l'autodétermination, pour que le patient ressente qu'il construit son propre projet et se dote de pouvoirs d'agir pour devenir un pratiquant. Cela repose notamment sur le travail conjoint avec les enseignants en APA des structures de soins pour co-construire une coordination des interventions post-prise en soin médicale en sport-santé.

Retenons déjà quatre éléments clés validés par cette expérimentation en vie réelle :

1. L'interconnaissance générée par un ou des temps d'échange, y compris de courte durée, permet de multiplier la confiance et les collaborations entre l'ensemble des professionnels
2. Il est nécessaire de former continuellement les acteurs à l'ensemble du programme et à l'écosystème créé, si l'on veut engager les professionnels et donc favoriser l'inscription du patient dans un projet individuel de santé par l'activité physique.
3. L'implication de la collectivité locale permet de multiplier les collaborations et de faciliter l'engagement des acteurs locaux sur un projet commun
4. Impliquer l'ensemble des professionnels pouvant intervenir en respect de leurs compétences permet de favoriser leur engagement et donc d'améliorer la prise en charge des patients

C. Importance de l'atelier d'éducation pour la santé, de l'individualisation du suivi et perspectives du programme

Le projet Rétablissement a débuté sa phase de test en octobre 2023, avec un lancement officiel le 25 janvier 2024. Cette période de test, tout comme la poursuite du projet, ont permis

d'identifier plusieurs points d'amélioration essentiels pour garantir l'efficacité du dispositif, tout comme elle a mis en exergue un certain nombre de difficultés supplémentaires. L'innovation dans un *living lab* est à ce titre souvent un cycle continu d'expérimentation, d'évaluation et d'amélioration, permettant une adaptation constante des solutions en fonction des retours des utilisateurs et des parties prenantes.

Tout d'abord, afin d'améliorer l'adhésion des patients, un atelier éducatif inspiré des méthodes de l'éducation thérapeutique du patient et/ou de la promotion de la santé a été instauré à la fin de chaque séance. Cet atelier sert de retour au calme et permet de discuter des ressentis des participants, des difficultés rencontrées et des appréhensions qu'ils pourraient avoir à poursuivre une pratique régulière. Cet atelier s'appuie sur un outil appelé « l'arbre » en ETP (voir figure suivante). Il offre un cadre structuré pour aborder les aspects médicaux, sociaux, psychologiques et organisationnels de la pratique physique, tout en laissant le patient s'exprimer et en favorisant l'écoute active de l'encadrant. Surtout, il impose un temps d'échange spécifique autour du projet et contribue à engager le patient dans une démarche active tout en lui laissant la possibilité d'exprimer ses inquiétudes et ses freins, discutés avec l'enseignant en APA pour aller vers la co-construction d'un objectif personnalisé et des moyens pour l'atteindre. C'est bien le pratiquant qui complète le document s'il est en capacité d'écrire, mais en échangeant avec le professionnel. C'est donc autant un support d'aide à la discussion qu'une fiche informative en tant que telle. Ces ateliers se sont révélés extrêmement efficaces puisqu'ils ont permis de multiplier par trois le nombre de conversions vers la prise de licence dans le mouvement sportif. En d'autres termes, trois fois plus de patients ont effectivement rejoint un club sportif partenaire d'une des trois disciplines en sortie d'hospitalisation depuis que les ateliers éducatifs ont été mis en place. Il s'agit donc d'un outil particulièrement simple qui a une efficacité directe sur l'engagement puisqu'elle permet au patient de se projeter dans son retour à la vie quotidienne et améliore significativement l'impact du programme sur la poursuite de l'activité physique. Cela nécessite par contre les compétences en ETP pour diriger l'atelier et accompagner le patient dans une démarche bienveillante qui lui laissera la possibilité de construire son propre projet (voir notamment le dossier coordonné par Sandrin-Berthon, 2009) d'où l'intérêt que cet atelier soit encadré par un enseignant en APA. De plus, lors des entretiens téléphoniques de suivi, cet outil permet d'approfondir les échanges en tenant compte des habitudes de vie des patients, de leurs motivations, et de leurs craintes éventuelles. L'accompagnement devient ainsi un véritable parcours d'autonomisation, visant à renforcer la confiance des patients et leur capacité à construire un mode de vie actif.

NOM : [REDACTED]
 PRÉNOM : [REDACTED]
 TÉL : [REDACTED]
 MAIL : [REDACTED]
 VILLE DE RÉSIDENCE : [REDACTED]
 ACTIVITÉS SOUHAITÉES :
 TENNIS MARCHÉ NORDIQUE BASKET
 DATE DE SORTIE PRÉVISIONNELLE : 23/09/2024

