



**MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE**

– 2020 –

**Comment les dispositifs sport-santé parviennent-ils à  
prendre en charge les adultes souffrant de maladies  
chroniques en situation de précarité ?**

– Groupe n°26 –

– Gaëtan ASSIÉ  
– Ahmed BENTAYEB  
– Christophe FRANZ  
– Jérôme HINCKER

– Fabienne PAULIN  
– Roxane PINNA  
– Sylvain ROLLOT  
– Florent URO

*Animatrice*

**Sandrine ANTOINE**



---

# S o m m a i r e

---

<b>Introduction</b> .....	<b>1</b>
<b>Note méthodologique</b> .....	<b>3</b>
<b>1 Le sport : un traitement complémentaire dans la prise en charge des populations précaires souffrant de maladies chroniques</b> .....	<b>7</b>
1.1 La promotion de l'activité physique des populations précaires : une approche renouvelée de la prise en charge des maladies chroniques .....	7
1.1.1 Des liens étroits entre maladie chronique et précarité .....	7
1.1.2 L'activité physique comme alternative thérapeutique dans le traitement des maladies chroniques .....	9
1.2 Une montée en puissance des dispositifs sport-santé en réponse à une inflexion des politiques de santé publique en faveur de l'activité physique adaptée .....	11
1.2.1 Des politiques publiques de plus en plus favorables au développement de l'activité physique adaptée .....	11
1.2.2 Une montée en charge progressive des dispositifs sport-santé .....	13
<b>2 Le sport-santé propose des dispositifs innovants qui peinent toutefois à adresser les patients les plus précaires et gagneraient à renforcer les coordinations et formations croisées entre les mondes de la santé et du sport</b> .....	<b>16</b>
2.1 La difficile prise en charge des patients précaires .....	16
2.1.1 Le ciblage des patients précaires : un enjeu de santé publique très partiellement intégré .....	16
2.1.2 La prise en charge du patient précaire suppose de lever de nombreuses difficultés .....	19
2.1.3 L'autonomisation de l'individu n'est que partiellement prise en compte par les acteurs des dispositifs sport-santé .....	20
2.2 Le sport-santé : des dispositifs qui gagneraient à renforcer les coordinations et formations croisées entre les mondes de la santé et du sport .....	22
2.2.1 Une coordination indispensable qui doit nécessairement se développer .....	22
2.2.2 Une politique de formation insuffisante .....	24
<b>Conclusion</b> .....	<b>26</b>
<b>Bibliographie</b> .....	<b>I</b>
<b>Annexes</b> .....	<b>V</b>
Annexe I – Grilles d'entretien .....	VI
Annexe II – Charte de travail collectif .....	XI
Annexe III – Profil des personnes interrogées .....	XII
Annexe IV – Schéma d'organisation d'une maison sport-santé .....	XIV
Annexe V – Schéma d'adressage vers un dispositif sport-santé par un médecin .....	XV



---

## Remerciements

---

Nous tenons tout d'abord à remercier chaleureusement Sandrine ANTOINE, notre animatrice dans le cadre de ce Module InterProfessionnel (MIP) de santé publique.

Elle a fait preuve d'une grande disponibilité pour nous accompagner tout au long de ce travail en nous apportant des conseils méthodologiques. Elle nous a également, par son expertise, permis de rendre plus qualitative notre production.

Aussi, nous souhaitons remercier tous les professionnels avec qui nous avons échangés dans le cadre de ce module pour leur accueil, leur expertise, leur implication et leur enthousiasme au bénéfice du sport-santé. Ils ont su, malgré le contexte sanitaire, se rendre disponible pour nous apporter leur éclairage et leurs connaissances des dispositifs sport-santé.

Nous remercions chaleureusement Madame Christèle GAUTIER, cheffe du bureau de l'élaboration des politiques du sport à la direction des sports du Ministère des sports pour son accueil lors de la présentation de nos recommandations ainsi que pour les échanges très enrichissants que nous avons pu avoir.

Nous remercions également l'École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP) pour l'organisation de ce MIP qui nous a permis de travailler en interfiliarité et de confronter nos différents points de vue afin de construire notre réflexion.

Enfin, nous tenons à remercier nos proches pour leur bienveillance dans la réalisation de ce travail à distance. Nous souhaitons souligner la dynamique collaborative de notre groupe et la cohésion qui est née au travers de nos échanges, un réel plaisir de travailler en interfiliarité !



---

## Liste des sigles utilisés

---

<b>ALD</b>	Affection de Longue Durée
<b>AME</b>	Aide Médicale d'État
<b>APA</b>	Activité Physique Adaptée
<b>AP-HP</b>	Assistance Publique – Hôpitaux de Paris
<b>ARS</b>	Agence Régionale de Santé
<b>AVC</b>	Accident Vasculaire Cérébral
<b>BPJEPS</b>	Brevet Professionnel de la Jeunesse, de l'Éducation Populaire et du Sport
<b>CCAS</b>	Centre Communal d'Action Sociale
<b>CLCC</b>	Centre de Lutte Contre le Cancer
<b>CNRTL</b>	Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales
<b>CPTS</b>	Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
<b>CROS</b>	Comité Régional Olympique et Sportif
<b>DASES</b>	Direction de l'Action sociale, de l'Enfance et de la Santé de la ville de Paris
<b>DDCS</b>	Direction Départementale de la Cohésion Sociale
<b>DESJEPS</b>	Diplôme d'État Supérieur de la Jeunesse, de l'Éducation Populaire et du Sport
<b>DRJSCS</b>	Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale
<b>EHESP</b>	École des Hautes Études en Santé Publique
<b>EPSM</b>	Établissement Public de Santé Mentale
<b>ETP</b>	Éducation Thérapeutique du Patient
<b>HAS</b>	Haute Autorité de Santé
<b>HCE</b>	Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes
<b>HCSP</b>	Haut Conseil de la Santé Publique
<b>MIP</b>	Module InterProfessionnel
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>PASS</b>	Permanence d'Accès aux Soins de Santé
<b>PNNS</b>	Programme National Nutrition-Santé
<b>PSS</b>	Plateforme Sport-Santé
<b>PU-PH</b>	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
<b>QPPV</b>	Quartier Prioritaire de la Politique de la Ville
<b>RNCP</b>	Répertoire National des Certifications Professionnelles
<b>ROSP</b>	Rémunération sur Objectifs de Santé Publique

<b>RSA</b>	Revenu de Solidarité Active
<b>SNSS</b>	Stratégie Nationale Sport-Santé
<b>STAPS</b>	Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives
<b>TMS</b>	Trouble Musculo-Squelettique
<b>UFR</b>	Unité de Formation et de Recherche
<b>URPS</b>	Union Régionale des Professionnels de Santé libéraux

## Introduction

Les bienfaits et vertus magiques supposés du sport sont véhiculés depuis l'Antiquité mais n'ont été légitimés par les connaissances scientifiques que très récemment. Le sociologue François Le Yondre nous rappelle que la promotion de la pratique sportive à des fins sociales s'est largement développée dans le cadre des politiques de la ville, suite aux flambées de violence dans les banlieues, à partir des années 1990. Mais cette approche principalement occupationnelle et incantatoire, qui n'avait jamais obtenu de résultats tangibles et semblait constituer un pis-aller facile pour répondre à des problématiques complexes telles que la précarité, a largement évolué.

Dans un contexte démographique et épidémiologique de chronicisation des maladies d'une part, et de vieillissement de la population, d'autre part, la prévention est amenée à occuper une place d'autant plus grande que sa pertinence est désormais de plus en plus reconnue. Par conséquent, le recours au sport à des fins préventives et thérapeutiques, dans une approche globale de la santé et du bien-être, s'est émancipé.

Les dispositifs sport-santé ont donc émergé ces dernières décennies, de manières disparates, portés par des initiatives locales, associatives et institutionnelles. Les pouvoirs publics favorisent désormais le développement et la structuration de ces entités qui connaissent un essor sans précédent. Elles permettent un accompagnement coordonné médical et sportif pour les personnes prises en charge. L'objectif politique de création de 500 maisons sport-santé à l'horizon 2022 accentue le caractère contemporain de cette démarche.

Si les plans de santé publique intègrent l'activité physique en réponse à l'émergence des pathologies chroniques, parviennent-ils pour autant à toucher tous les publics ? A l'image de nombreuses campagnes de préventions institutionnelles, certaines populations défavorisées ne restent-elles pas en grande partie peu réceptives aux messages délivrés ?

En effet, la France reste marquée par des inégalités sociales de santé très importantes. A 30 ans, l'espérance de vie d'un cadre supérieur dépasse de sept ans celle d'un ouvrier. Parallèlement, la prévalence des maladies chroniques est supérieure dans les populations les plus précaires, ce qui est dommageable dans le sens où des mesures de prévention efficaces existent. Ces dernières sont sources d'attentions particulières pour les pouvoirs publics, tant sur la scène nationale qu'internationale et semblent guider les objectifs inhérents à la santé des populations. Cependant, malgré une volonté marquée de réduire ces inégalités sociales de santé, des divergences majeures perdurent.

Ces constats, qui ont guidé notre réflexion durant toute l'élaboration de ce travail, nous ont amenés à nous intéresser à la problématique suivante : **comment les dispositifs sport-santé parviennent-ils à prendre en charge les adultes souffrant de maladies chroniques en situation de précarité ?**

Nous sommes, pour répondre à cette question, partis des postulats qui suivent. Si les dispositifs sont insuffisamment connus des acteurs en raison d'une communication inadap-tée, ils contribuent à rendre le patient acteur de sa prise en charge en favorisant son auto-nomie.

Par ailleurs, si une bonne coordination est indispensable à l'efficacité des dispositifs pour une meilleure réponse aux besoins, les acteurs soignants et sportifs restent insuffisam-ment formés pour les utiliser de manière optimale.

Nous sommes donc allés à la rencontre de différents acteurs (médecins, coordonna-teurs, éducateurs sportifs, usagers...) de certaines de ces structures afin de vérifier ces hy-pothèses et tenter d'apporter une réponse satisfaisante à la question posée en proposant, lors-que cela semblait pertinent, des mesures susceptibles d'en améliorer l'efficacité.

Après avoir décrit la méthodologie de travail adoptée par le groupe dans un contexte sanitaire particulier, nous montrerons que l'accompagnement par une activité physique adap-tée peut avoir des effets bénéfiques indéniables sur les patients souffrant de maladies chro-niques en situation de précarité (I). Puis, à partir de l'analyse des entretiens réalisés, nous nous proposons d'établir des recommandations visant à potentialiser l'efficience des dispo-sitifs existants (II).

## Note méthodologique

### 1. Notre collectif de travail

Le groupe est constitué de huit élèves-fonctionnaires issus de quatre filières différentes. Ses membres sont d'origines professionnelles différentes et ne se connaissaient pas avant de travailler ensemble sur ce sujet.

### 2. La méthodologie retenue

Trois temps forts peuvent être retenus dans la réalisation de ce travail collaboratif :

#### a) *La définition collective d'une problématique*

Le sujet proposé nous est, dans un premier temps, apparu relativement large. Après avoir échangé sur ce sujet, nous avons pris la décision de l'orienter plus particulièrement sur les personnes en situation de précarité. Celles-ci sont en effet moins sensibles aux messages de prévention<sup>1</sup> et plus complexes à mobiliser autour des questions de santé. Pour autant, cette population devrait être au cœur des préoccupations des dispositifs sport-santé qui ont pour objectif d'accompagner les personnes dans la pratique. Enfin, dans le contexte actuel, il nous a paru évident de circonscrire le sujet sur les personnes atteintes de pathologies chroniques.