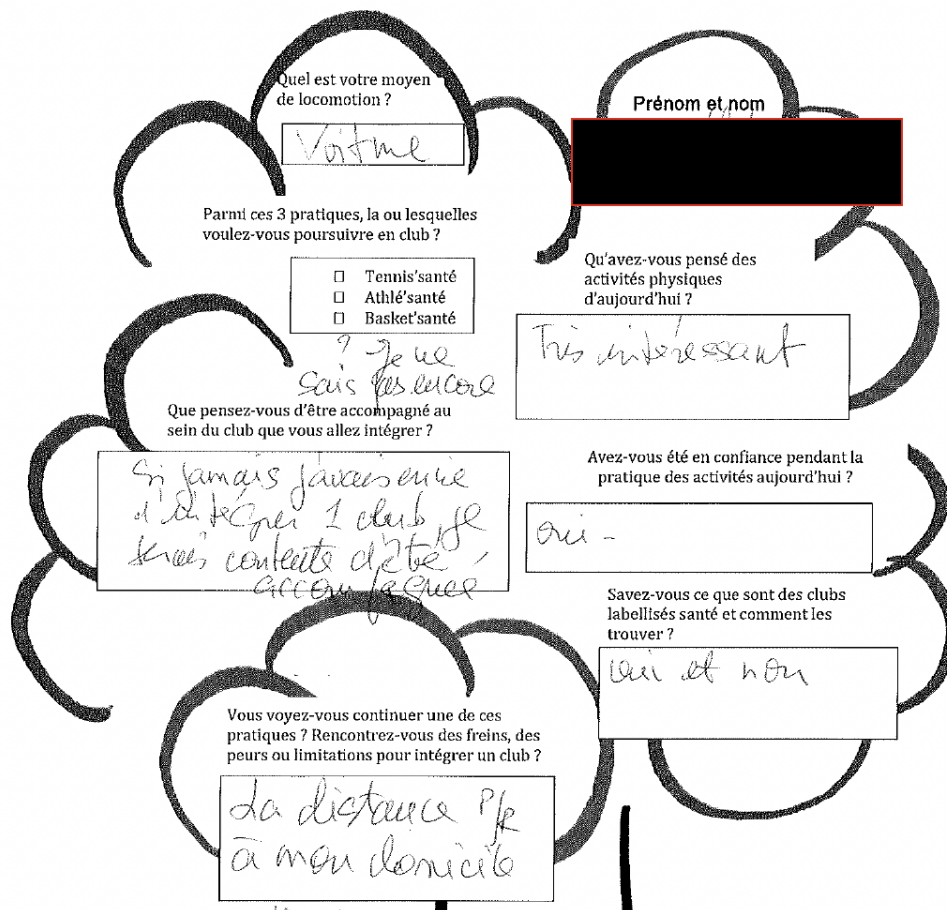


Figure 6 : Exemple d'un arbre rempli lors de l'atelier thérapeutique par un pratiquant

Dans ce cadre, les ajustements apportés au projet montrent qu'une approche orientée sur les parcours de soins et de santé des patients intégrant leurs besoins, leurs envies, leurs habitudes de vie et leurs ressources individuelles et sociales, est essentielle pour atteindre les objectifs fixés. Surtout et tel que le permet le bilan éducatif partagé, il s'agit d'individualiser au maximum les messages, les orientations et le suivi. A ce titre, les conversions par la prise de licence dans le mouvement sportif ont été multipliées par deux depuis que la coordinatrice et les enseignants en APA des ligues proposent un suivi individualisé en recontactant chacun des participants au programme. L'effort est donc coûteux en termes de temps d'accompagnement et nécessite d'adapter les discours et les propositions en permanence, mais les résultats sont significatifs sur la poursuite de la pratique.

C'est également le cas des différentes activités proposées qui, par leur variété, multiplie les possibilités d'engagement. C'est ce que relate un patient :

« Moi j'ai moins aimé l'athlétisme et le basket, mais le tennis ça m'a bien plu, j'en avais jamais fait avant et je pensais pas que... Mais c'est bien d'avoir fait les trois, parce que je me suis rendu compte que j'aimais bien avoir une raquette alors que j'en savais rien. C'était plus agréable qu'un ballon, je saurais pas vous dire pourquoi. »

La comparaison sur un temps très rapproché entre plusieurs activités permet ainsi de découvrir et d'expérimenter des sensations et des séances différentes, qui vont faciliter la projection dans la pratique. Ce type de retour a été souvent récolté, les patients mettant en avant l'intérêt de pouvoir « choisir » parmi un panel et d'avoir la sensation d'être plus impliqués : ce sont eux qui décident de l'activité qu'ils voudraient poursuivre. Cette capacité à comparer et à choisir rend le patient plus actif, il ne subit pas une activité unique mais, par l'expérience va chercher ce qui lui correspond le mieux. D'ailleurs, extrêmement peu de patients disent n'avoir pris du plaisir ou n'être convaincus par aucune pratique, alors que davantage aimeraient poursuivre au moins deux des pratiques découvertes. Il ne s'agit que de déclarations à l'issue des séances, qui ne sont évidemment pas toutes transformées en prise de licence dans les faits, mais qui montrent la portée de la session de découverte et la pertinence des activités choisies par rapport au profil des patients.

Pour autant et par rapport à ce qui avait été envisagé, les résultats restent encore insatisfaisants, puisque moins d'un patient sur quatre qui intègre le programme Ré'tab'lissement poursuit vers une activité de sport-santé dans un club. Ces résultats sont en hausse continue grâce aux modifications et améliorations apportées, ce qui montre un effet réel des prises en compte des retours tant des professionnels que des patients ce qui est extrêmement intéressant du point de vue de l'accompagnement. En revanche, malgré l'interconnaissance des professionnels et le gain de confiance, l'atelier éducatif, le respect des compétences professionnelles, la levée de la barrière financière et l'individualisation du suivi, il apparaît qu'une difficulté demeure : l'éloignement durable et ancré des patients à l'activité physique et, pour certains, l'immense difficulté à se projeter en tant que licenciés d'un club sportif. Comme l'explique une patiente (73 ans, issue d'un milieu populaire) ayant participé à des séances découvertes du programme :

*« - Ah c'était super on a passé un moment génial, j'ai adoré.
- Et est-ce que vous envisagez de poursuivre dans un club pour faire une des activités que vous avez essayées ?
- Oula non pas du tout, c'est pas pour moi !
- Justement, le but de ce que vous avez fait c'était de vous montrer que c'est vraiment adapté pour vous et que vous pourriez prendre du plaisir, comme vous le dites d'ailleurs, vous ne pensez pas ?
- Mais je vais pas aller dans un club de sport pour faire du tennis ou du basket ahah, et puis y a tout un tas de contraintes, faut s'engager sur une année, après faut se bloquer un créneau toutes les semaines... Non c'était bien là une fois, et j'ai bien compris que c'était important mais moi j'irai marcher quand je peux, qu'est-ce que vous voulez que je fasse dans un club de sport ? »*

A l'instar de ce *verbatim*, un grand nombre de patients rencontrés relate cette incapacité à se projeter dans un club, qui semble un espace très éloigné de ce qu'ils connaissent et de là où ils peuvent se projeter. Le club a ceci d'effrayant qu'il demande, comme le relate la patiente, un engagement de plusieurs mois, avec des séances hebdomadaires programmées et donc une perspective à moyen terme qui entre en opposition avec les socialisations antérieures et les habitudes de vie. La majorité de ces patients n'ayant pas un rapport positif et historique au sport, ils n'ont pas l'habitude de dédier un temps à cela et imaginent difficilement pouvoir le faire. Même en ayant pris du plaisir durant la séance découverte, le retour à domicile correspond à une forme de sortie du parcours de soins et les temps rythmés (mais contraints) de l'hôpital s'effacent au profit

d'un retour aux normes de vie. Comment poursuivre chez soi ce qui a été commencé à l'hôpital, alors même que l'accompagnement professionnel n'est plus ou presque plus là, quand les contraintes quotidiennes reviennent et qu'il faut s'auto-administrer ? On constate à ce sujet que la connaissance des bénéfices du sport-santé et le fait d'avoir déjà pratiqué et pris du plaisir dans une activité ne suffisent pas à transformer les habitudes de vie de façon si marquée, pour les patients les plus éloignés de l'activité physique. En échangeant avec les participants, on constate qu'ils ne seraient pas forcément contre tenter à nouveau l'expérience, mais plutôt dans le cadre de l'hôpital et surtout sans engagement. L'unicité de la séance découverte ne semble pas pour autant mise en cause car ce n'est ni la pratique ni l'encadrement ni encore le plaisir ressenti qui posent problème, mais plutôt le besoin de s'engager durablement dans un environnement inconnu et qui plus est inquiétant :