#### b) *Le travail de recherches bibliographiques et de réalisation des entretiens*

Au terme d'un travail de recherche bibliographique, nous avons formulé des hypothèses de travail. Celles-ci ont servi de base à la construction des grilles d'entretien (annexe I). Initialement, nous souhaitions mener des entretiens uniquement auprès des professionnels. Néanmoins, nous avons rapidement estimé que le point de vue des usagers était essentiel dans notre analyse. Par conséquent, nous avons construit deux grilles d'entretien distinctes (l'une pour les usagers, l'autre pour les professionnels), dans l'objectif de confronter la théorie au terrain. Ces deux grilles auraient encore pu être à nouveau subdivisées, notamment selon les différentes catégories de professionnels. En effet, lors des entretiens, une forme de frustration a pu être ressentie, en lien avec le fait de ne pas pousser suffisamment le questionnement et l'échange avec certains interlocuteurs. Néanmoins, nous avons fait le choix de respecter la grille d'entretien définie. Il s'agit peut-être ici de la limite des entretiens semi-directifs. Dans le cadre d'un travail de recherche plus conséquent, il aurait sans doute fallu ajuster les questionnaires après une première série d'entretiens.

---

<sup>1</sup> Académie nationale de médecine : « Précarité, pauvreté et santé », 20 juin 2017.

c) La formulation de recommandations

Après avoir procédé collectivement à l'analyse des entretiens, nous avons pu vérifier ou infirmer nos hypothèses et, par conséquent, formuler des recommandations.

**3. L'organisation et la création d'une dynamique de groupe à l'aune du contexte d'état d'urgence sanitaire**

La pandémie de COVID-19 a bouleversé l'organisation des enseignements et du MIP, notamment du fait du confinement. Ce travail a donc été réalisé exclusivement à distance et a nécessité une communication étroite et régulière tout au long de son élaboration.

Désireux de travailler selon un fonctionnement démocratique, collectif et consensuel, dans une dynamique de développement mutuel de nos compétences, nous avons, au cours de notre première rencontre, construit les bases d'une charte de travail collectif (annexe II). Nous souhaitons mettre en place un travail collectif enrichissant plutôt qu'une division du travail, certes efficace, mais peu propice au développement des compétences, réflexions et savoir de chacun. Il nous a également semblé que cette méthode permettrait une analyse plus fine et moins empreinte de biais individuels. Par la suite, nous avons défini un calendrier avec des échéances à respecter. Ce calendrier a été adapté et revu lors de nos points d'étape.

Grâce aux outils numériques, nous sommes parvenus à échanger régulièrement en visioconférence, tant pour débattre du sujet que pour coordonner les actions à mener. Dans ce contexte de crise sanitaire, nous nous sommes adaptés et malgré la distance, nous sommes parvenus à créer une cohésion d'équipe qui n'a eu de cesse de se renforcer. Nous avons ainsi contourné les obstacles en ayant recours aux technologies de l'information et de la communication :

<b>Contraintes</b>	<b>Applicatifs</b>	<b>Apports – Utilisation</b>
Disponibilités asynchrones	Teams	Fichiers partagés permettant à chacun de travailler en fonction de son agenda en dehors des temps collectifs.
Éloignement	Klaxoon	Travail d'exploration du sujet, de mise en commun des idées, de formulation de la problématique et des hypothèses.  Définition de notre méthodologie de gestion de projet, de manière visuelle, tout en offrant suffisamment de souplesse, avec la possibilité de l'ajuster en temps réel.
Éloignement	WhatsApp	Maintien du lien et de la cohésion du groupe.

#### **4. La réalisation des entretiens, une étape importante dans un contexte spécifique**

Malgré le contexte de crise sanitaire, nous avons fait le choix d'interroger un large panel de personnes investies dans des dispositifs sport-santé afin de confronter la théorie à la pratique de terrain. Ces enquêtes, ont été complexes à réaliser dans une période d'état d'urgence sanitaire. En effet, nos interlocuteurs potentiels étaient soit monopolisés par la gestion de crise, soit confrontés à de grandes perturbations dans leurs activités quotidiennes. Face à leurs indisponibilités nous avons tout de même interrogés vingt-trois personnes, à savoir, vingt professionnels issus de dix-sept structures différentes ainsi que trois usagers (liste en annexe III). Pour atteindre cet objectif, nous avons dû démarcher de nombreuses structures et activer nos réseaux de connaissances respectifs. En effet, parmi le portefeuille de contacts de notre référente, seuls trois professionnels répondant à nos critères de sélection étaient disponibles. Il convient toutefois de noter que, malgré nos nombreuses sollicitations, nous n'avons pas été en mesure d'interroger des professionnels d'Agences Régionales de Santé (ARS). En effet, ces derniers étaient fortement mobilisés pour lutter contre le COVID-19. Conscients de l'importance d'éclairer notre travail par le prisme de lecture de ces établissements publics administratifs, nous tenterons de les contacter durant la préparation de la soutenance de ce travail.

A l'exception d'un élu local, l'ensemble des entretiens a été réalisé à distance, en visioconférence ou par téléphone, sur un modèle semi-directif et d'une durée moyenne d'une heure. La plupart des entretiens ont été enregistrés après accord des personnes interrogées et ont fait l'objet d'une retranscription, partielle ou intégrale, pour améliorer et faciliter le travail d'analyse, ainsi que la prise de connaissance des différents échanges par tous les membres du groupe.

#### **5. Les limites que présente ce travail et les solutions que nous avons éventuellement pu y apporter**

Plusieurs limites ont été mises en évidence par les membres du groupe dans le traitement du sujet. Ainsi, au regard des contraintes de temps, l'objectif de ce travail n'est pas de procéder à la comparaison des dispositifs sport-santé existants et, pour certains, cités dans ce rapport, mais véritablement d'évaluer leur résultat global en matière d'accompagnement des patients atteints de pathologies chroniques.

En outre, un biais de sélection peut être mis en exergue dans la mesure où les personnes interrogées ont été sollicitées à partir du réseau de connaissances de notre animatrice ou de nos réseaux respectifs, potentiellement sources de réponses biaisées. Pour limiter ce biais, les entretiens ont été partagés par types d'interlocuteurs (usagers ; dispositifs sport-

santé, institutions ...) et réalisés par des binômes aux profils différents afin de rendre le travail d'analyse et d'exploitation des données recueillies le plus objectif possible. Néanmoins, en lien avec l'état d'urgence sanitaire, et l'identification d'interlocuteurs disponibles pour un entretien, un réel travail de réflexion et d'échange a été mené afin de choisir les interlocuteurs qui, dans nos réseaux respectifs, étaient susceptibles de répondre à la problématique fixée.

Si les restrictions de déplacement liées à la crise sanitaire n'ont finalement pas entravé la réalisation d'entretiens de qualité, elles nous ont empêché de réaliser, en parallèle, des visites « de terrain ». Cela ne nous a pas permis de vérifier les dires, les affirmations et les analyses de nos interlocuteurs. Notre guide d'entretien prévoyait notamment la sollicitation de données chiffrées mais aucune structure n'a pu ou souhaité nous fournir des éléments suffisants pour produire une contre-analyse solide. Nous n'avons également pas pu nous appuyer sur des sources académiques secondaires pour croiser les sources. Le cadre du MIP ne nous permettra pas de lever cette difficulté méthodologique dans les délais impartis.

Enfin, nous avons été surpris de la complexité que nous avons pu rencontrer pour recentrer les professionnels sur les personnes en situation de précarité. Nous verrons, après analyse de ce constat, que la définition même de la précarité, dans son polymorphisme, n'est que peu maîtrisée par les professionnels. De plus, cette dérive langagière à laquelle nous avons été confronté révèle en réalité des dérives potentielles dans le recrutement des usagers.

# **1 Le sport : un traitement complémentaire dans la prise en charge des populations précaires souffrant de maladies chroniques**

## **1.1 La promotion de l'activité physique des populations précaires : une approche renouvelée de la prise en charge des maladies chroniques**

### **1.1.1 Des liens étroits entre maladie chronique et précarité**

#### ***1.1.1.1 Les maladies chroniques : un défi de santé publique***

Notre système de santé fait aujourd'hui face à un véritable défi de santé publique. En effet, l'allongement de l'espérance de vie et les progrès de la médecine transforment des pathologies précédemment mortelles en pathologies chroniques. Ainsi, l'essor de ces dernières semble inexorable. Mais qu'entend-on réellement par maladie chronique ? Leur définition n'est pas consensuelle. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)<sup>2</sup>, elles peuvent être décrites comme des Affections de Longue Durée (ALD) habituellement d'évolution lente, pouvant conduire à des complications graves.

Les maladies chroniques représentent 63% des décès au niveau international et sont donc la principale cause de mortalité mondiale. On répertorie, dans ces affections, des pathologies non transmissibles telles que les cardiopathies, l'insuffisance rénale chronique, certains cancers, l'asthme, le diabète ou les affections psychiatriques de longue durée.

De façon plus scientifique, certains chercheurs associent la maladie chronique à « [...] la présence d'un substratum organique, psychologique ou cognitif d'une ancienneté minimale de trois mois à un an, ou supposée telle, accompagnée d'un retentissement »<sup>3</sup>.

Pour André Grimaldi, diabétologue à la Pitié Salpêtrière, 20 millions de personnes sont actuellement concernées par une maladie chronique en France<sup>4</sup> (17% des assurés du régime général sont inscrits en ALD). Ce nombre a doublé en 20 ans<sup>5</sup>, comme dans la plupart des pays développés. Son caractère définitif et les retentissements qu'elle fait peser sur la vie quotidienne des patients (traitements médicamenteux, régimes spécifiques, aménagements du domicile...) peuvent générer de nombreuses problématiques de suivi médical, de relations sociales, professionnelles mais également financières.

#### ***1.1.1.2 La précarité : une notion difficile à appréhender***

La notion de précarité a été définie par le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL), comme étant « le caractère de la détention précaire », c'est-à-dire

---

<sup>2</sup> Serge Briançon et al., « maladies chroniques », Actualité et dossier en santé publique n° 72, septembre 2010, p.13.

<sup>3</sup> Perrin E.C., et al. « Issues involved in the definition and classification of chronic health conditions ». *Pediatrics*. 1993 ; 91 : 787-793.

<sup>4</sup> Grimaldi A. (2017) 20 millions de malades chroniques en France, [En ligne] France info, 13h, JT du 27 mars 2017.

<sup>5</sup> Santi P., Cabut S., « Les maladies chroniques bousculent la médecine », *Le Monde*, 20 mars 2017.

« dont on ne peut garantir la durée, la solidité, la stabilité ; qui, à chaque instant, peut être remis en cause »<sup>6</sup>. Quant à la définition proposée par le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP), l'accent est mis davantage sur les conditions de la précarité plutôt que sur les catégories d'individus concernés. Le HCSP définit la précarité comme « un état d'instabilité sociale caractérisé par la perte d'une ou plusieurs des sécurités (...). Ainsi, la précarité est le résultat d'un enchaînement d'évènements, d'expériences et de ruptures qui conduisent à des situations de fragilisation économique, sociale et familiale »<sup>7</sup>.

Les déterminants de la précarité sont nombreux et peuvent être cumulatifs, parmi lesquels le niveau d'étude, la catégorie socio-professionnelle, le niveau de revenu, l'emploi, la couverture maladie, le logement, l'absence de liens familiaux ou bien encore la santé. Or, la pluralité de ces situations induit nécessairement une prise en charge différente, tenant compte du degré d'autonomie de la personne.

En définitive, ce sont bien les personnes les plus précaires (isolées et sédentaires) qui sont les plus durement affectées par les maladies chroniques.

### **1.1.1.3 Une surexposition manifeste des populations précaires aux maladies chroniques**

L'observatoire des inégalités dénombre en France 8 à 9 millions de personnes en situation de précarité. Les personnes en situation de précarité sont plus exposées à des maladies chroniques que le reste de la population. « La précarité augmente la probabilité d'être affecté par un problème de santé, et d'avoir une perception plus dégradée de sa propre santé »<sup>8</sup> étayent Patrick Laure, Sophie Bordas et Jérôme Decrion dans leurs travaux. D'autres études concluent dans le même sens : « la population en situation de précarité est plus exposée à des maladies, voire à des accidents, que la population générale, en particulier à des troubles psychiques, mentaux et locomoteurs »<sup>9</sup>.

Les femmes comptent également parmi les publics les plus concernés. Selon le Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes (HCE), la précarité est corrélée à une moindre participation aux dépistages ainsi qu'à une surexposition à certains facteurs de risques (alimentation peu saine, moindre niveau d'activité physique...).

---

<sup>6</sup> CNRTL, Outils et ressources optimisé de la langue, définition de précarité, [En ligne] <https://www.cnrtl.fr/definition/precarite>, consulté le 18/05/2020

<sup>7</sup> *Ibid.*

<sup>8</sup> Patrick Laure, Sophie Bordas et Jérôme Decrion. « Une action de promotion de la santé par l'activité physique auprès des personnes en situation de précarité », *Cairn-revue de santé publique*, 2007, pp525 à 533.

<sup>9</sup> Moulin JJ. et al. « Inégalité de santé et comportements : comparaison d'une population de 704 128 personnes en situation de précarité à une population de 516 607 personnes non précaires », *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, 2005 ; 43:213-5.

La stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé<sup>10</sup>, déclinée par l'OMS en 2004, établissait déjà un lien de causalité entre précarité et sédentarité, à plus forte raison dans le cas de certaines maladies chroniques telles que l'obésité et le diabète. En définitive, l'accessibilité financière et géographique reste un défi de santé publique ayant une certaine acuité. L'enjeu est de cibler davantage les populations considérées comme les plus éloignées du système de santé, par extension des personnes les plus précaires (soins différés, faible suivi médical, éducation thérapeutique déficitaire...).

Un cercle vicieux se met en œuvre dans lequel la précarité entretient l'absence de lien social, qui elle-même entrave la pratique d'une activité physique et favorise l'isolement des individus en situation de précarité.

## **1.1.2 L'activité physique comme alternative thérapeutique dans le traitement des maladies chroniques**

### **1.1.2.1 Sport ou activité physique ?**

Souvent employés comme synonymes, les termes « sport » et « activité physique » n'en sont pas moins différents. En effet, selon le CNRTL, le sport est une « *forme spécifique que prend cette activité physique, considérée comme une discipline autonome ayant ses règles, son organisation, son entraînement, ses codes, ses valeurs* »<sup>11</sup>. *A contrario*, l'activité physique correspond à « [...] tout mouvement produit par les muscles squelettiques, responsable d'une augmentation de la dépense énergétique »<sup>12</sup>. Ainsi, si le sport peut être considéré comme de l'activité physique, l'inverse n'est pas vrai.

Au regard de ces définitions, l'activité physique s'ancre pleinement dans les actes de la vie courante qui nécessitent une mobilisation du corps et provoquent une consommation d'énergie supérieure à celle du repos. Le sport quant à lui, va au-delà de la notion de dépense énergétique pour s'immiscer dans une approche dogmatique en tant que discipline codifiée et associée, la plupart du temps, à une notion de performance ou de dépassement de soi<sup>13</sup>.

Il est donc commun de qualifier l'approche thérapeutique par le sport de dispositif sport-santé. En effet, tels qu'ils sont pensés, ces dispositifs suppléent les activités quotidiennes des patients pour les amener ou les ramener à la pratique d'une activité sportive. Ces dernières sont souvent dérivées de sports codifiés comme le basket, le foot ou bien encore le

---

<sup>10</sup> OMS, « Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé », 2004 [En ligne] [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA57/A57\\_9-fr.pdf?ua=1](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_9-fr.pdf?ua=1), consulté le 16/05/2020

<sup>11</sup> CNRTL. Outils et ressources optimisé de la langue, définition de sport, [En ligne], <https://www.cnrtl.fr/definition/sport>, consulté le 18/05/2020.

<sup>12</sup> OMS, « Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé », 2004 [En ligne] [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA57/A57\\_9-fr.pdf?ua=1](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_9-fr.pdf?ua=1), consulté le 16/05/2020

<sup>13</sup> Karine Jacquet, Mai-Juin 2017, « Le sport et la santé », Science et vie, n°24 pp. 18 à 75.

badminton. Initialement, ces activités sont proposées à certains usagers pour les aider à gérer au mieux leur pathologie et à s'autonomiser dans leur prise en soins.

### ***1.1.2.2 Les bienfaits reconnus de l'activité physique sur la santé***

Dès l'Antiquité, Aristote préconisait le recours à l'exercice pour améliorer non seulement la santé somatique de l'individu, mais également de l'élever, par la persévérance et la rigueur, aux vertus morales<sup>14</sup>.

Il faudra cependant attendre 1960 pour que l'activité physique et sportive soit véritablement considérée dans sa dimension préventive des maladies humaines. Initialement centrée sur la prise en charge des maladies cardiovasculaires, cette décennie a en effet été marquée par une inflexion des maladies infectieuses et l'émergence des maladies métaboliques.

L'OMS considère l'inactivité et la sédentarité comme les principaux facteurs de morbidité évitables dans le monde. En France, les études montrent une dégradation des indicateurs de santé de la population en lien avec l'inactivité physique et la sédentarité, notamment chez les femmes et les enfants de plus en plus confrontés aux écrans<sup>15</sup>.

L'activité physique et sportive s'avère ainsi être un déterminant majeur de l'état de santé de la population. Une pratique régulière, même à intensité modérée, permet certes de diminuer la mortalité, mais également d'augmenter la qualité de vie des individus.

### ***1.1.2.3 Vers une prise en charge des maladies chroniques par l'activité physique***

L'activité physique est également un levier majeur de prévention et de traitement des principales pathologies chroniques comme le diabète ou les maladies cardiovasculaires. Si le repos a longtemps été la règle dans le traitement de nombreuses pathologies chroniques, on assiste désormais à un véritable changement de paradigme. Les études scientifiques montrent ainsi que, lorsqu'elle tient compte des recommandations de pratique et des complications liées à la pathologie, non seulement l'activité physique ne l'aggrave pas mais qu'en plus, ses effets bénéfiques sont d'autant plus importants qu'elle est introduite tôt après le diagnostic.

Un rapport<sup>16</sup> de l'Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (INSERM) de 2019 sur le rôle de l'activité physique dans la prévention et le traitement des maladies chroniques édicte plusieurs recommandations en lien avec l'activité physique dans la prévention et le traitement des maladies chroniques.

---

<sup>14</sup> Platon, « La République, livre troisième », Livre audio gratuit publié le 13 Avril 2012, [En ligne] <http://www.litteratureaudio.com/livre-audio-gratuit-mp3/platon-la-republique-livre-troisieme.html>, consulté le 17/05/2020

<sup>15</sup> Larras B, Praznocy C, « État des lieux de l'activité physique et de la sédentarité en France – Mise à jour de l'édition 2017. » Clermont-Ferrand : Observatoire national de l'activité physique et de la sédentarité, mai 2018. 32 pages.

<sup>16</sup> INSERM, « Activité physique. Prévention et traitement des maladies chroniques », éditions EDP Sciences, coll. Expertise collective, janvier 2019, 824 p.

Le groupe d'experts considère par conséquent que l'activité physique fait partie intégrante du traitement des maladies chroniques. Il recommande que sa prescription soit systématique et aussi précoce que possible dans le parcours de soin des pathologies étudiées. Il recommande également que l'activité physique soit prescrite avant tout traitement médicamenteux.

De plus, à côté de la qualité de la prise en charge des maladies chroniques, la qualité de vie des patients est devenue une préoccupation des pouvoirs publics. En France, la loi du 9 août 2004<sup>17</sup> a prévu la mise en place du Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011.

Dans le cadre d'une prise en charge globale et optimisée, l'activité physique permet en outre d'éviter ou de retarder la survenue de complications et la perte d'autonomie. Elle semble nécessaire pour la qualité de vie des patients dans les cas de maladies chroniques évoluant à long terme et, plus généralement, dans les domaines pour lesquels les bénéfices des traitements deviennent marginaux ou pour lesquels il n'y a pas de solution curative.

## **1.2 Une montée en puissance des dispositifs sport-santé en réponse à une inflexion des politiques de santé publique en faveur de l'activité physique adaptée**

### **1.2.1 Des politiques publiques de plus en plus favorables au développement de l'activité physique adaptée**

#### **1.2.1.1 Une prise de conscience internationale**

L'émergence au niveau international d'une approche globale de la santé a favorisé la mise en place d'un cadre favorable au développement de la promotion d'une activité physique adaptée pour la prévention et le traitement des maladies chroniques à destination des publics précarisés.

Les différentes institutions, françaises, européennes et mondiales, insistent désormais, au travers de la Charte d'Ottawa<sup>18</sup> sur le fait que l'activité physique est bénéfique non seulement en prévention primaire, mais également en prévention secondaire et tertiaire.

Sur le plan international et européen, la Stratégie sur l'activité physique pour la région européenne de l'OMS 2016-2025 ainsi que le Plan d'action mondial de l'OMS pour l'activité physique et la santé 2018-2030, « *des personnes plus actives pour un monde plus sain* » offrent un cadre d'actions propice à la mise en œuvre de politiques publiques adaptées par les différents États-parties.

---

<sup>17</sup> Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, JORF n°185 du 11 août 2004 page 14277.

<sup>18</sup> Organisation Mondiale de la Santé, 1986, « Charte d'Ottawa », OMS, Genève, Suisse.

### ***1.2.1.2 L'intégration de l'activité physique dans les plans de santé publique nationaux***

Le développement de l'activité physique constitue, depuis les années 2000, un des axes majeurs de plusieurs plans nationaux de santé publique. Ainsi, les programmes nationaux nutrition santé, mis en place depuis 2001, incitent à la pratique régulière d'une activité physique. L'objectif est d'améliorer l'état de santé de la population en mettant en adéquation les apports nutritionnels et les dépenses énergétiques occasionnées par l'activité physique.

La plupart des plans font désormais référence aux bienfaits d'une activité physique dans leurs champs d'intervention : les plans cancer, le plan obésité, le plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques, le plan bien vieillir, et le plan national d'action et de prévention de la perte d'autonomie.

### ***1.2.1.3 Des textes législatifs et réglementaires en constante évolution qui favorisent les dispositifs sport-santé.***

Afin de favoriser le développement des dispositifs sport-santé, plusieurs textes législatifs et réglementaires, ainsi que des guides et recommandations de bonnes pratiques ont été publiés.

Ainsi, dès 2012, l'instruction du 24 décembre 2012<sup>19</sup> amorce une dynamique de promotion des activités physiques et sportives comme facteur de santé publique. Cette dynamique s'inscrit plus largement dans la stratégie nationale de santé<sup>20</sup> et la Stratégie Nationale Sport-Santé (SNSS) 2019-2024 qui vise à faire reconnaître l'activité physique et sportive comme un « *facteur de santé physique et mentale* ».

Ensuite, la loi du 26 janvier 2016<sup>21</sup>, dans son article 144, a permis la création d'un article L.1172-1 au sein du code de la santé publique permettant la prescription par le médecin traitant, d'une « *activité physique adaptée, à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical du patient* » et en pose la définition<sup>22</sup>.

Le décret du 30 décembre 2016<sup>23</sup> a précisé les conditions d'application de la prescription d'activité physique adaptée. Par ailleurs, l'instruction ministérielle du 3 mars 2017<sup>24</sup> apporte des précisions relatives aux interventions des différents professionnels et intervenants ainsi que des outils aux parties prenantes des dispositifs sport-santé, tout en réitérant

---

<sup>19</sup> Instruction n°DS/DSB2/SG/DGS/DGCS/2012/434 du 24 décembre 2012 relative à la mise en œuvre opérationnelle des mesures visant à promouvoir et développer la pratique des activités physiques et sportives comme facteur de santé publique.