« Non je pense pas aller dans le club qu'on m'a proposé, enfin je suis pas comme les gens qui font du sport. Je ne sais pas... je suis gênée, j'ai peur que ce soit trop dur pour moi... »

- Je comprends tout à fait, mais vous savez que c'est la même activité que celle que vous avez testée, et qui est complètement adaptée à votre pathologie pour que vous la fassiez sans risque ?

- Oui oui je sais... Mais... Je ne me vois pas y aller, ça me met mal à l'aise et puis je suis pas sportive, je vais pas faire du basket comme ça à mon âge. »

A ce titre, l'idée de sport en tant que tel est pour une partie de ces patients, problématique. Même si le terme « santé » est accolé, il s'agit bien des mots tennis, basket, ou athlétisme qui ressortent, ce qui renvoie nécessairement dans l'imaginaire à une pratique sportive. Or, comme cette pratiquante l'exprime, il est extrêmement difficile pour une personne qui ne se considère pas comme sportive de s'engager dans une pratique qui se déroule dans un club, dont l'activité traditionnelle perçue est très éloignée des attentes et des possibilités de ces patients. Cela renvoie en sociologie à la force des socialisations : malgré la preuve par l'exemple, l'accompagnement professionnel et malgré le ressenti de séances découvertes, les blocages construits dans le passé tout comme les normes et les représentations nécessitent un travail de fond beaucoup plus long et important pour être transformés progressivement et permettre de changer les pratiques et, plus encore, les habitudes. Dans ce contexte, prendre une licence qui représente un engagement de six mois ou un an semble impossible, la peur de l'inconfort, de l'échec ou de l'abandon reprenant régulièrement le dessus. Paradoxalement, la gratuité entre alors dans les discussions :

« Non mais en plus si j'aime pas au final, là on m'offre l'inscription c'est quand même gênant, enfin je veux pas faire des dépenses pour rien... »

- Après il n'y a aucune obligation, si vous préférez payer vous-même votre inscription, ou refaire une ou deux séances uniquement et voir si vous voulez poursuivre c'est tout à fait possible évidemment !

- Non ben je veux pas commencer si derrière je m'inscris pas. [...] Et puis c'est quand même cher la licence, si ça me plaît pas et que j'ai payé pour une année entière c'est trop. »

Ce pratiquant, qui déclare par ailleurs avoir pris beaucoup de plaisir lors de la séance découverte, nous montre finalement que l'engagement dans l'environnement sportif reste le problème principal : la gratuité est embêtante si elle n'est pas suivie d'un engagement, mais le fait de payer l'est pour les mêmes raisons, ce qui bloque toute solution liée au coût. De même, les propositions d'accompagner ces patients physiquement rencontrent des refus, comme tout ce qui amène vers un club globalement. Cela est particulièrement problématique dans le cas de Ré'tab'lissement mais l'est surtout dans l'objectif général défini qui est d'améliorer la poursuite

d'une activité physique entre hôpital et milieu ordinaire. Cela signifie que d'autres formes d'accompagnement doivent être pensées pour ces patients très éloignés et que d'autres lieux de pratique de droit commun doivent émerger. Si, pour une partie des patients, il est envisageable de rejoindre un club après un accompagnement poussé, on comprend que d'autres ne le feront jamais malgré les moyens mis à disposition, ou en tout cas pas dans le cadre actuel existant. En outre, le modèle de la licence est sans doute à repenser dans la cadre du sport-santé car il demande un engagement long qui entre en dissonance avec les perspectives des patients les plus éloignés du monde du sport. De nouvelles modalités sont donc à construire pour pouvoir accéder à une pratique dans les clubs.

Nos hypothèses tout comme nos résultats montraient le rôle de l'accompagnement professionnel, des compétences, des acteurs institutionnels, des collaborations etc. Ces résultats restent scientifiquement valides car ils agissent véritablement sur l'engagement, mais l'étude en vie réelle démontre une limite, un plafond : même en levant un grand nombre de barrières, plus de la moitié des patients ne souhaitent pas rejoindre un club sportif à la suite du programme Rétab'lissement. L'échelle régionale du projet favorise ce résultat car les patients retournent dans des territoires relativement éloignés après l'hospitalisation et il est donc plus difficile de se servir de l'interconnaissance poussée des acteurs locaux pour avoir un accompagnement spécifique et de proximité. Cela confirme que l'échelle locale serait plus adaptée, pour autant les hôpitaux ont une portée régionale dans leur patientèle et il est impossible de ne raisonner que sur le territoire de proximité si l'on veut toucher l'ensemble des patients hospitalisés. Une des solutions serait que le reste du réseau sport-santé soit suffisamment structuré pour que l'on puisse systématiquement orienter le patient vers un dispositif local qui, lui, pourra accompagner le patient en collaboration avec les ligues. De même, les limites structurelles du programme influencent le résultat : avec plus de professionnels dans le projet, des relais territoriaux mieux structurés et une continuité totale du parcours et de l'accompagnement, on peut faire l'hypothèse forte qu'il y aurait moins d'abandon et un meilleur taux de conversion. Cela nécessite par contre des ressources financières qui manquent aujourd'hui, également que le cadre socio-politique et économique général continue d'évoluer pour favoriser l'émergence de ces possibilités.