<sup>20</sup> Décret n°2017-1866 du 29 décembre 2017 portant définition de la stratégie nationale de santé pour la période 2018-2022.

<sup>21</sup> Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, JORF n°0022 du 27 janvier 2016.

<sup>22</sup> Décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016 relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée

<sup>23</sup> Décret n°2016-1990 du 30 décembre 2016 relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée, JORF n°0304 du 31 décembre 2016.

<sup>24</sup> Instruction interministérielle n° DGS/EA3/DGESIP/DS/SG/2017/81 du 3 mars 2017 relative à la mise en œuvre des articles L.1172-1 et D.1172-1 à D.1172-5 du code de la santé publique et portant guide sur les conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée.

les objectifs associés : « *impulser, faciliter et accompagner le recours à l'activité physique pour les patients en ALD, à co-construire des réseaux capables de proposer une offre pérenne d'activités physiques* ». Afin de guider les médecins dans la réalisation des prescriptions, la Haute Autorité de Santé (HAS) a publié un guide de recommandations et des référentiels de prescription en septembre 2018<sup>25</sup>.

La SNSS 2019-2024, dans son axe 1, prévoit de déployer des maisons sport-santé afin de pouvoir attirer vers la pratique d'activité physique et sportive des publics qui en sont éloignés et ainsi répondre aux enjeux de santé publique. Parallèlement, et afin de mobiliser l'ensemble des acteurs, le ministère des sports a publié le 19 avril 2019, une circulaire relative à l'intégration du sport dans les contrats de ville<sup>26</sup>.

Cependant, malgré ce cadre réglementaire l'offre actuelle sur les territoires est très diversifiée.

## **1.2.2 Une montée en charge progressive des dispositifs sport-santé**

### **1.2.2.1 Des dispositifs sport-santé variés et inégalement répartis sur le territoire**

Les dispositifs sport-santé favorisent notamment la pratique d'une activité physique adaptée qui contribue au bien-être et à la santé du pratiquant, en associant souvent personnels médicaux, éducateurs sportifs et travailleurs sociaux pour une prise en charge coordonnée. Ils se sont développés de manière éparse sur le territoire, en lien avec les plans régionaux sport, santé, bien-être. Ces dispositifs se présentent sous des formes diverses, en fonction du porteur du projet initial et des acteurs qui font partie du réseau.

Différentes structurations existent (cf. schéma en annexe IV) :

- ↳ Des fédérations sportives, constituées sous la forme d'association qui peuvent être agréées et ainsi participer à l'exécution d'une mission de service public. Le cas échéant, ces fédérations organisent des compétitions officielles et délivrent des titres départementaux, régionaux ou nationaux ;
- ↳ Des établissements publics de santé ou des Centres de Lutte Contre le Cancer (CLCC) qui, à l'initiative d'une équipe médicale, proposent des programmes sport-santé à des patients atteints de maladies chroniques, pendant et/ou après la prise en charge clinique ;

---

<sup>25</sup> Haute Autorité de Santé, 2019, Guide de promotion, consultation et prescription médicale d'activité physique et sportive pour la santé chez les adultes, HAS, Saint-Denis la Plaine Cedex, [En ligne][https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/guide\\_aps\\_vf.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/guide_aps_vf.pdf), consulté le 23/05/2020

<sup>26</sup> Circulaire n° DS/DIR/2019/108 du 19 avril 2019 relative à l'intégration du sport dans les contrats de ville.

- ↳ Des réseaux locaux organisés à l’initiative de partenaires divers et sur l’ensemble du territoire :
  - D’une collectivité territoriale qui mène une politique volontariste pour favoriser le sport-santé dans le cadre des contrats de ville. Le dispositif « Sport sur ordonnance », installé à Strasbourg depuis novembre 2012, permet aux patients souffrant de maladies chroniques stabilisées de pratiquer une activité physique au sein de structures sportives ;
  - D’un établissement de santé ;
  - De professionnels médicaux libéraux en maison de santé qui structurent un dispositif en partenariat avec la ville
  - De professionnels du monde sportif ;
- ↳ Des Maisons sport-santé labellisées : ce concept peut être porté aussi bien par un centre hospitalier que par un Comité Régional Olympique et Sportif (CROS) ou encore par les Directions Régionales de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale (DRJSCS). Par exemple, sous l’impulsion de la Direction Départementale de la Cohésion Sociale (DDCS) et de l’ARS, la plateforme sport-santé de l’Ain, récemment labellisée maison sport-santé, propose un parcours personnalisé sur un an à un an et demi. Son rôle est d’essayer d’identifier sur tout le département l’offre d’activités, étant précisé qu’elle prend la forme d’ateliers passerelles, d’ateliers sport-santé ou d’ateliers sport-bien-être selon le niveau d’encadrement de l’éducateur.

Ainsi, les initiatives locales sont nombreuses, conduites par des partenaires « *très impliqués et motivés* »<sup>27</sup>. Cependant, cette pluralité d’organisations pourrait manquer de lisibilité pour les professionnels, comme pour les bénéficiaires.

### **1.2.2.2 Vers une meilleure lisibilité de l’offre au travers des maisons sport-santé.**

Parallèlement au développement de l’Activité Physique Adaptée (APA) pour le grand public, il convient de cibler très précisément les publics précaires éloignés de la pratique sportive. Pour cela, l’offre doit être adaptée. C’est en ce sens que le Plan « *priorité prévention – rester en bonne santé tout au long de sa vie* » et la SNSS prévoient de mettre en place 500 maisons sport-santé à l’horizon 2022. Elles seront installées sur l’ensemble du territoire français, avec une priorité donnée aux Quartiers Prioritaires de la Politique de la Ville (QPPV).

---

<sup>27</sup> Rapport IGAS n°2017-126R, IGJS n°2018-I-07, « Évaluation des actions menées en matière d’activité physique et sportive à des fins de santé », mai 2018, p.73.

Ainsi, les patients orientés sur ces dispositifs au travers d'une prescription médicale peuvent bénéficier d'une prise en charge et d'un accompagnement spécifique par des professionnels de la santé et du sport. Les maisons sport-santé peuvent également prendre la forme de plateformes internet et de dispositifs numériques mettant à disposition des patients un programme personnalisé.

Leur labellisation répond au double objectif d'améliorer le maillage territorial et de rendre lisible l'accès à ces dispositifs. Suite au premier appel à projets de 2019, seules 138 maisons sport-santé ont été labellisées, préférentiellement dans les zones rurales et les QPPV.

Pour autant, de nombreux dispositifs existent sans être reconnus en tant que « maisons sport-santé ». Pour légitimer leur activité, les acteurs de ces structures peuvent répondre à des appels à projets spécifiques afin de les faire labelliser.

Si la structure juridique de ce type de dispositif est laissée au libre choix du porteur de projet, l'animation d'un réseau d'acteurs diversifiés s'impose. Cette complémentarité des compétences, ancrée dans une logique de décloisonnement, fait intervenir des professionnels de territoires et de formations différents. La démarche de labellisation suggère notamment l'inclusion de professionnels du sport, du sanitaire, du social, des collectivités territoriales ou tout autre acteur qui pourrait concourir à la réalisation de leurs missions.

Comme dans toute démarche de labellisation, les maisons sport-santé sont soumises à des évaluations régulières par les autorités compétentes. Pour répondre aux exigences de qualité et de sécurité auxquelles elles sont soumises, elles doivent disposer d'un système d'information compétent, permettant de rendre compte de leur activité.

Au regard de ces éléments, l'APA occupe une place importante dans la prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques. Pour autant, les dispositifs créés sont-ils à la hauteur des enjeux induits par la nécessité d'apporter une réponse efficace à une population précaire surexposée à la sédentarité et à ces pathologies ? A travers différents entretiens que nous avons menés auprès d'acteurs pluriprofessionnels et d'usagers de ces dispositifs, nous nous proposons de réaliser un état des lieux et d'apporter des éléments d'éclairage, ainsi que des propositions de recommandations pour répondre aux difficultés soulevées.

## **2 Le sport-santé propose des dispositifs innovants qui peinent toutefois à adresser les patients les plus précaires et gagneraient à renforcer les coordinations et formations croisées entre les mondes de la santé et du sport**

### **2.1 La difficile prise en charge des patients précaires**

#### **2.1.1 Le ciblage des patients précaires : un enjeu de santé publique très partiellement intégré**

##### ***2.1.1.1 Une communication insuffisante et peu ciblée qui doit s'améliorer***

Les structures sport-santé disposent rarement de moyens de communication spécifiques. Pour autant, les numéros de téléphone mis en place sont très rarement utilisés par les usagers. Une Professeur des Universités-Praticienne Hospitalière (PU-PH), Cheffe de service, indique que le numéro « prescri'forme » dont le service dispose, n'est utilisé ni par les professionnels, ni par les usagers. De plus, elle considère que l'orientation des patients dans les Plateformes Sport-Santé (PSS) est principalement assurée par le corps médical. Elle estime ainsi que « *ce qui fonctionne le mieux, c'est notre travail avec les médecins correspondants qui ont en charge des file-actives de patients malades chroniques* ».

En effet, malgré leur usage régulier, on peut interroger la portée d'une campagne de communication numérique, notamment lorsque qu'elle vise un public éloigné de l'usage des technologies de l'information et de la communication.

Ainsi, les PSS ayant développé une communication externe ont mobilisé davantage de professionnels partenaires et atteint plus aisément les usagers. En ce sens, une coordinatrice de PSS indique qu'elle « (...) *communique plutôt de manière indirecte en s'appuyant sur les personnes ressources des usagers (...)* ». Parallèlement, la structure où elle travaille réalise « (...) *un travail constant de présentation du dispositif auprès des différents partenaires et notamment les professionnels prescripteurs* ». Cette approche, privilégiant le recours à des partenaires professionnels et des proches aidants limite les intermédiaires et permet d'atteindre plus aisément le public cible.

Ainsi, l'implication active des partenaires s'avère décisive pour toucher les populations en situation de précarité. Une Cheffe de Pôle exprime en effet que les personnes précaires constituent « (...) *un secteur de la population que nous avons beaucoup de mal à toucher. Nous mettons parfois en place des dispositifs spécifiques en direction de ces populations. C'est notamment le cas des populations migrantes, des personnes en situation de précarité, ainsi que des populations logées dans des hôtels, notamment des femmes isolées, car la communication vers ces publics est, pour nous, peu ou pas maîtrisée.* »

Ces difficultés de communication sont dommageables pour les usagers et les structures qui peinent parfois, dans ces conditions, à être attractives. Face à ce constat, une direction municipale des sports explique que sans partenaire interne et externe, elle ne parvient pas à saturer son offre de sport-santé : « nous sommes loin d'être au maximum de nos capacités d'accueil. Nous avons un problème de communication, nous n'avons pas les bons relais, notamment dans le domaine médical. Un référent interne permettrait de mettre en relation les bons acteurs, d'avoir une communication beaucoup plus rapide et d'augmenter le nombre de partenaires et de bénéficiaires. Et en externe, nous aimerions bien avoir des points d'entrées identifiés à l'hôpital ».

Parallèlement, nos entretiens avec des usagers confirment qu'ils ne disposent que d'un faible niveau de connaissances des dispositifs sport-santé en amont de leur prise en charge. Ainsi, un premier usager indique qu'il « n'avait absolument pas connaissance de la plateforme avant, au regard de sa situation sociale précaire et que toutes les personnes comme lui ne la connaissaient pas ». Un deuxième usager a confirmé : « je ne connaissais pas le dispositif. C'est le cardiologue à la PASS<sup>28</sup> de l'Hôtel-Dieu qui m'a orienté vers ce dispositif ». Selon eux, certaines personnes pourraient être intéressées par ces dispositifs, sans pour autant les connaître.

Toutefois, comme le souligne le cadre de santé d'un Établissement Public de Santé Mentale (EPSM), certaines structures ne souhaitent pas développer d'action de communication car leurs capacités d'accueil sont déjà saturées, par manque d'effectifs d'encadrement.

Recommandation n°1 : **Améliorer la communication directe, au-delà des outils numériques, à destination des publics précaires, en s'appuyant sur les professionnels de terrain et les proches aidants.**

Recommandation n°2 : **Mettre en place un partenariat ville-hôpital-dispositif sport-santé en appui sur les PASS afin de mieux cibler les personnes ayant le plus besoin d'une prise en charge sport-santé** (le terme ville est ici entendu au sens large : établissements et services médico-sociaux, professionnels médicaux et paramédicaux libéraux, Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) ...).

### **2.1.1.2 Une difficulté des acteurs à cerner la précarité**

Comme évoqué précédemment, la définition de la précarité est un élément complexe à appréhender même pour les professionnels côtoyant régulièrement ces publics. La cheffe de service sollicitée pour l'audition d'usagers nous a fait part de sa difficulté à nous mettre en lien avec des patients précaires. Pour autant, les personnes qu'elle nous a adressées, sont toutes en situation de précarité, voire de grande précarité. Deux d'entre elles, d'origine

<sup>28</sup> Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS).

étrangère et présentes en France depuis moins de cinq ans, bénéficient seulement de l'Aide Médicale d'État (AME). L'une d'entre elles n'a pas de titre de séjour ; la deuxième n'a pas de revenu ; la troisième est sans emploi depuis plusieurs années.

Nos entretiens ont confirmé que les différents acteurs peuvent avoir des conceptions divergentes de la précarité. En effet, les définitions allouées à la précarité sont polymorphes. Quand un adjoint de mairie assimile les personnes précaires aux habitants des quartiers populaires et aux personnes âgées, un cadre de santé considère la précarité dans sa dimension psychique, voire psychiatrique. Parallèlement, un des dispositifs observés retient le quotient familial comme déterminant de la précarité.

Recommandation n°3 : **Aider les professionnels de santé à évaluer le degré de précarité des personnes accueillies** (formations, création d'outils, grilles d'évaluation, s'appuyer sur les PASS ...) à la fois pour favoriser le ciblage de ces publics, et pour mieux intégrer leurs contraintes et difficultés.

### ***2.1.1.3 Le sport-santé : un levier de socialisation des publics précaires ou atteints de maladies chroniques.***

Paradoxalement, alors même que la précarité constitue une difficulté conceptuelle pour les professionnels interrogés, ces derniers expliquent que les dispositifs sport-santé permettent « *une diminution de la stigmatisation pour certains usagers* », la mise en place d'une « *dynamique de réinsertion sociale* », et « *de créer du lien social (...) sur la base d'un sentiment d'appartenance* ». En ce sens, une coordinatrice de PSS explique : « *le dernier bilan que j'ai réalisé nous démontre vraiment des bénéfices axés sur la perception de l'état de santé des personnes, une remotivation et une remobilisation sociale des personnes qui peut les aider à se remotiver pour aller chercher un emploi etc.* ». Au-delà, une réelle dynamique entre pairs peut naître et favoriser la pérennité de leur participation, à l'image des *dragon ladies*. Il s'agit majoritairement de personnes ayant été opérées d'un cancer du sein et qui pratiquent en équipage le *dragon boat*.

Cette idée est également reprise par une référente d'une DDCS et par un éducateur sportif. Ainsi, pour les personnes précaires ou atteintes de pathologie chronique, malgré une prise en charge pas toujours pleinement adaptée, le sport-santé apporte également une plus-value psychologique et sociale, qu'il convient de valoriser.

Recommandation n°4 : **Favoriser la dynamique de groupe entre pairs lors des séances sport-santé afin de prendre en compte tous les aspects de la santé, y compris psychologiques et sociaux.** (En effet, les populations en situation de précarité sont souvent isolées socialement ; la dynamique de groupe découlant des dispositifs sport-santé favorisera la motivation à poursuivre le sport et à créer de nouvelles relations sociales).

## 2.1.2 La prise en charge du patient précaire suppose de lever de nombreuses difficultés

### 2.1.2.1 L'accès au dispositif doit être facilité

Outre la difficulté à cerner les patients précaires puis à adapter les dispositifs (d'un point de vue communicationnel comme de la prise en charge), se pose la question des freins spécifiques, qui pourraient entraver la prise en charge.

Pour les personnes en situation de précarité, les contraintes financières peuvent être un frein à la pratique du sport. Face à cette potentielle difficulté, les PSS pratiquent généralement des tarifs sociaux adaptés. Ainsi, l'une d'elles « *a mis en place, depuis le début, des chèques sport qui permettent de diminuer les coûts des séances. (...) Pour autant, on n'est pas pour la gratuité. Pour la pratique d'une activité physique en droit commun, la personne aurait des frais* ».

Il existe toutefois d'autres freins, qu'ils soient psychologiques ou culturels. Un éducateur sportif illustre cela en évoquant le cas d'une femme atteinte d'un cancer du sein dont les croyances et les traditions familiales ont rendu complexe sa prise en charge.

Par ailleurs, il est important de ne pas affadir le rôle des aidants, même si ces derniers peuvent parfois être en difficulté face à la situation de leur proche. Il convient donc de les accompagner car, comme le confirme cet éducateur, « *si l'aidant n'est pas là pour pousser, ça ne marchera pas.* ».

Ces diverses difficultés identifiées par les professionnels gagneraient à être traitées par des actions spécifiques.

Recommandation n°5 : **Proposer des tarifs adaptés aux capacités financières des usagers, et notamment les plus précaires.** Développer le mécénat, solliciter l'assurance maladie, les complémentaires santé et favoriser la participation des collectivités territoriales, notamment les conseils départementaux et les communes, ... Il est toutefois important que les usagers participent financièrement à l'accès à la PSS pour majorer ou maintenir leur motivation.

Recommandation n°6 : **Associer les aidants dans la prise en charge des usagers.** (Nous considérons que le soutien des aidants permet d'améliorer la prise en charge des usagers et la pérennité de l'activité physique adaptée. En ce sens, un ou plusieurs ateliers devront s'adresser spécifiquement aux aidants. Pour cela, identifier des aidants au cours du recueil de données, lors de l'admission de l'utilisateur).

Recommandation n°7 : **Assurer un suivi régulier des objectifs des usagers en généralisant le recours aux carnets de suivi personnalisés.**

Recommandation n°8 : **Développer les entretiens motivationnels dans les structures sport-santé afin de maintenir une forte implication des usagers à la pratique du sport, à l'image de ce qui se pratique en éducation thérapeutique.**

### **2.1.3 L'autonomisation de l'individu n'est que partiellement prise en compte par les acteurs des dispositifs sport-santé**

Selon l'institut de recherche du bien-être de la médecine et du sport-santé, les activités sportives pratiquées dans un cadre thérapeutique doivent embrasser les trois dimensions de la prévention<sup>29</sup>.

Lors des entretiens menés avec les usagers, nous avons pu constater que les dispositifs sport-santé atteignent leurs objectifs en termes de prévention primaire. L'épisode COVID-19 a permis de vérifier cet élément. En effet, à la suite de la pandémie, les trois usagers, ayant arrêté, ponctuellement ou définitivement l'activité sportive, ont évoqué se sentir moins bien et ce, sur toutes les dimensions de la santé (prise de poids, apparition de douleurs, dépression, isolement social ...).

Toutefois, la plus-value du sport-santé sur les dimensions secondaires et tertiaires de la prévention n'a pas été retrouvée. Ce sont pourtant celles directement en lien avec la pathologie les ayant conduits à intégrer ces dispositifs. Ainsi, malgré la faible représentativité de notre échantillon, nous pouvons en déduire que l'autonomisation des usagers, vis-à-vis de leur maladie chronique, est pusillanime. En ce sens, les dispositifs sport-santé n'atteignent pas la totalité des objectifs initialement définis.

Pour comprendre cette dérive, il est intéressant de l'analyser selon un autre prisme. En ce sens, force est de constater que, lors de nos entretiens, les trois usagers ont révélé avoir un passé de sportif amateur, voire d'ancien athlète de haut niveau. Ainsi, il conviendrait de vérifier ce qui motive l'inclusion des usagers dans les dispositifs sport-santé. Est-ce l'intérêt de la pratique sportive au regard de leur état de santé ou est-elle prononcée lorsque la personne en émet le souhait ? La première personne interrogée durant les entretiens révèle qu'elle a dû chercher elle-même, sur internet, auprès de professionnels, les informations pour intégrer une PSS. Au regard de son discours, on peut mesurer toute sa motivation à intégrer ce dispositif.

Parallèlement, le cadre de santé, initiateur de l'équipe de sport adapté au sein d'un EPSM, évoque que les professionnels ayant intégré ce dispositif ont tous un passé d'ancien sportif.

Ce constat laisse à penser que les dispositifs sport-santé sont une sorte « d'entre-soi », où convergent des personnes convaincues des bienfaits du sport sur la santé. Dès lors, il devient envisageable que les professionnels de ces structures puissent perdre de vue

---

<sup>29</sup> Patrick Bacquaert et Anthony Bacquaert, Institut de recherche du bien-être de la médecine et du sport-santé, Février 2017, « Le sport-santé », [En ligne] <https://www.irbms.com/le-sport-sante/>, consulté le 14/06/2020

certains aspects de la problématique ayant conduit les usagers à intégrer ces dispositifs, au bénéfice de la prévention primaire voire, de la performance physique.

Cette hypothèse peut être amendée par les propos recueillis auprès du médecin diabétologue audité. En effet, celui-ci a avancé le fait que, lorsque les dispositifs sport-santé n'atteignent plus leur public cible, les professionnels tentent, par tous les moyens, de pérenniser la structure. De ce fait, après un certain temps, « *on ne sait plus qu'elle est la finalité de ces dispositifs ; [...] le cahier des charges qui a permis de créer ces dispositifs n'est plus respecté* ».

Ainsi, nous pouvons conclure que dans une recherche de viabilité et de pérennité de leur activité, les dispositifs sport-santé prennent davantage en charge les usagers ayant une appétence particulière pour le sport. Par conséquent, les objectifs initiaux de ces structures sont partiellement pris en compte et s'axent principalement sur le mieux-être, le renforcement de la confiance en soi, la réinsertion sociale et donc, la prévention primaire. En limitant leurs actions à cette seule strate de la prévention, ces dispositifs concourent, sans s'en rendre compte, à limiter la reconnaissance du sport en tant que thérapeutique.

**Recommandation n°9 : Encourager la définition concertée de séances individualisées pour favoriser l'empowerment de l'utilisateur vis-à-vis de sa maladie chronique.**

Évaluer les aptitudes de la personne afin d'adapter le programme à ses capacités et à sa pathologie chronique ; élaborer des programmes concertés (professionnels, usagers, aidants) et personnalisés.

**Recommandation n°10 : Recentrer l'offre de service des dispositifs sport-santé sur la prévention secondaire et tertiaire, en lien avec le cahier des charges initial de ces structures** (prendre en compte la pathologie du patient dans un objectif de prévention secondaire et tertiaire et ne pas limiter la prise en charge à de la prévention primaire. Pour cela, il pourrait être envisagé une co-animation des séances d'APA par un rapprochement entre professionnels du sport et paramédicaux).

La prise en charge des personnes en situation de précarité par des dispositifs sport-santé constitue donc une démarche à la fois pertinente, compte tenu des bénéfices sanitaires, psychologiques et sociaux associés, et ambitieuse eu égard aux difficultés présentées jusqu'ici. Répondre à ces enjeux suppose une coordination de nombreux acteurs, qui doivent dépasser leur strict champ de compétences traditionnel.