Trois perspectives sont alors envisagées pour aller plus loin et tenter de lever la barrière de la perception du club sportif :

- Proposer une journée de regroupement des patients ayant participé au programme depuis ses débuts, en y associant des associations de patients et des patients-expert. L'idée serait de favoriser les retours d'expériences et de s'appuyer sur ceux s'étant engagés dans un club pour rendre la perspective plus normale et réelle, à partir d'un retour de pairs.
- Mettre en place un programme d'ETP inter-établissement ayant pour objectif de favoriser la co-construction d'un projet individuel de pratique et l'engagement vers l'activité physique régulière, en incluant des temps plus spécifiques en amont et en aval du programme RéTab'lissement tel qu'il est déployé aujourd'hui (bilan éducatif partagé individuel, séances collectives sur l'intérêt de la pratique physique régulière, sur les outils permettant de trouver des structures proposant des créneaux adaptés aux pathologies, et une séance en aval programmée dans les clubs en vue d'une intégration pérenne)

- Renforcer le lien avec les MSS de l'ensemble du territoire Auvergne-Rhône-Alpes pour avoir un relais local supplémentaire, notamment pour les personnes les plus éloignées de l'activité physique et pour celles n'ayant pas de clubs disponibles et adaptés à proximité

Ces perspectives sont encore à l'état de projet et seront appréhendées dans de futurs travaux de recherche, qui permettront d'en analyser les effets et de vérifier leur impact positif sur l'engagement des patients.

Retenons enfin cinq nouveaux éléments clés validés par cette expérimentation :

1. La mise en place d'ateliers d'éducation pour la santé à l'issue de séances découvertes permet de multiplier la conversion vers une pratique en club par trois.

2. L'individualisation du suivi et de l'accompagnement permet de multiplier la conversion vers une pratique en club par deux.

3. La diversité des activités de sport-santé proposée simultanément dans un cadre de non-concurrence permet d'améliorer l'engagement des patients.

4. Il est nécessaire de repenser les dispositifs d'accueil et de multiplier les types de lieux de pratique de droit commun car le club est marqué normativement et peut freiner l'engagement des patients les plus éloignés de l'activité physique.

5. Il faut contribuer à l'émergence de communautés de pratiques locales, dont les clubs peuvent être conjointement partenaires, mais organisés sur un autre mode que celui de la licence et sans l'appellation club pour favoriser les possibilités d'intégration.

Conclusion

Ce rapport établi à partir d'un ambitieux recueil de données originales et d'une recherche scientifique rigoureuse, met en lumière la nécessité de poursuivre et parfois de repenser l'organisation, la structuration et le pilotage du sport-santé en France, à l'aune des inégalités territoriales persistantes, de la fragmentation des dispositifs existants et de la faible lisibilité de l'offre pour les usagers comme pour les professionnels. Les 22 recommandations formulées convergent vers une exigence centrale : celle d'une cohérence nationale adossée à une gouvernance territorialisée, où les dynamiques locales sont soutenues, coordonnées et outillées par des cadres communs, adaptés et évolutifs.

Sur le plan des outils à déployer, la construction collective et collaborative d'un référencement national normé, couplé à des solutions numériques territorialisées et accessibles, constituerait une avancée structurante. Elle permettrait de rendre visible l'offre, d'en garantir la qualité et de faciliter son intégration dans les parcours de santé. Toutefois, cette visibilité doit s'accompagner d'une rationalisation de l'offre, pour éviter l'effet pervers d'une superposition de dispositifs concurrents et mal articulés. En ce sens, la proposition d'un modèle national adaptable, combinant lisibilité et plasticité, apparaît comme une condition nécessaire à l'efficacité du déploiement.

Les recommandations en matière de collaborations professionnelles soulignent quant à elles l'importance d'un investissement durable dans les fonctions de coordination en APA-Santé à l'échelle départementale et infra-départementale. Le développement d'un poste identifié de coordinateur, la reconnaissance formelle des qualifications des enseignants en APA et des

enseignants en APA coordinateurs, et l'inscription des missions de coordination dans les cahiers des charges obligatoires doivent permettre de renforcer la culture de l'interprofessionnalité et la continuité dans les parcours des bénéficiaires. Ce chantier appelle une politique de ressources humaines ambitieuse, à la hauteur des enjeux posés par la transition vers des politiques de prévention diffuses et inclusives en matière de sport-santé.

Concernant les dispositifs eux-mêmes, le rapport insiste sur la nécessité de dépasser une logique quantitative centrée sur les "personnes touchées" au profit d'une approche qualitative, orientée vers l'engagement durable dans la pratique. La clarification des niveaux de Maison Sport-Santé (MSS), le fléchage des financements, notamment par un fonds dédié au sein des ARS et DRAJES, et l'intégration systématique du sport-santé dans les contrats locaux de santé (CLS), sont autant de leviers pour assurer la pérennité, la cohérence et l'équité des dispositifs.

Enfin, le mouvement sportif pourrait être repositionné comme un acteur central du sport-santé, en lui donnant les moyens d'agir et en renforçant ses compétences. Cela suppose d'en modifier en profondeur les logiques de fonctionnement : en intégrant pleinement le sport-santé dans les délégations de service public, en harmonisant les formations, en simplifiant les contraintes réglementaires pesant sur les clubs, et en contractualisant les relations avec le monde académique pour accompagner la montée en compétences. Ce rééquilibrage des rôles est une condition sine qua non de la massification du sport-santé sur l'ensemble du territoire.

En somme, ce rapport propose une architecture systémique du sport-santé, fondée sur l'articulation entre lisibilité nationale, subsidiarité territoriale, reconnaissance des compétences, et pérennité des financements. Il s'agit non seulement de consolider un secteur encore émergent, mais de poser les fondements d'une véritable politique publique intégrée, à la croisée du sport, de la santé, du social et de l'éducation. L'enjeu dépasse les seules pratiques physiques : il s'agit d'institutionnaliser une réponse collective à une problématique majeure de santé publique, en assurant à chaque citoyen la possibilité réelle et durable d'accéder à une activité physique appropriée à ses besoins, ses capacités et son environnement en renforçant ses pouvoirs d'agir.

Pour autant, ce rapport n'est qu'un premier jalon en termes de recherche, qui nécessitera de poursuivre l'analyse dans les dispositifs et d'approfondir les connaissances, en particulier sur le lien entre les différents types de structures émergentes qui sont encore trop peu coordonnées à l'heure actuelle pour en mesurer les effets et les possibles évolutions. Les sciences sociales du sport et de la santé se sont structurées¹⁵ pour produire des recherches qui permettent d'accompagner le changement et de penser l'action en cohérence avec les besoins des publics, les possibilités des professionnels, les outils institutionnels et le cadre général. Il sera donc selon nous nécessaire de poursuivre les collaborations entre ministères, services déconcentrés de l'État et acteurs de la recherche pour aider au développement cohérent et ancré dans des résultats éprouvés du sport-santé.