## **2.2 Le sport-santé : des dispositifs qui gagneraient à renforcer les coordinations et formations croisées entre les mondes de la santé et du sport**

### **2.2.1 Une coordination indispensable qui doit nécessairement se développer**

#### **2.2.1.1 Des difficultés de coordination entre acteurs**

Le développement du sport-santé implique une réelle coordination entre acteurs issus de milieux professionnels différents. Elle doit en effet s'opérer au niveau du pilotage des dispositifs et de ses professionnels. Or, selon les territoires, nous avons pu observer qu'ils disposent d'architectures et de pilotages variés, ce qui complexifie leur organisation. Cependant, nous avons constaté, grâce aux entretiens menés, que le niveau de coordination fluctue selon les partenaires impliqués dans le dispositif. En effet, le soutien d'acteurs institutionnels comme l'ARS et la DRJSCS, à travers une politique volontariste affichée dans les projets régionaux de santé, constitue un levier majeur dans la construction du maillage territorial. En Champagne-Ardenne où l'ARS est « *partie prenante du développement du dispositif* », la coordination est satisfaisante. *A contrario*, en région Provence-Alpes-Côte-d'Azur, certains dispositifs attestent d'une « (...) *absence totale de coordination et un manque d'implication de l'ARS* » ce qui impacte négativement leur coordination.

La coordination **entre les professionnels** est un enjeu majeur pour les patients qui intègrent le dispositif. Comme le soulignent les référents sport-santé d'une PSS, « (...) *la coordination avec les différents professionnels (médecins, libéraux...) est primordiale pour qu'ils puissent prendre le relai auprès du patient à la sortie du dispositif* ». Toutefois, cette coordination doit être orientée à destination des professionnels de santé présents sur le territoire. Néanmoins, la présence de médecins au sein de la structure permet de légitimer le dispositif auprès des professionnels de santé (médecins généralistes notamment) et de consolider la prise en charge des patients et leur orientation vers le dispositif.

La prise en charge de pathologies chroniques inscrit le patient dans un parcours de soins qui va au-delà de la seule institution hospitalière. Nous notons qu'au sein même de l'institution hospitalière, la coordination pour fédérer les acteurs n'est pas aisée et passe souvent par la nécessité d'informer et de communiquer pour faire adhérer les professionnels.

Pour le PU-PH cardiologue interrogé : « *il faudrait que tout le monde ait le même message. Or, ce n'est pas le cas aujourd'hui. Il faudrait que tous les professionnels de soin aient le même message sur l'importance de l'activité physique et le risque qu'on prend en ne faisant pas d'activité physique* ».

Recommandation n°11 : **Renforcer la coordination interministérielle centrale (DGS, DGCS, direction des sports, ...) et territoriale (ARS, DRDJSCS, ...) afin, d'une part, de remonter et centraliser les bonnes pratiques et, d'autre part, de proposer une prise en charge homogène sur le territoire, sous forme de contractualisation.**

Recommandation n°12 : **Doter les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) d'une compétence d'animation des dispositifs sport-santé dans une logique de responsabilité populationnelle. Nous préconisons que les ARS soient vigilantes à ce que cet objectif soit inclut dans les projets de santé des CPTS.**

Recommandation n°13 : **Favoriser une coordination active entre les différents acteurs du parcours de vie des usagers pendant toute la durée de la prise en charge par la structure sport-santé (carnet de suivi transmis au médecin généraliste, réunions de synthèse entre les acteurs).**

### ***2.2.1.2 Le cloisonnement ville-hôpital : un frein à la coordination***

La coordination entre les différents professionnels de santé hospitaliers et libéraux est un enjeu majeur pour faciliter l'intégration des patients dans un dispositif sport-santé. Elle s'appuie sur des plans de communication et une lisibilité des dispositifs. Un médecin du sport déplore l'absence de concertation entre les dispositifs sport-santé et les médecins généralistes. Pour lui, « *la clé de la réussite, c'est la mise en place d'un réseau de soins* ».

La création de groupes qualité<sup>30</sup>, composés de médecins libéraux et de professionnels de l'Assurance maladie en charge des outils de recueil de données, s'inscrit dans cette volonté de coordination. Ces professionnels, en échangeant sur leurs pratiques, au travers d'une démarche réflexive, développent leurs relations professionnelles tout en améliorant la qualité des soins qu'ils prodiguent et l'efficacité de leurs prescriptions. Il nous a été confirmé le rôle décisif de ces groupes qualité en Bretagne dans la diffusion de l'APA chez les médecins généralistes.

Recommandation n°14 : **S'appuyer sur les associations sportives pour assurer aux usagers la pérennité de la pratique du sport à la sortie des dispositifs sport-santé (mise en place de conventions ...).**

Recommandation n°15 : **Encourager la généralisation des groupes qualité sur le territoire en s'appuyant sur les Unions Régionale des Professionnels de Santé libéraux (URPS) pour sensibiliser les acteurs médicaux.**

Recommandation n°16 : **Envisager la mise en place d'une Rémunération sur Objectif de Santé Publique (ROSP) pour les médecins s'impliquant dans l'orientation des patients chroniques vers des dispositifs d'APA.**

<sup>30</sup> Émilie CARIMALO, thèse de doctorat en médecine, « Impact de la participation des médecins généralistes à un groupe qualité au sujet de la prescription de l'activité physique adaptée : étude avant/après », Université Rennes 1, avril 2020, pp. 10 à 15.

La création spontanée de groupes qualité répond à un désir de « co-formation » des professionnels médicaux. Ils invitent à répondre au déficit de formation initiale et continue en matière de sport-santé. Ces groupes qualité ont en effet pour objectifs de favoriser les échanges de pratiques et de développer de nouvelles formes de relations professionnelles tout en améliorant la qualité des soins et l'efficacité des prescriptions au regard des dernières données de la science.

## **2.2.2 Une politique de formation insuffisante**

### ***2.2.2.1 Un déficit de formations à destination des professionnels***

La formation des médecins relative aux bienfaits de l'APA, chez les personnes atteintes de pathologies chroniques, est très hétérogène. Ainsi, certains praticiens ne souhaitent pas engager leur responsabilité en prescrivant des séances d'APA à leur patients, alors même que les études démontrent un risque supérieur de l'inactivité.

Les praticiens les plus sensibilisés aux bienfaits de l'activité physique et les mieux informés de l'existence des PSS sont généralement les jeunes diplômés et les titulaires d'une capacité ou d'un diplôme universitaire de médecine du sport.

A ce jour, l'Unité de Formation et de Recherche (UFR) médecine de l'Université Rennes 1 dispense une formation optionnelle aux étudiants de troisième année, mais celle-ci deviendra obligatoire dès la rentrée universitaire 2021-2022.

Parallèlement, on constate, pour les autres professionnels, une multitude de formations sport-santé telle que la formation universitaire Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS), particulièrement adaptée à l'encadrement d'APA. Cette formation atteint d'autres professionnels comme les éducateurs sportifs, diplômés du Brevet Professionnel de la Jeunesse, de l'Éducation Populaire et du Sport (BPJEPS) ou d'un Diplôme d'État Supérieur de la Jeunesse, de l'Éducation Populaire et du Sport (DESJEPS). En Bretagne, les titulaires du BPJEPS ou d'un DESJEPS sont invités à une formation sport-santé complémentaire d'au moins 15h pour encadrer des patients ayant des limitations mineures, et d'au moins 40 heures pour encadrer les pathologies chroniques.

Enfin, des fédérations sportives mettent en place des formations internes à leur fédération.

**Recommandation n°17 : Construction d'une certification complémentaire pour la formation des éducateurs sportifs, avec un cahier des charges national unique en vue d'une inscription au Répertoire National des Certifications Professionnelles (RNCP).**

Cette préconisation fait écho à la multitude des formations qui se sont développées de façon isolée sur le territoire. Labelliser une formation unique permettrait :

- De garantir la qualité des enseignements qui y seraient prodigués ;
- De renforcer la confiance des usagers auprès des professionnels ;
- De faciliter les parcours et les mobilités pour les professionnels des dispositifs sport-santé.

### **2.2.2.2 Un savoir à développer et de nouveaux métiers à faire émerger**

Une coordinatrice de PSS auditée, dont la structure accueille environ 60% de patients en situation de précarité, estime que le personnel qui y intervient n'est pas suffisamment formé pour prendre spécifiquement en charge ces personnes. Ces professionnels, à leur tour, ont, à l'unanimité, décriés l'absence de temps social dédié à l'accompagnement des patients en situation de précarité. Les usagers confirment que les professionnels prennent en compte leur ALD mais qu'ils ne sont pas questionnés sur les aspects liés à leurs difficultés personnelles.

Finalement, des niveaux de formation hétérogènes ne permettent pas une prise en charge identique des populations précaires. D'après un sociologue interrogé, un nouveau métier non reconnu émerge que l'on pourrait appeler « *éducateur socio-sportif* ». Ce métier apparaît dans la pratique avec des profils de formation et d'horizons assez différents. Il existe des formations du ministère des sport qui intègrent de plus en plus des modules autour des publics précaires.

En revanche, ce savoir est encore balbutiant et permettrait de produire une formation moins creuse et plus solide. Pour le moment, les professionnels sur le terrain, par la pratique et par la logique d'essai erreur, parviennent à constituer un savoir informel qui se diffuse assez peu.

L'objectif prioritaire est d'harmoniser tous les cursus existants pour tendre vers une professionnalisation qui permettrait une offre collaborative et harmonisée.

**Recommandation n°18 : Légitimer un nouveau métier « d'éducateur socio-sportif », encadré par une formation unique, développant des compétences spécifiques à la croisée de l'expertise de l'éducateur sportif et du travailleur social.**

## Conclusion

L'essor des maladies chroniques constitue un enjeu de santé publique majeur, en particulier chez les personnes en situation de précarité surexposées à ces pathologies et à leurs conséquences. Ce risque accru s'explique en partie par leurs comportements individuels tels que le manque d'activité sportive et la sédentarité.

En effet, si le repos a longtemps été plébiscité comme un traitement efficace des maladies chroniques, ce paradigme est désormais tout autre au plan international. Ainsi, l'activité physique est aujourd'hui recommandée pour ses effets bénéfiques. Un rapport de l'INSERM de 2019<sup>31</sup> a d'ailleurs élevé le sport au rang de thérapeutique additionnelle dans le traitement des maladies chroniques. Ainsi, la France, dans sa SNSS 2019-2024, a déployé des maisons sport-santé, qui ont su démontrer leur plus-value en termes de santé, pour accompagner vers la pratique sportive des publics non-initiés, dont les personnes en situation de précarité. Cependant, malgré des orientations législatives précises, ces dispositifs sont très diversifiés dans leurs natures, leurs fonctionnements ou bien encore leurs financements. Ce polymorphisme n'est pas exempt de difficultés.

En effet, ces structures peinent souvent à toucher les personnes en situation de précarité. Leur communication, qui ne s'appuie que rarement sur des partenaires internes et externes, n'est pas toujours adaptée pour atteindre ces populations spécifiques. De la même façon, leur équilibre financier, souvent précaire, les conduit régulièrement à cibler des usagers ayant une appétence particulière au sport au détriment de ceux qui en auraient le plus besoin. Cet élément peut être majoré par un manque de formation des professionnels du sport qui ne disposent pas toujours des connaissances cliniques permettant de prendre en considération la pathologie qui affecte l'utilisateur. Enfin, le concept de précarité, complexe à appréhender, n'est pas toujours connu par les professionnels des dispositifs sport-santé. Par conséquent, il devient difficile de repérer, de cibler puis d'œuvrer pour ces personnes.

Pour améliorer leur prise en charge, plusieurs axes doivent être développés. Une meilleure coordination entre les acteurs doit s'opérer ; le recours à des partenaires doit être acté ; la sensibilisation des personnes clés, tels que les médecins traitants, doit être poursuivie ; le développement de la formation doit quant à lui être considéré comme prioritaire. Ce n'est qu'au prix d'une approche mieux coordonnée, reconnue, soutenue institutionnellement et adaptée aux besoins spécifiques des populations cibles que des améliorations significatives pourront être enregistrées.

---

<sup>31</sup> INSERM, *op. cit.*

---

## Bibliographie

---

- ❖ Académie nationale de médecine : « Précarité, pauvreté et santé », 20 juin 2017 ;
- ❖ Acheson, Donald, “Independent Inquiry into Inequalities in Health Report”, 1998 ;
- ❖ Bacquaert Patrick et Anthony Bacquaert, Institut de recherche du bien-être de la médecine et du sport-santé, Février 2017, « Le sport-santé », [En ligne] <https://www.irbms.com/le-sport-sante/>, consulté le 14/06/2020 ;
- ❖ Briançon Serge et al., « maladies chroniques, Actualité et dossier en santé publique n° 72 », Septembre 2010, p.13 ;
- ❖ CNRTL. Outils et ressources optimisé de la langue, <https://www.cnrtl.fr/> ;
- ❖ Conseil Économique Social et Environnemental, 2013, « Femmes et précarité », direction de l’information légale et administrative, Paris, p.37 ;
- ❖ France Stratégie, 2018, « Activité physique pour toutes et tous ; Comment mieux intégrer ces pratiques à nos modes de vie ? », France stratégie, Paris ;
- ❖ Grimaldi A. (2017) 20 millions de malades chroniques en France, [En ligne] France info, 13h, JT du 27 Mars 2017 ;
- ❖ HAS, Guide de promotion, consultation et prescription médicale d’activité physique et sportive pour la santé chez les adultes, consulté en ligne : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/guide\\_aps\\_vf.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/guide_aps_vf.pdf) ;
- ❖ Haut-conseil à l’égalité entre les femmes et les hommes, La santé et l’accès aux soins : une urgence pour les femmes en situation de précarité, rapporté par Geneviève Couraud et Gilles Lazimi, 29 mai 2017 ;
- ❖ IGAS, Rapport n°2017-126R, IGJS n°2018-I-07, « Évaluation des actions menées en matière d’activité physique et sportive à des fins de santé », mars 2018, p. 73 ;
- ❖ INSERM (Groupe d’experts), « Activité physique. Prévention et traitement des maladies chroniques », janvier 2019. – [www.inserm.fr](http://www.inserm.fr) ;
- ❖ Larras B, Praznocy C, État des lieux de l’activité physique et de la sédentarité en France – Mise à jour de l’édition 2017. Clermont-Ferrand : Observatoire national de l’activité physique et de la sédentarité, mai 2018. 32 p. ;

- ❖ LAURE Patrick, BORDAS Sophie et DECRION Jérôme, « Une action de promotion de la santé par l'activité physique auprès des personnes en situation de précarité », Cairn-revue de santé publique, 2007 ;
- ❖ LH Conseil, 2013, « Activité physique et personnes atteintes de maladie chronique », L'Arcadienne, 59139 Wattignies ;
- ❖ Macintyre S. ; The social patterning of exercise behaviours: the role of personal and local resources ; British Journal of Sports Medicine, 2000 ;
- ❖ Maracineanu Roxana, Ministre des Sports, ARS Bourgogne-Franche-Comté, création des maisons sport-santé [En ligne], <https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/creation-des-maisons-sport-sante>, consulté le 04/06/2020 ;
- ❖ Moulin JJ, Dauphinot V, Dupré C, et al. « Inégalité de santé et comportements : comparaison d'une population de 704 128 personnes en situation de précarité à une population de 516 607 personnes non précaires, bulletin épidémiologique hebdomadaire », 2005 ;
- ❖ Organisation Mondiale de la Santé, 1986, « Charte d'Ottawa », OMS, Genève, Suisse ;
- ❖ Organisation mondiale de la santé, 2004, « Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé », OMS, Genève, Suisse ;
- ❖ Perrin E.C. et al. « Issues involved in the definition and classification of chronic health conditions ». Pediatrics. 1993 ;
- ❖ Platon, « La République, livre troisième », Livre audio gratuit publié le 13 Avril 2012, [En ligne] <http://www.litteratureaudio.com/livre-audio-gratuit-mp3/platon-la-republique-livre-troisieme.html>, consulté le 17/05/2020 ;
- ❖ Santi P., Cabut S., 2017, « Les maladies chroniques bousculent la médecine », Le Monde, 20/03/2017 ;
- ❖ Schrop SL, Pendleton BF, McCord G, et al. The medically underserved: who is likely to exercise and why? J Health Care Poor Underserved, 2006 ;
- ❖ Stringhini Silvia, MSc; Séverine Sabia, PhD; Martin Shipley, MSc; et al Eric Brunner, PhD; Hermann Nabi, PhD; Mika Kivimaki, PhD; Archana Singh-Manoux, PhD ; Association of Socioeconomic Position With Health Behaviors and Mortality, 2010 ;

- ❖ Synthèse pour les professionnels des recommandations de l'Anses de février 2016 sur l'activité physique et la sédentarité. Actualisation des repères du PNNS. Saint-Maurice : Santé publique France, 2017 ;

Reuves :

- ❖ DUPAYS Stéphanie et *al.*, « Évaluation des actions menées en matière d'activité physique et sportive à des fins de santé », rapport IGAS-IGJS, mars. 2018 ;
- ❖ JACQUET Karine, Mai-Juin 2017, « Le sport et la santé », Science et vie N°24 ;
- ❖ NEDELEC JAFFUEL Anne et *al.*, « Prescription sport-santé. Le rôle d'un centre d'évaluation/maison sport-santé au sein d'un centre hospitalier », Gestions hospitalières, n°593, fév. 2020.



---

## Annexes

---

- Annexe I :** Grilles d'entretien (à destination des professionnels ; à destination des usagers) ;
- Annexe II :** Charte de travail collectif ;
- Annexe III :** Profil des personnes interrogées ;
- Annexe IV :** Schéma d'organisation d'une maison sport-santé ;
- Annexe V :** Schéma d'adressage vers un dispositif sport-santé par un médecin.

## Annexe I – Grilles d’entretien

### Trame d’entretien destinée aux professionnels

<i>Thème</i>	<i>Hypothèses</i>	<i>Questions</i>	<i>Questions de relance</i>	<i>Timing</i>
Profil		Pouvez-vous vous présenter, nous dire qui vous êtes, quel est votre parcours de formation et professionnel ?		5 min
Information		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pouvez-vous décrire le dispositif sport santé de votre territoire ? (Répond à l’hypothèse de la connaissance du dispositif par le professionnel interrogé)</li> <li>2. En quoi/Comment les vecteurs de communication utilisés par le dispositif atteignent les populations en situation de précarité ? (avant)</li> </ol>		5 min
Autonomisation	Les dispositifs sport - santé contribuent à rendre le patient acteur de sa prise en charge en favorisant son autonomie	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Pensez-vous que le dispositif soit bénéfique aux patients en situation de précarité ? Si oui, quels bénéfices ? Si non pourquoi ? (pendant)</li> <li>4. Comment ces patients parviennent-ils à maintenir une activité physique de façon autonome lorsqu'ils quittent ces dispositifs ? (Pouvez-vous nous montrer/donner des chiffres ?) (après)</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quel suivi mettez-vous en place ? (relance tel, questionnaire, mail ... qui les traite ? quel archivage ? ) Et si non pourquoi ?</li> <li>- Quels retours avez-vous quant à la poursuite ou l'arrêt de l'activité physique des patients en aval de la prise en charge ?</li> <li>- Quels sont les leviers dont vous disposez pour autonomiser les personnes accueillies après leur prise en charge ? (ETP, assistante sociale)</li> <li>- Sinon, de quels moyens supplémentaires souhaiteriez-vous disposer ?</li> </ul>	8 min
Coordination	La coordination entre les acteurs est indispensable à l’efficacité	5. A votre avis, en quoi la coordination entre les acteurs permet-elle d’améliorer le dispositif ? In fine, en quoi cette coordination permet-elle	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avez-vous des difficultés de coordination avec les autres professionnels du sport santé ?</li> </ul>	8 min

	du dispositif pour une meilleure réponses aux besoins	d'améliorer l'autonomie pour les populations précaires ? 6. Sur quels points et comment les différents acteurs peuvent rendre cette coordination plus efficiente ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quel rôle jouent les aidants dans la définition et le suivi du parcours ?</li> <li>- Avez-vous reçu des outils d'aide à la prescription (modèle d'ordonnance ...) ? (<b>médecin</b>)</li> <li>- Utilisez-vous le carnet de suivi transmis par les autorités ? (<b>DRJSCS et ARS</b>)</li> <li>- La coordination est-elle ancrée dans une dimension locale ou territoriale ?</li> <li>- La coordination est-elle formelle ou informelle ?</li> <li>- Quels sont vos relations avec les autres acteurs impliqués dans ce dispositif ?</li> <li>- De quels outils de coordination disposez-vous ? (Convention de partenariat, protocole...);</li> <li>- CT &amp; DRJSCS</li> <li>- Quels sont les modes de financement dédiés à la coordination et au financement même de ces dispositifs ? Quelles évolutions peut-on envisager en termes de financement de ces dispositifs ?</li> </ul>	
Information/ Communication	Le dispositif n'est pas suffisamment connu des professionnels de santé et des usagers en raison d'une communication inadaptée.	7. Pensez-vous que le dispositif soit suffisamment connu par les professionnels et les usagers et que cela permette une orientation optimale pour les publics précaires ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quels leviers de communication utilisez-vous pour faire connaître votre dispositif ? En interne ? En externe ?</li> <li>- (<b>Adjoint aux sports collectivité territoriale</b>) : quel est votre rôle dans ces dispositifs ?</li> <li>- Que pensez-vous des modalités mise en place par les pouvoirs publics pour faire connaître ces dispositifs ? (Soirée à thème, colloque...)</li> <li>- Quels vecteurs de communication privilégier pour atteindre les populations en situation de précarité ?</li> </ul>	5 min
Formation	Les acteurs de la prise en charge sont insuffisamment formés pour utiliser de manière	8. La formation des professionnels du soins susceptibles d'orienter sur ces dispositifs est-elle	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quelle formation spécifique avez-vous suivi pour encadrer ces activités ?</li> </ul>	8 min

	optimale les dispositifs sport-santé	<p>adaptée à la variété des maladies chroniques dont souffrent les populations précaires ?</p> <p>9. Pensez-vous que les professionnels du sport sont suffisamment formés pour accompagner ces activités ?</p> <p>10. Comment améliorer la formation des professionnels impliqués sur ces dispositifs ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quelle a été la plus-value de cette formation pour votre pratique professionnelle courante auprès des personnes en situation de précarité ?</li> <li>- De quelles formations complémentaires auriez-vous éventuellement besoin ?</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b><u>DRJSCS :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Quel diagnostic des besoins de formation avez-vous réalisé au sein de votre territoire ?</li> <li>- Comment améliorer la formation et la reconnaissance des professionnels impliqués sur ces dispositifs ?</li> </ul>	
COVID	Comment maintenir le dispositif en période COVID ? Dispositif innovant pour maintenir la distance	11. Quel est l'impact du COVID sur l'organisation des structures sport-santé (discontinuité ; alternative ?)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avez-vous mis en place un dispositif de continuité de la prise en charge ?</li> <li>- Si oui, lequel ?</li> <li>- Si non, pourquoi ?</li> </ul>	5 min