¹⁵ On pense en particulier sur ce sujet à l'Institut ReCAPPS qui réunit les chercheurs francophones travaillant sur l'activité physique et la promotion de la santé (www.institut-recapps.com), ainsi qu'au Réseau Thématique Pluridisciplinaire en sciences sociales *Sports et Société*, intégré à présent au sein du GDR Sports et Activités Physiques du CNRS.

Rappel des recommandations

1. Sur les outils à déployer :

Recommandation 1 : Construire un outil de référencement national des offres de sport-santé et d'APA, à partir de critères uniformisés sur l'ensemble du territoire et d'un recensement réalisé par les agences déconcentrées en concertation avec des représentants des acteurs concernés du territoire

Recommandation 2 : Déployer une solution numérique par bassin de vie et/ou région, mise à disposition de l'ensemble des parties prenantes (offreurs, MSS, professionnels de santé et du sport, bénéficiaires etc.) avec une tarification réduite négociée en amont par les services de l'État et gratuite pour les plus petites structures.

Recommandation 3 : Simplifier l'organisation générale du sport-santé en limitant le nombre de dispositifs de coordination par territoire et en privilégiant les dispositifs qui correspondent à un bassin de vie.

Recommandation 4 : Simplifier l'organisation générale du sport-santé en définissant un modèle de dispositif qui serait repris sur l'ensemble du territoire national en s'adaptant aux acteurs et ressources effectivement disponibles localement.

2. Sur les collaborations professionnelles :

Recommandation 1 : Construire un poste de coordinateur territorial en APA par département, rattaché aux structures déconcentrées de l'État, qui permettra de faire le lien entre l'ensemble des parties prenantes et de créer les conditions de collaboration des acteurs du territoire

Recommandation 2 : Multiplier le recrutement d'enseignants en APA et la mobilisation d'infirmières Asalée dans les dispositifs locaux de sport-santé

Recommandation 3 : Construire un référentiel clair des interventions professionnelles en fonction des besoins du public

Recommandation 4 : Financer des missions de coordination pour l'ensemble des dispositifs reconnus, notamment les MSS, afin de faciliter les collaborations à l'échelle du bassin de vie et l'embauche d'enseignants en APA coordinateurs. Plus encore, inscrire ces missions dans le cahier des charges obligatoire des structures.

Recommandation 5 : Doter l'enseignant en APA d'une carte professionnelle spécifique ou d'un titre pour permettre de renforcer et de rendre visible le niveau de qualification et la structuration professionnelle du réseau. Cela dans l'objectif de faciliter les collaborations professionnelles avec les professions de santé.

Recommandation 6 : Inscrire systématiquement le sport-santé dans les CLS et favoriser l'engagement de l'ensemble des collectivités territoriales.

3. Sur les dispositifs :

Recommandation 1 : Développer des dispositifs sport-santé à destination des enfants et des jeunes vivant avec des maladies chroniques

Recommandation 2 : Développer un financement pluriannuel des dispositifs et harmoniser les ressources entre territoires en créant un fonds dédié au sport-santé dans les ARS et DRAJES

Recommandation 3 : Orienter les financements sur l'engagement du public dans une pratique régulière plutôt que sur le nombre de personnes touchées

Recommandation 4 : Distinguer deux niveaux de MSS : les effectrices et les coordinatrices, en clarifiant le rôle, les missions et la portée de chacune

Recommandation 5 : Favoriser l'émergence de liens de collaboration entre les MSS, les CPTS et les MSP en les inscrivant dans leur cahier des charges lorsque les structures existent sur le territoire.

Recommandation 6 : Construire un référentiel de compétences du « référent activité physique et sportive » dans les ESSMS et inscrire l'activité physique adaptée dans les plans d'amélioration continue de la qualité, les CPOM, ainsi que dans les grilles d'évaluation qualité de la HAS.

4. Sur le mouvement sportif :

Recommandation 1 : Inclure le sport-santé dans les délégations de service public des fédérations sportives pour les amener à se structurer et à se doter de compétences en la matière.

Recommandation 2 : Mettre en place une licence unique en matière de sport-santé ou une licence multi fédérations

Recommandation 3 : Harmoniser la formation des éducateurs sportifs en matière de sport-santé et harmoniser les modèles de formation des fédérations

Recommandation 4 : Renforcer les politiques fédérales du sport-santé, en harmonisant les ressources entre les fédérations et entre les territoires. En particulier, doter les fédérations d'un fond contrôlé dédié spécifiquement au sport-santé

Recommandation 5 : Multiplier les compétences professionnelles des fédérations en développant des conventions cadre avec la C3D Staps qui faciliterait la mise en stage et l'embauche d'enseignants en APA et d'enseignants en APA coordinateurs dans le mouvement sportif

Recommandation 6 : Simplifier les modalités de pilotage et de gestion du sport-santé dans les fédérations en réduisant considérablement le cahier des charges des clubs pour favoriser la multiplication des lieux de pratique

5. Éléments validés par l'expérimentation du *living lab* Ré'tab'lissement

1. L'interconnaissance générée par un ou des temps d'échange, y compris de courte durée, permet de multiplier la confiance et les collaborations entre l'ensemble des professionnels

2. Il est nécessaire de former continuellement les acteurs à l'ensemble du programme et à l'écosystème créé si l'on veut engager les professionnels et donc favoriser l'inscription du patient dans un projet individuel de santé par l'activité physique.

3. L'implication de la collectivité locale permet de multiplier les collaborations et de faciliter l'engagement des acteurs locaux sur un projet commun

4. Impliquer l'ensemble des professionnels pouvant intervenir en respect de leurs compétences permet de favoriser leur engagement et donc d'améliorer la prise en charge des patients

5. La mise en place d'ateliers d'éducation pour la santé encadrés à l'issue de séances découvertes permet de multiplier la conversion vers une pratique en club par trois.

6. L'individualisation du suivi et de l'accompagnement permet de multiplier la conversion vers une pratique en club par deux.

7. La diversité des activités de sport-santé proposée simultanément dans un cadre de non-concurrence permet d'améliorer l'engagement des patients.

8. Il est nécessaire de repenser les dispositifs d'accueil et de multiplier les types de lieux de pratique de droit commun car le club est marqué normativement et peut freiner l'engagement des patients les plus éloignés de l'activité physique.

9. Il faut contribuer à l'émergence de communautés de pratiques locales, dont les clubs peuvent être conjointement partenaires, mais organisés sur un autre mode que celui de la licence et sans l'appellation club pour favoriser les possibilités d'intégration.

Bibliographie mobilisée

- Alter, N. (2010). *L'innovation ordinaire*. Presses Universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.alter.2010.01>
- Barnett, K., Mercer, S. W., Norbury, M., Watt, G., Wyke, S., & Guthrie, B. (2012). Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education : A cross-sectional study. *The Lancet*, 380(9836), 37-43. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60240-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60240-2)
- Beaud, S., & Weber, F. (2017). *Guide de l'enquête de terrain : Produire et analyser des données ethnographiques*. La Découverte.
- Bendekkiche, H., Raynaud, E., & Roussel, P. (2023). *France, Portrait social*. Insee.
- Bergeron, H., Castel, P., & Nouguez, É. (2013). Éléments pour une sociologie de l'entrepreneur-frontière : Genèse et diffusion d'un programme de prévention de l'obésité. *Revue française de sociologie*, Vol. 54(2), 263-302. <https://doi.org/10.3917/rfs.542.0263>
- Bourdieu, P. (Éd.). (2009). *Questions de sociologie* (Repr.). Ed. de Minuit.
- Bourdieu, P., & Christin, R. (1990). La construction du marché [Le champ administratif et la production de la « politique du logement »] : Le champ administratif et la production de la « politique du logement ». *Actes de la recherche en sciences sociales*, 81(1), 65-85. <https://doi.org/10.3406/arss.1990.2927>
- Bouttet, F., Didierjean, R., Hot, F., Lepori, M., & Lessard, C. (2024). Extension et déstabilisation d'une politique de santé publique : L'entrée des « Maisons Sport-Santé » dans le dispositif d'encadrement de la prescription médicale d'activité physique. *Emulations - Revue de sciences sociales*, 45, 37-56. <https://doi.org/10.14428/emulations.045.03>
- Bureau de l'économie du sport. (2018). *Activité physique et sportive, santé et qualité des finances publiques*. Ministère des Sports.
- Cefaï, D. (Éd.). (2010). *L'engagement ethnographique*. Ecole des hautes études en sciences sociales.
- Chaix, P., & Chavinier-Réla, S. (2015). Évolution de la demande sociale de sport et remise en cause de la compétition. *Reflets et perspectives de la vie économique*, LIV(3), 85. <https://doi.org/10.3917/rpve.543.0085>
- Chartier, R. (2009). *Au bord de la falaise : L'histoire entre certitudes et inquiétude* (Nouv. éd. rev. et augmentée). Albin Michel.
- Cruz-Jentoft, A. J., Baeyens, J. P., Bauer, J. M., Boirie, Y., Cederholm, T., Landi, F., Martin, F. C., Michel, J.-P., Rolland, Y., Schneider, S. M., Topinková, E., Vandewoude, M., & Zamboni, M. (2010). Sarcopenia : European consensus on definition and diagnosis. *Age and Ageing*, 39(4), 412-423. <https://doi.org/10.1093/ageing/afq034>
- Defrance, J., El Boujjoufi, T., & Hoibian, O. (2021). *Le sport au secours de la santé : Politiques de santé publique et activité physique: une sociohistoire, 1885-2020*. Croquant.
- Delandre, D. (2025). *Rapport de la mission interministérielle sport-santé 'Delandre'*.
- Denise, T., Divay, S., Dos Santos, M., Fournier, C., Girard, L., & Luneau, A. (2022). *Pratiques de coopération en santé, regards sociologiques*. IRDES.
- Desage, F., & Godard, J. (2005). Désenchantement idéologique et réenchantement mythique des politiques locales. *Revue française de science politique*, Vol. 55(4), 633-661.
- Dodier, N., & Barbot, J. (2016). La force des dispositifs. *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, 71(2), 421-450.
- Dubois, V. (2009). L'action publique. In A. Cohen, B. Lacroix, & P. Riutort, *Nouveau manuel de science politique* (p. 311-325). La Découverte.

- Dubois, V. (2012). Ethnographier l'action publique. *Gouvernement et action publique*, n° 1(1), 83-101.
- Favre, G. (2014). *Des rencontres dans la mondialisation : Réseaux et apprentissages dans un salon de distribution de programmes de télévision en Afrique sub-saharienne*. Université Paris 9.
- Fédération Hospitalière de France. (2024). *Sport & Santé. 24 propositions pour placer la prévention au coeur des politiques publiques*. FHF.
- Ferrucci, L., & Fabbri, E. (2018). Inflammaging : Chronic inflammation in ageing, cardiovascular disease, and frailty. *Nature Reviews Cardiology*, 15(9), 505-522. <https://doi.org/10.1038/s41569-018-0064-2>
- Frenk, J., Bobadilla, J. L., Stern, C., Frejka, T., & Lozano, R. (1991). Elements for a theory of the health transition. *Health Transition Review: The Cultural, Social, and Behavioural Determinants of Health*, 1(1), 21-38.
- Génolini, J.-P., & Clément, J.-P. (2010). Lutter contre la sédentarité : L'incorporation d'une nouvelle morale de l'effort. *Sciences sociales et sport*, 3(1), 133. <https://doi.org/10.3917/rsss.003.0133>
- Giudicelli, C.-P., & Bigard, X. (2024). *Améliorer la pratique des activités physiques, du sport et réduire la sédentarité à l'École, un enjeu de Santé Publique*. Académie Nationale de Médecine.
- Gottschalk, S., König, H.-H., Werner, C., Fleiner, T., Thiel, C., Büchele, G., Schäufele, M., Rapp, K., & Dams, J. (2024). Association between physical activity and costs in very mild to moderately frail community-dwelling older adults : A cross-sectional study. *BMC Public Health*, 24(1), 2737. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-20253-x>
- Granjon, F. (2022). *Classes populaires et usages de l'informatique connectée : Des inégalités sociales-numériques*. Mines ParisTech-PSL.
- Grillon, J.-L. (2021). Rendre les effets bénéfiques de l'activité physique accessibles aux publics cibles. *Actualités Pharmaceutiques*, 60(604), 21-25. <https://doi.org/10.1016/j.actpha.2021.01.009>
- Grosperin-LeGrand, J., Bamba, B., & Chassagne, A. (2023). Personnes âgées et exclusion numérique : Une approche critique. *Revue des sciences sociales*, 70, 30-39. <https://doi.org/10.4000/revss.10704>
- Gusfield, J. R. (2009). *La culture des problèmes publics : L'alcool au volant: la production d'un ordre symbolique*. Economica.
- Hassenteufel, P. (1995). Do policy networks matter ? Lifting descriptif et analyse de l'Etat en interaction. In P. Le Galès & M. Thatcher, *Les réseaux de politiques publiques*. L'Harmattan.
- Hautenne, B. (2004). Contribution à une sociologie de l'association. *Pensee plurielle*, 7(1), 11-16.
- Honta, M. (2016). The State and management of partnership arrangements in France : An analysis of the implementation of the 'Sport, Health and Well-being' plan. *International Journal of Sport Policy and Politics*, 8(4), 577-591. <https://doi.org/10.1080/19406940.2016.1189954>
- Honta, M. (2022). Rhétorique d'Etat et production d'une action publique « responsable ». Les agents intermédiaires du plan « Sport, santé, bien-être » au travail. In C. Perrin, C. Perrier, & D. Issanchou, *Bouger pour la santé ! Analyses sociologiques d'une injonction contemporaine*. Presses Universitaires de Grenoble.
- Honta, M., Haschar-Noé, N., & Salaméro, É. (2018). L'État à l'épreuve de la régulation territoriale. La mise en négociations des contrats locaux de santé. *Négociations*, 29(1), 143. <https://doi.org/10.3917/neg.029.0143>
- Illivi, F., & Honta, M. (2019). La mise en œuvre du plan « Sport, Santé, Bien-être » en région : Un processus d'ajustements continus. *Santé Publique*, 31(4), 475. <https://doi.org/10.3917/spub.194.0475>
- INSERM (dir.). (2008). *Activité physique : Contextes et effets sur la santé* (p. 811) [Expertise collective].

- Les éditions Inserm.
- INSERM (dir.). (2019). *Activité physique : Prévention et traitement des maladies chroniques* (p. 824) [Expertise collective]. Les éditions Inserm.
- Inspection Générale des Affaires Sociales. (2024). *Le financement de la prévention primaire dans les établissements de santé* (République Française). République Française.
- ISPAH. (2024). *Huit investissements qui favorisent l'activité physique*. ISPAH.
- Lascoumes, P. (1998). La scène publique, nouveau passage obligé des décisions ? *Annales des mines*, 52, 51-62.
- Lascoumes, P., & Le Galès, P. (Éds.). (2004). *Gouverner par les instruments*. Presses de la Fondation nationale des sciences politiques.
- Lascoumes, P., & Le Galès, P. (2018). *Sociologie de l'action publique*. Armand Colin.
- Lazega, E. (2014). *Réseaux sociaux et structures relationnelles*. La Découverte. http://openurl.uquebec.ca:9003/uqam?url_ver=Z39.88-2004&url_ctx_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:ctx&ctx_enc=info:ofi/enc:UTF-8&ctx_ver=Z39.88-2004&rft_id=info:sid/sfxit.com:azlist&sfx.ignore_date_threshold=1&rft.isbn=9782130626596
- Lazega, E., & van Duijn, M. (1997). Position in formal structure, personal characteristics and choices of advisors in a law firm : A logistic regression model for dyadic network data. *Social Networks*, 19(4), 375-397. [https://doi.org/10.1016/S0378-8733\(97\)00006-3](https://doi.org/10.1016/S0378-8733(97)00006-3)
- Le Galès, P., & Thatcher, M. (1995). *Les réseaux de politique publique : Débat autour des policy networks*. Harmattan.
- Leclercq, A. (2007). *Le sport au service de la vie sociale* (Journaux Officiels, p. 240) [Avis et rapports du Conseil économique et social].
- Lefèvre, B., & Raffin, V. (2023). *Les pratiques physiques et sportives en France. Résultats de l'enquête nationale 2020 menée par le ministère chargé des sports et l'Institut national de la jeunesse et de l'éducation populaire (INJEP)*. INJEP.
- Lin, N. (1995). Les ressources sociales : Une théorie du capital social. *Revue Française de Sociologie*, 36(4), 685. <https://doi.org/10.2307/3322451>
- Lipsky, M. (2010). *Street-level bureaucracy : Dilemmas of the individual in public services* (30th anniversary expanded ed). Russell Sage Foundation.
- Loi de modernisation de notre système de santé, Pub. L. No. Loi no 2016-41 (2016).
- Loi visant à démocratiser le sport, Pub. L. No. 2022-296 (2022).
- Lorrain, F., & White, H. C. (1971). Structural equivalence of individuals in social networks. *The Journal of Mathematical Sociology*, 1(1), 49-80. <https://doi.org/10.1080/0022250X.1971.9989788>
- Marsden, P. V. (1990). Network Data and Measurement. *Annual Review of Sociology*, 16, 435-463.
- Mercklé, P. (2011). *La sociologie des réseaux sociaux*. La Découverte. <https://www.cairn.info/la-sociologie-des-reseaux-sociaux--9782707167361.htm>
- Mignon, P. (2015). Point de repère—La pratique sportive en France : Évolutions, structuration et nouvelles tendances. *Informations sociales*, 187(1), 10-13.
- Morales, Y. (2019). Action publique et injonction du « sport-santé » : Les fédérations sportives, nouvelles opératrices de santé (1980-2018). *Corps*, N°17(1), 77. <https://doi.org/10.3917/corp1.017.0077>
- Morales, Y. (2020). Action publique et injonction du « sport-santé » : Les fédérations sportives, nouvelles opératrices de santé (1980-2018): *Corps*, N° 17(1), 77-87. <https://doi.org/10.3917/corp1.017.0077>

- Morales, Y. (2022). La fabrique du « sport santé »—Une cause sanitaire mobilisant le mouvement sportif associatif (1990-2012). In C. Perrin, C. Perrier, & D. Issanchou, *Bouger pour la santé ! Analyses sociologiques d'une injonction contemporaine*. Presses Universitaires de Grenoble.
- Noël Racine, A., & Gautier, C. (2022). *Evaluer les impacts socio-économiques du sport-santé en France*. Ministère des Sports et des Jeux Olympiques et Paralympiques.
- Omran, A. R. (1971). The Epidemiologic Transition : A Theory of the Epidemiology of Population Change. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 49(4), 509-538. <https://doi.org/10.2307/3349375>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2000). *Rapport sur la santé dans le monde 2000. Pour un système de santé plus performant*. OMS.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2004). *Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé*. OMS.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2010). *Recommandations mondiales sur l'activité physique pour la santé*. OMS.
- Oualhaci, A. (2023). *Maisons sport-santé : L'émergence et la structuration d'un nouvel instrument d'action publique*. INJEP.
- Perrier, C. (2020). Reconfigurations du mouvement sportif français face aux injonctions normatives du « sport-santé ». Le cas du « Basket Santé ». *SociologieS*.
- Perrier, C. (2022a). Inscrire l'activité physique dans le code de la santé publique. Analyse d'une construction collective française. In C. Perrin, C. Perrier, & D. Issanchou, *Bouger pour la santé ! Analyses sociologiques d'une injonction contemporaine*. Presses Universitaires de Grenoble.
- Perrier, C. (2022b). *L'Etat actif. Une analyse de l'activité physique comme nouvelle catégorie d'action publique (2001-2017)*. Sciences-Po Grenoble, Université Grenoble Alpes.
- Perrier, C., & Perrin, C. (2024). Quand l'État veut « faire bouger ». Émergence de la prescription de l'activité physique dans les politiques de santé françaises: *Regards croisés sur l'économie*, n° 35(2), 134-144. <https://doi.org/10.3917/rce.035.0134>
- Perrin, C. (2008). *Contribution à l'étude des nouvelles dynamiques professionnelles autour de l'activité physique pour la santé* [Note de synthèse pour l'obtention de l'habilitation à diriger des recherches]. Université Claude Bernard Lyon 1.
- Perrin, C. (2016). Construction du territoire professionnel de l'enseignant en Activité Physique Adaptée dans le monde médical. *Santé Publique*, 51(HS), 141. <https://doi.org/10.3917/spub.160.0141>
- Perrin, C. (2022). Entre passion et visée réformatrice : L'émergence en diabétologie d'un dispositif innovant d'Activité Physique Adaptée intégré, et sa diffusion dans les réseaux de santé. In M. Pinget & A. Bubeck, *Regards croisés sur le diabète*. L'Harmattan.
- Perrin, C., Dizin, E., Issanchou, D., & Martinent, G. (2020). *En forme sur ordonnance à Villeurbanne : De l'élaboration d'un dispositif de prescription d'APA aux patients en ALD à un projet global de promotion de la santé par l'AP à destination de l'ensemble des citoyens*. Laboratoire L-ViS.
- Perrin, C., & Perrier, C. (2022). Introduction générale. Le gouvernement des corps par l'activité physique au point de rencontre des mondes du sport et de la santé. In C. Perrin, C. Perrier, & D. Issanchou, *Bouger pour la santé ! Analyses sociologiques d'une injonction contemporaine*. Presses Universitaires de Grenoble.
- Querton, V. (2023). *L'activité physique au secours de la santé publique. Pistes de réflexion pour faire de l'activité physique un réel recours contre la sédentarité*. Point d'aencrage.
- Radel, A. (2012). *50 ans de campagnes d'éducation pour la santé : L'exemple de la lutte contre la sédentarité et de la promotion des modes de vie actifs (1960-2010)* [Thesis, Toulouse 3]. <http://www.theses.fr/2012TOU30106>
- République Française. (2019). *Stratégie Nationale Sport-Santé 2019-2024*. Ministère des Sports.

- Sandrin-Berthon, B. (2009). Éducation thérapeutique : Concepts et enjeux. *Actualité et Dossier en santé publique*, 66, 9-51.
- Santé publique France. (2024). *Agir sur les espaces verts, les mobilités actives, la chaleur, la pollution de l'air et le bruit : Quels bénéfices pour la santé ?*
- Ungureanu, J., Toussaint, J.-F., & Breton, É. (2018). Améliorer les politiques nationales de promotion de l'activité physique favorable à la santé. *Santé Publique*, 30(2), 157. <https://doi.org/10.3917/spub.182.0157>
- U.S. Department of Health and Human Services. Centers for Disease Control and Prevention. (1996). *Physical activity and health. A report of the Surgeon General*.
- Vos, T., Lim, S. S., Abbafati, C., Abbas, K. M., Abbasi, M., Abbasifard, M., Abbasi-Kangevari, M., Abbastabar, H., Abd-Allah, F., Abdelalim, A., Abdollahi, M., Abdollahpour, I., Abolhassani, H., Aboyans, V., Abrams, E. M., Abreu, L. G., Abrigo, M. R. M., Abu-Raddad, L. J., Abushouk, A. I., ... Murray, C. J. L. (2020). Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019 : A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*, 396(10258), 1204-1222. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30925-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30925-9)

Le ministère des Sports a apporté son soutien à un projet de recherche dans le cadre de la Stratégie Nationale Sport Santé afin d'accroître les connaissances sur la promotion des activités physiques et sportives. Le suivi de ce projet a été confié au Pôle Ressources National Sport Santé.

Ce rapport scientifique « Mailler les réseaux sport-santé » est une réalisation de Clément Perrier, du Laboratoire "Activités Physiques et Sportives et Processus Psychologiques : recherche sur les Vulnérabilités (APSY-V)" de l'Université de Nîmes, et de Claire Perrin, du Laboratoire sur les Vulnérabilités et l'Innovation dans le Sport (L-ViS) de l'Université Lyon 1.

Soutenu
par



**MINISTÈRE
DES SPORTS,
DE LA JEUNESSE
ET DE LA VIE ASSOCIATIVE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

**PERRIER, C. & PERRIN, C. (2025). MAILLER LES RÉSEAUX SPORT-SANTÉ.
RAPPORT POUR LE MINISTÈRE DES SPORTS. PÔLE RESSOURCES NATIONAL SPORT SANTÉ.**