### Trame d'entretien destinée aux usagers

<b>Thème</b>	<b>Hypothèses</b>	<b>Questions</b>	<b>Questions de relance</b>	<b>Timing</b>
Profil		Pouvez-vous vous présenter ? De quelle pathologie souffrez-vous ? Quelle est votre situation professionnelle ? Avez-vous une couverture sociale ?		5 min
Information/ Communication	Le dispositif n'est pas suffisamment connu des professionnels de santé et des usagers en raison d'une communication inadaptée.	1. Pouvez-vous décrire votre parcours au sein du dispositif ? 2. Pensez-vous que des personnes autour de vous pourraient être intéressées par ce dispositif ? Si oui, quel support de communication recommanderiez-vous pour les atteindre ? Si non, pourquoi ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comment avez-vous eu connaissance de ce dispositif ?</li> <li>- Quand et comment avez-vous intégré ce dispositif ?</li> <li>- Avant d'intégrer le dispositif sport-santé, connaissiez-vous son existence ?</li> <li>- Avant d'intégrer le dispositif sport-santé, connaissiez-vous son existence ?</li> </ul>	8 min
Autonomisation	Les dispositifs sport - santé contribuent à rendre le patient acteur de sa prise en charge en favorisant son autonomie	3. Vous sentez-vous suffisamment en capacité pour poursuivre une activité physique régulière sans accompagnement ? (Type d'activité, fréquence, durée, intensité ?) 4. En quoi votre accompagnement personnalisé en sport santé vous permet-il aujourd'hui d'être plus autonome dans la prise en charge de votre maladie ?	<p>La pratique régulière d'une activité physique est-elle compatible avec votre activité professionnelle/familiale ?</p> <p>En dehors des bénéfices supposés pour votre santé, que vous a apporté cette prise en charge ? (Estime de soi, lien social...)</p> <p>Comment planifieriez-vous ces activités dans votre vie quotidienne future ?</p> <p>Des prises en charge alternatives vous ont-elles été proposées ? (ETP, assistante sociale ...)</p> <p>Comment vous rendez-vous à l'activité proposée ? (Les transports sont-ils adaptés ?)</p>	8 min
Coordination	La coordination entre Les acteurs est indispensable à l'efficacité du dispositif par une meilleurs réponses aux besoins	5. Quelles difficultés avez-vous rencontré dans votre parcours pour intégrer le dispositif ? (Informations discordantes, délai d'attente, répétition de son histoire) les acteurs vous semblent-ils coordonnés ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les informations relatives à votre prise en charge ont-elles été correctement transmises entre les différents intervenants ?</li> </ul>	8 min
Formation	Les acteurs de la prise en charge sont insuffisamment formés pour	6. Quels sont les professionnels que vous avez consultés pour être orienté vers ce dispositif ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quelles étaient vos difficultés à gérer votre maladie chronique avant votre entrée dans le dispositif ?</li> <li>- Quelles sont vos difficultés actuelles ?</li> </ul>	8 min

	utiliser de manière optimale les dispositifs sport santé	7. En quoi l'accompagnement proposé par les professionnels vous aide à gérer votre maladie chronique au quotidien ?		
COVID	Comment maintenir le dispositif en période COVID ? Dispositif innovant pour maintenir la distance	8. Quel impact la COVID a-t-elle eu sur vos pratiques d'activité physique ? (Arrêt, discontinuité, alternative ?)		5 min

## **Annexe II – Charte de travail collectif**

Pour faciliter le travail en équipe, nous définissons d'un commun accord les principes suivants en tant que prérequis de notre méthodologie de travail :

- ↪ Souhait de travailler de manière collective et non pas selon une logique de division du travail (usage de documents collaboratifs communs et réunions régulières) ;
- ↪ Volonté d'optimiser le temps du 4 au 9 mai ;
- ↪ Respecter les échéances que nous fixons collectivement ;
- ↪ Être présent sur les réunions programmées ;
- ↪ Participation active de l'ensemble des membres du groupe et être transparent dans sa production ;
- ↪ Expliquer ses contraintes ;
- ↪ S'entendre sur une méthode de travail ;
- ↪ S'écouter mutuellement et ne pas imposer ses idées ;
- ↪ Ne pas s'interdire d'avoir une approche critique tout en ayant une approche constructive ;
- ↪ Si conflit entre deux personnes : arbitrage du groupe.

### **Annexe III – Profil des personnes interrogées**

- ↪ Gilles AIGUEPERSE, Cadre de santé, EPSM La Chartreuse à Dijon ;
- ↪ Docteur Amina BOUNAGA, Endocrinologue, Centre Hospitalier de Carpentras ;
- ↪ Professeur François CARRÉ, Professeur des Universités-Praticien Hospitalier en cardiologie du sport, CHU de Rennes ;
- ↪ Docteur Sophie CHA, Médecin conseiller, DRJSCS de Bretagne ;
- ↪ Docteur Laurent CHARDIN, Médecin du sport, centre MEDIKINOS, Avignon ;
- ↪ Gilbert DARROUX, Adjoint au maire d'Autun, délégué à la politique de la ville, à la gestion urbaine de proximité, à la Prévention spécialisée, à l'accès à l'emploi et à l'action extérieure de la collectivité ;
- ↪ Cyril DUFAURE, Infirmier de Bloc Opérateur Diplômé d'État (IBODE), AP-HP, Responsable pédagogique du Diplôme Universitaire sport et Cancer, Université de Paris XIII ;
- ↪ Abdel GHEZALI, Adjoint au maire de Besançon, délégué aux animations sportives, sport et handicap, installations sportives d'intérieur et de plein air ;
- ↪ Docteur Jean-Luc GRILLON, Médecin-conseil, DRJSCS Bourgogne-Franche-Comté ;
- ↪ Docteur Nicolas KURY, Médecin généraliste, La Cluse et Mijoux ;
- ↪ Justine MEUDRE, Coordinatrice, Plateforme sport-santé de l'Ain ;
- ↪ Sabila MOUALA, en charge du sport et handicap, DDCS de l'Ain ;
- ↪ Sandra PINTENO, Conseillère technique et pédagogique, DDJSCS des Bouches-du-Rhône ;
- ↪ Chloé ROYET, Conseillère technique sport-santé, Plateforme sport-santé de l'Ain ;
- ↪ François LE YONDRE, Maître de conférences à l'Unité de Formation et de Recherche Activités Physiques et Sportives, chercheur en sociologie du sport, Université Rennes 2 ;

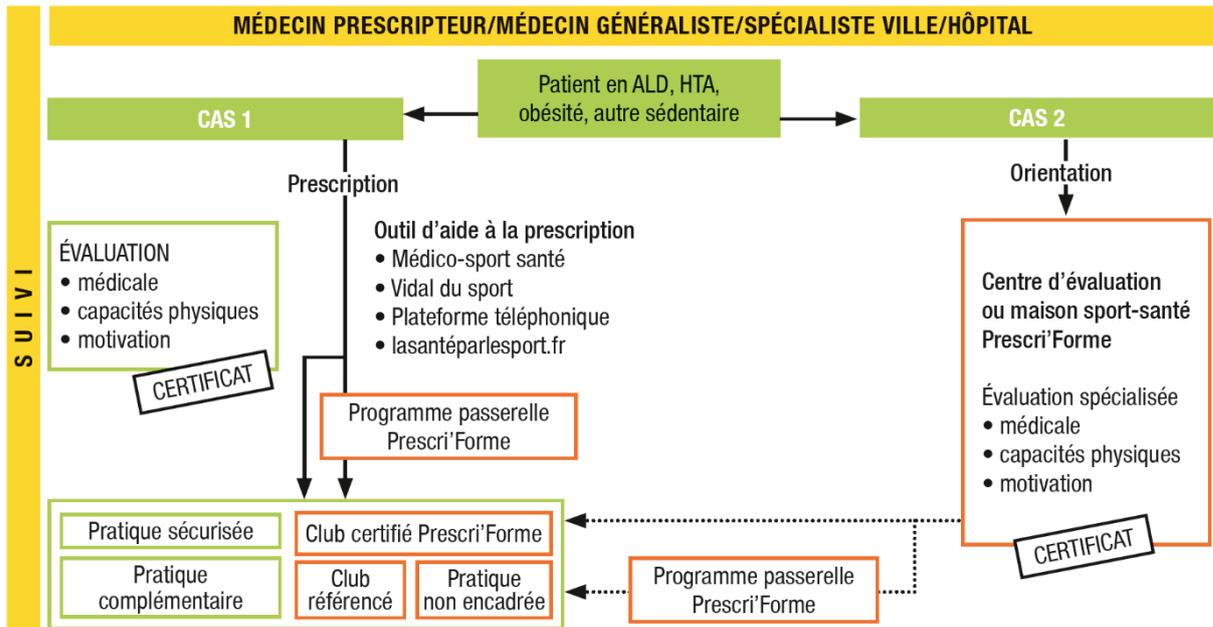
- ↳ Elodie SERRANO, Coordinatrice atelier santé ville, métropole Aix-Marseille-Provence ;
- ↳ Odile SIFRE-MARCET, Responsable cellule d'accompagnement Jeux Olympiques et Paralympiques et des Athlètes parisiens, ville de Paris ;
- ↳ Professeur Patricia THOREUX, Professeure des Universités-Praticienne Hospitalière en chirurgie orthopédique et traumatologie, Hôtel-Dieu, AP-HP ;
- ↳ Un(e) animateur sportif, AP-HP, qui souhaite rester anonyme ;
- ↳ 3 usagers de dispositifs sport-santé.

## Annexe IV – Schéma d’organisation d’une maison sport-santé



Source : rapport IGAS n°2017-126R, IGJS n°2018-I-07, *op. cit.*, p.77.

## Annexe V – Schéma d’adressage vers un dispositif sport-santé par un médecin



Source : ARS Île de France



*Thème n°26 – Animé par : Sandrine ANTOINE, Consultante/formatrice en santé publique*

## **Comment les dispositifs sport-santé parviennent-ils à prendre en charge les adultes souffrant de maladies chroniques en situation de précarité ?**

*ASSIÉ Gaëtan, BENTAYEB Ahmed, FRANZ Christophe, HINCKER Jérôme, PAULIN Fabienne, PINNA Roxane, ROLLOT Sylvain, URO Florent*

### **Résumé :**

Les bienfaits de l'activité physique et sportive (APS), en particulier sur les personnes atteintes de maladies chroniques, font aujourd'hui l'objet d'un large consensus. L'APS est considérée comme un déterminant de santé pour l'ensemble de la population et peut être adaptée pour les personnes souffrant de pathologies chroniques, en fonction de leurs limitations. C'est dans ce contexte qu'au cours des dernières décennies, sont nés les premiers dispositifs sport-santé.

Afin de développer l'offre sur le territoire, tout en la rendant plus lisible, la stratégie nationale sport-santé 2019-2024 a défini un cahier des charges des dispositifs sport-santé. Si cette politique prend tout son sens en termes de prévention primaire, qu'en est-il des populations précaires, plus exposées, selon l'observatoire des inégalités, aux maladies chroniques ? Ainsi, cette étude se focalise sur la problématique suivante : **comment les dispositifs sport-santé parviennent-ils à prendre en charge les adultes souffrant de maladies chroniques en situation de précarité ?**

En théorie, ces structures ciblent les trois dimensions de la prévention pour rendre plus autonomes les usagers vis-à-vis de leurs pathologies chroniques. Néanmoins, suite à des enquêtes de terrain, la réalité s'avère quelque peu divergente quant à l'application de cet objectif. Nous nous sommes rendu compte combien les initiatives au cœur de ces dispositifs sont plurielles, ce qui les conduit parfois à perdre les finalités qu'elles s'étaient fixées.

La coordination, l'implication des acteurs et la communication constituent un gage de succès des dispositifs sport-santé. Ces derniers sont invités à s'inscrire dans un objectif de territorialisation. Au-delà des acteurs du soin, ces dispositifs poussent à décloisonner des cultures et des mondes professionnels distincts, celui du sport et celui de la santé, pour mettre en commun leurs efforts. De la même manière, la formation des professionnels doit être renforcée, professionnalisée et prendre également en considération cette complémentarité des acteurs du sport et de la santé.

Au-delà de ce diagnostic, le présent rapport a pour objectif de proposer des recommandations pour répondre aux difficultés soulevées.

***Mots clés : sport, santé, sport-santé, activité physique adaptée, maladies chroniques, précarité, prévention, coopération, maison sport-santé, dispositif sport-santé, plateforme sport-santé***

*L'École des hautes études en santé publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les rapports : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs*