
**Master 2 Promotion de la Santé
et Prévention (PSP)**

Promotion : **2023 - 2024**

Date du Jury : **septembre 2024**

**Implantation d'un dispositif
de sport sur ordonnance
dans un département présentant des
disparités territoriales : illustration
par le dispositif PEPS en Gironde**

**Marguerite
DONTENWILLE**

Remerciements

Merci à Mme Marie-Renée Guével et à Mme Chloé Routa pour votre aide et pour votre accompagnement lors de mon année de Master 2.

Merci au Pr Karine Gallopel-Morvan pour ces deux années passées à fréquenter l'EHESP, durant lesquelles j'ai beaucoup appris pour ma pratique professionnelle.

Merci à Emilie, Adeline et Marion pour votre temps et votre présence auprès de moi pendant mon année passée à l'Agence Régionale de Santé à Bordeaux. Merci également à Didier, Richard, Jade, Marion et Fanny. Votre disponibilité et vos conseils ont été précieux pour moi tout au long de cette année.

Merci également à l'ensemble de l'équipe PPS de la délégation de Gironde : Tristan, Cécile, Georgia, Hava, ainsi qu'à tous les collègues qui m'ont apporté de l'aide pour ce travail et durant l'ensemble de cette année.

Merci à toutes les personnes qui ont pris le temps de participer aux entretiens constituant ce travail, pour votre investissement, votre enthousiasme et pour la richesse de nos échanges.

Merci également à l'ensemble de mon jury de mémoire, pour le temps que vous avez consacré à la lecture de mon travail.

Merci à Thomas, à mes parents, à mon frère et à tous mes proches pour votre patience et votre soutien dans ce travail et durant toutes mes études.

Merci infiniment à la promotion PSP 2023-2024 pour la cohésion et la joie que vous m'avez apportées tout au long de cette année.

Mention spéciale à Juliette, Marie B. et aux équipements de la résidence de Ferney pour la lutte contre ma sédentarité en 2024, j'ai pensé à vous à chaque page (ou presque) de ce travail !

S o m m a i r e

Table des matières

I.	Introduction	1
A)	Contexte et implantation d'une intervention en promotion de la santé.....	1
B)	Contexte d'apprentissage professionnel	2
1.	L'utilisation des données probantes en promotion de la santé	2
2.	Missions exercées lors de l'apprentissage professionnel	3
C)	Le « PEPS » en tant que dispositif régional de sport sur ordonnance en NA	4
D)	Contexte géographique : le territoire girondin	6
E)	Problématique choisie pour ce travail	8
II.	Méthode	11
A)	La démarche de capitalisation des expériences en promotion de la santé	11
B)	Application de la démarche de capitalisation des expériences à notre travail	12
1.	Choix de l'utilisation de la capitalisation d'expériences pour l'étude du PEPS..	12
2.	Démarche méthodologique appliquée à ce travail.....	13
III.	Résultats.....	17
A)	Présentation des données recueillies.....	17
B)	Annonce du plan d'analyse.....	18
IV.	Contexte théorique	19
A)	L'activité physique en tant qu'enjeu de santé publique.....	19
1.	Définitions	19
2.	Enjeux de santé publique associés aux activités physiques et sportives	20
B)	Contexte historique et législatif du sport-santé en France.....	21
1.	Eléments historiques relatifs au sport-santé en France	21
2.	Cadre législatif français relatif au sport-santé et au sport sur ordonnance	22
C)	Evolutions relatives à la structuration du « PEPS ».....	24
1.	Structuration initiale du dispositif PEPS	24
2.	Evolution du dispositif « PEPS 2.0 »	24
D)	Liens entre PEPS et Maisons Sport-Santé (MSS) en Nouvelle-Aquitaine	25

V.	Les constats partagés par les acteurs du PEPS	27
A)	Une coordination fonctionnelle entre les acteurs institutionnels... ..	27
B)	...Mais un manque global de moyens financiers qui freine le développement du sport-santé et du sport sur ordonnance en France	30
C)	Les coordinatrices du PEPS en tant que pilier de l'animation du dispositif.....	33
D)	...Et un investissement différencié entre les mondes du sport et de la santé	35
VI.	Les éléments divergeant entre territoires.....	39
A)	Des compréhensions différentes du dispositif PEPS entre les acteurs	39
1.	Définitions et terminologie du sport-santé : confusion ou désaccords pour les professionnels comme pour les bénéficiaires.....	39
2.	Le PEPS et les MSS : des dispositifs complémentaires ou concurrentiels ?	41
B)	Un maillage du dispositif lié à différentes dynamiques.....	43
1.	Les différentes dynamiques territoriales du sport sur ordonnance.....	43
2.	Les disparités en termes de dynamiques partenariales selon les territoires	45
C)	Un dispositif saturé ou en sous-utilisation selon les territoires	49
VII.	Discussion.....	52
A)	Recommandations d'évolution du PEPS à l'issue de notre analyse	52
B)	Limites de notre travail	59
1.	Guides d'entretien utilisés pour ce travail	59
2.	Panel de personnes ayant participé à ce travail.....	59
3.	Recueil de données réalisé	60
4.	Analyse et présentation des données.....	61
Conclusion.....		62
Bibliographie.....		63
Liste des annexes.....		I

L'ensemble des figures utilisées dans ce travail se trouve en annexe, dont la liste est disponible à la fin de ce document.

Liste des sigles utilisés

AAP : Appel À Projets

ALD : Affection de Longue Durée

ANSES : Agence Nationale de SEcurité Sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail

AP : Activité Physique

APA : Activité Physique Adaptée

APS : Activité(s) Physique(s) et Sportive(s)

ARS : Agence Régionale de Santé

CAPS : CApitalisation des expériences en Promotion de la Santé

CH : Centre Hospitalier

CLS : Contrat(s) Local(aux) de Santé

COPIL : COmité de PIlotage

CSP : Code de la Santé Publique

DAC : Dispositif d'Appui à la Coordination

DD33 : Délégation Départementale de Gironde (33)

DRAJES : Délégation Régionale Académique à la Jeunesse, à l'Engagement et aux Sports

EAPA : Enseignant.e en Activité Physique Adaptée

EHESP : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

EPCI : Etablissement Public de Coopération Intercommunale

ETP : Education Thérapeutique du Patient

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST (loi) : « Hôpital, Patients, Santé et Territoire »

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

INJEP : Institut National de la Jeunesse et de l'Education Populaire

NA : Nouvelle-Aquitaine

MSS : Maison(s) Sport-Santé

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONAPS : Observatoire National de l'Activité Physique et de la lutte contre la Sédentarité

PEPS : Prescription d'Exercice Physique pour la Santé

PNNS : Plan National Nutrition Santé

PPS : Prévention et Promotion de la Santé

PRS : Projet Régional de Santé

SDJES : Service Départemental à la Jeunesse, à l'Engagement et aux Sports

SRS : Schéma Régional de Santé

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

I. Introduction

A) Contexte et implantation d'une intervention en promotion de la santé

Définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) dès 1946, « *la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* » (1). En accord avec cette définition globale de la santé, les interventions en promotion de la santé sont construites selon les déterminants de santé au sens de la définition de l'OMS, soit les « *facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux qui déterminent l'état de santé des individus ou des populations* » (2),(3),(4). Les déterminants de la santé sont ainsi multidimensionnels et intriqués entre eux, ce qui implique des stratégies adaptées pour répondre aux problématiques de santé qui leur sont associées, qualifiées par la recherche « *d'interventions complexes* » en promotion de la santé (4),(5),(6). La notion de complexité des interventions en promotion de la santé rapporte au système complexe que représente la santé du point de vue de ses différents déterminants et de leurs interactions, mais aussi au nombre de composantes, d'acteurs et de niveaux organisationnels qui constituent ces interventions (5). Parce qu'elle est complexe, une intervention en promotion de la santé (qu'elle qu'en soit sa forme) présente une incertitude quant aux résultats obtenus lors de sa mise en œuvre, notamment du fait du contexte dans lequel elle est intégrée (6).

Le contexte a été défini de différentes manières dans la littérature scientifique (7),(8). Il peut ainsi inclure des dimensions sociales, économiques, politiques, législatives et réglementaires, ou encore caractériser l'environnement physique et/ou institutionnel qui entourent l'intervention (8). A ce titre, la situation démographique et épidémiologique d'un territoire, les interactions entre les décideurs politiques et l'organisation du système de santé font également partie du contexte. L'étude de ces différentes dimensions du contexte peut participer à l'amélioration de l'efficacité d'une intervention et réduire l'incertitude quant aux résultats qu'elle permet d'obtenir, en comprenant comment elle fonctionne dans une situation donnée ou selon différents contextes (5),(6),(8),(9). C'est le principe de la recherche interventionnelle, qui utilise des méthodes scientifiques pour produire des connaissances sur les processus et les mécanismes des interventions, afin d'avoir une influence positive sur les déterminants de la santé (5).

Les sciences de l'implantation, (« *implementation sciences* ») servent à comprendre comment les interventions fonctionnent dans le « monde réel » (« *real world* »), en opposition à la notion de « programme théorique », tel que réfléchi dans la recherche expérimentale et par les institutions (5),(6),(8),(9),(10).

Etudier l'implantation d'une intervention dans un contexte donné revient ainsi à analyser les processus de sa mise en œuvre selon différents critères, dans un objectif final d'amélioration de l'efficacité de l'intervention « sur le terrain » (5),(8),(9),(10).

B) Contexte d'apprentissage professionnel

1. L'utilisation des données probantes en promotion de la santé

Nous sommes cette année en apprentissage à l'Agence Régionale de Santé de Nouvelle-Aquitaine (ARS NA), au sein du pôle Prévention et Promotion de la Santé (PPS) de la Délégation Départementale de la Gironde (DD33) (11). Les Agences Régionales de Santé ont été créées en 2010 par la loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoire » (HPST) avec pour objectif d'assurer un pilotage uniifié de la santé en région, de mieux répondre aux besoins de la population et d'accroître l'efficacité du système de santé (12),(13). Les ARS sont des établissements publics assurant un service public par délégation de l'Etat. Placées sous la tutelle du ministère de la Santé et de la Prévention, les compétences de l'ARS portent sur l'ensemble des champs de la santé. L'ARS Nouvelle-Aquitaine est représentée dans chacun de ses 12 départements par une délégation départementale. Ces délégations encouragent le développement d'une politique de proximité, avec une vision intégrée de l'ensemble du champ de compétence de l'ARS auprès des acteurs de santé du territoire. Elles ont pour rôle d'assurer une équité territoriale dans la mise en œuvre des politiques de santé à l'échelle du département (11).

Dans le Projet Régional de Santé (PRS) de l'Agence Régionale de Santé de Nouvelle-Aquitaine (ARS NA) 2018-2028 révisé fin 2023, le principe de refondation de la politique de prévention a été inscrit dès 2018 comme l'une des nouvelles priorités régionales (14). Le PRS a pour but de définir la politique de santé régionale mise en œuvre par l'ARS, sur la base d'un diagnostic approfondi du territoire et grâce à un ensemble de priorités d'action. Ainsi, en accord avec le souhait de renforcer l'efficacité et l'efficience des actions publiques soutenues par l'ARS NA sur le territoire régional, la refondation de la prévention consiste en la priorisation des interventions fondées sur les données probantes, ainsi que les actions considérées comme probantes ou prometteuses (c'est-à-dire en cours d'évaluation quant à leur caractère probant). Par l'expression « données probantes », il est entendu un recueil réalisé de façon systématique et/ou standardisée, tel que nous définissons les connaissances issues de la recherche scientifique (15). En effet, selon Santé Publique France en 2024, « *Une action efficace a été validée scientifiquement et un lien de causalité a été démontré entre l'intervention et les résultats positifs obtenus.* » (16).

Cependant, la notion de programme probant ou d'intervention probante peut être comprise de deux manières : soit de manière « littérale », le terme « probant », issu du mot anglais « *evidence* », renvoyant à sa racine « preuve ». En ce sens, « *Une intervention est « probante » si son efficacité a été prouvée par des évaluations scientifiques* » (Santé Publique France, 2021) (15). Mais une intervention probante peut également être comprise comme respectant les principes de la médecine basée sur les preuves (« *evidence-based medecine* »), soit une intervention basée sur un ensemble de données, scientifiques et expérimentielles, permettant de maximiser l'efficacité de sa mise en œuvre concrète dans un contexte local. Ainsi, selon l'OMS, la définition des données probantes est explicitée telle que des « *conclusions tirées de recherches et autres connaissances qui peuvent servir de base utile à la prise de décision dans le domaine de la santé publique et des soins de santé* » (17),(18),(19). Des répertoires de programmes probants existent, tel que celui de Santé Publique France, qui se base uniquement sur des interventions ayant démontré un niveau d'efficacité basé sur un processus scientifique étayé (16),(20). Mais les données expérimentielles (c'est-à-dire issues de l'expérience des personnes), qu'elles proviennent des savoirs des professionnels ou bien du vécu du public, ont également une valeur importante et sont complémentaires aux données issues de la science (15),(16). Au regard de la définition de l'OMS concernant la promotion de la santé basée sur les données probantes, les savoirs expérimentuels font donc partie intégrante de l'ensemble des données utiles à la mise en œuvre d'une démarche probante (15),(17).

A ce titre, l'étude de l'implantation des dispositifs soutenus par l'ARS à travers le recueil de données expérimentielles s'insère ainsi, au même titre que la recherche scientifique, dans une ambition globale de valorisation des interventions dites probantes ou prometteuses, dans un but d'efficacité, de crédibilité et de transférabilité des interventions en Prévention et en Promotion de la Santé (PPS) et en accord avec la politique actuelle de l'Agence Régionale de Santé de Nouvelle-Aquitaine (6),(21),(22),(23).

2. Missions exercées lors de l'apprentissage professionnel

Notre mission s'inscrit dans le cadre du Projet Régional de Santé (PRS) de l'ARS NA, dont le Schéma Régional de Santé (SRS) 2023-2028 a été renouvelé en fin d'année 2023 (14). Plus particulièrement, notre fonction s'inscrit au sein du premier axe du PRS (Renforcer la prévention et l'action sur les déterminants de santé), dans la thématique relative à la nutrition : « *1.3.2 Agir sur l'alimentation, l'activité physique, la sédentarité et l'image corporelle afin de lutter contre les inégalités sociales et territoriales en matière de nutrition* ». Les objectifs opérationnels qui en découlent correspondent notamment à la promotion des démarches territoriales en matière de nutrition.

Ainsi, l'objectif général de notre fonction cette année est de participer à la mise en œuvre des politiques de santé publique de l'Agence en Gironde, à la gestion, au suivi et à l'évaluation des dossiers de PPS en matière de nutrition (alimentation et activité physique) et de vieillissement. Au sein de nos missions, nous sommes en lien avec le champ du sport-santé et du sport sur ordonnance à travers les dispositifs « PEPS » et Maisons Sport-Santé (MSS) (24),(25). Ainsi, nous participons à l'animation territoriale et aux dialogues de gestion organisés avec les différents opérateurs de ces deux dispositifs en Gironde et avons également analysé les demandes de financements associées à ceux-ci, notamment à l'occasion de la campagne de financement 2024 de l'ARS en PPS (24).

Vis-à-vis de nos missions, l'un des constats qui a été fait en interne à l'ARS est que les dispositifs PEPS et MSS étaient fréquemment ignorés ou confondus entre eux par nos collègues de travail. Lors de notre propre arrivée en poste cette année, nous avons également pu rencontrer des difficultés à comprendre le fonctionnement de chaque dispositif, ainsi que leur articulation. Ces différents constats nous ont alerté et nous ont poussé à approfondir cette thématique lors de notre travail de fin d'études. De plus, nos missions s'inscrivant dans les principes de la refondation de la prévention et participant à l'animation des dispositifs soutenus par l'ARS dans une optique d'équité territoriale, nous souhaitions mieux comprendre leur implantation dans le département dans lequel nous travaillons, afin de participer à l'amélioration continue de cette équité (11).

Le mémoire suivant porte sur le dispositif « PEPS », pour « Prescription d'Exercice Physique pour la Santé ». Ce programme, implanté dans l'ensemble des 12 départements de la région Nouvelle-Aquitaine (NA), est piloté et financé par l'ARS, ainsi que par la Direction Régionale Académique à la Jeunesse, à l'Engagement et aux Sports (DRAJES) et par le Conseil régional de Nouvelle-Aquitaine (24). Après avoir évoqué le contexte dans lequel s'inscrit ce travail, nous allons à présent expliciter le fonctionnement global du PEPS.

C) Le « PEPS » en tant que dispositif régional de sport sur ordonnance en NA

Le cadre concernant la pratique du sport sur ordonnance a été apporté par la loi du 26 janvier 2016 sur la modernisation de notre système de santé (LOI n° 2016-41, Art. L. 1172-1.) (26),(27). Le décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016, faisant suite à cette loi, a permis de définir les « *conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'affection de longue durée* » (ALD), dans le cadre du parcours de soins de la personne et de manière « *adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical du patient.* » (28).

Ainsi, c'est initialement le médecin traitant qui peut prescrire une Activité Physique Adaptée (APA) à travers la délivrance d'une ordonnance au patient atteint d'ALD. Cette prescription permet de pratiquer une activité est adaptée à la personne, dite de « sport sur ordonnance » en tant que thérapeutique non-médicamenteuse, telle que validée par la Haute Autorité de Santé (HAS) (28),(29),(30). A l'issue de cette prescription, un bilan des capacités du patient est réalisé et régulièrement renouvelé, afin d'ajuster l'activité proposée à la personne, en termes d'intensité et de durée. L'objectif général du PEPS consiste « *à développer, sur un mode de fonctionnement multi-partenarial, la prescription d'activité physique pour les porteurs de pathologies chroniques et pour toute personne sédentaire et/ou inactive, présentant ou non des facteurs de risques.* » (31). Le dispositif PEPS propose ainsi aux professionnels et aux patients un cadre sécuritaire pour favoriser la pratique d'une activité physique adaptée à partir d'une prescription médicale, puis d'une orientation des bénéficiaires vers les professionnels habilités, en fonction de leurs capacités et de leurs niveaux de limitations fonctionnelles (31),(32). Un schéma résumant le parcours du bénéficiaire dans le dispositif est présenté *en annexe 1* de ce document (32).

Ainsi, le bénéficiaire reçoit tout d'abord une prescription d'activité physique de la part de son médecin (généraliste ou spécialiste, traitant ou non), adaptée selon sa problématique de santé (33). Pour ce faire, un formulaire de prescription ainsi qu'un guide de remplissage ont été construits dans le cadre du PEPS, afin de faciliter cette démarche pour les médecins prescripteurs (34). Un ensemble d'informations propres au patient en termes d'état de santé, de capacités fonctionnelles et d'orientation dans les différentes activités proposées dans le cadre du PEPS est mentionné par le médecin dans ce document, afin de sécuriser et d'adapter la pratique à la personne concernée. Dans chacun des 12 départements de Nouvelle-Aquitaine, des postes de coordinateurs du PEPS ont été créés (et sont portés par des structures employeuses partenaires), afin d'assurer la coordination et la mise en œuvre du dispositif dans chaque territoire (31). Ce sont ces coordinateurs qui s'occupent de faire le lien entre les médecins, les patients et les structures mettant en œuvre le sport sur ordonnance dans leur localité. Après avoir réalisé une évaluation complémentaire de ses capacités physiques et de ses motivations, le coordinateur ou la coordinatrice peut orienter le patient vers une activité existante dans son secteur, catégorisée en trois modalités en fonction de ses limitations fonctionnelles (telles que définies selon l'annexe 11-7-2 du décret du 30 décembre 2016) et de ses objectifs de pratique (28),(32). Les activités proposées dans le cadre du PEPS sont étudiées par un Comité de PIlotage (COPIL) départemental, présidé par la Délégation Départementale de l'ARS (DD ARS) et par les services Départementaux à la Jeunesse, à l'Engagement et au Sport (SDJES). Après validation officielle, ces activités sont référencées au sein d'une cartographie régionale, par type de créneaux de pratique (31),(35).

Ainsi, les créneaux de type « Déclic » [cf. schéma du PEPS en annexe 1] sont dédiés aux personnes présentant des limitations et des facteurs de risques minimes et les créneaux de type « Elan » correspondent aux profils présentant des facteurs de risques et/ou des limitations modérées à sévères. Enfin, les programmes « Passerelle », qui sont optionnels dans le parcours des patients, correspondent à une activité pratiquée pendant 3 mois à raison d'une fois par semaine. Ils sont dédiés aux personnes présentant des limitations et facteurs de risques minimes à sévères et ont pour objectif spécifique de « *redonner le goût à l'activité physique et de se reconditionner pour pratiquer* », avec progressivité (32). Chacune de ces activités respecte une charte d'engagement standardisée par type de créneau de pratique, ce qui implique des niveaux de formations différents pour les professionnels en fonction de l'activité encadrée (selon le décret du 30 décembre 2016) (28). En effet, les activités « Déclic » et « Elan » peuvent être encadrées par des éducateurs sportifs relevant d'une formation complémentaire habilitée (formation PEPS de niveaux 1 et 2), si les limitations fonctionnelles des patients sont au maximum modérées. Les activités « Elan » accueillant un public atteint de limitations sévères, ainsi que les activités « Passerelle », ne peuvent en revanche être encadrées que par des Enseignants en APA (EAPA), ou par des masseurs-kinésithérapeutes titulaires d'une carte professionnelle (32).

Le dispositif PEPS fait interagir plusieurs champs professionnels au service de la pratique du sport sur ordonnance et comporte différentes étapes : la prescription d'APA, accompagnée d'un bilan approfondi des capacités des personnes, l'orientation des bénéficiaires dans le dispositif, ainsi qu'un suivi des patients et des échanges entre les acteurs, sous la forme d'un réseau de professionnels. A la fin de sa prise en charge au sein du PEPS, le bénéficiaire est accompagné vers une pratique autonome proche de chez lui, afin qu'un maximum de personnes puissent bénéficier du dispositif.

D) Contexte géographique : le territoire girondin

La notion de « territoire » peut être définie comme « *une portion d'espace appropriée* », mais elle revêt un ensemble large de significations en fonction de la discipline dans laquelle elle est inscrite (36),(37),(38). Dans le *Dictionnaire de Géographie* 2022, les auteurs expriment par exemple trois sens différents au mot « territoire » : celui-ci représente à la fois un « *découpage administratif* », « *un espace étatique* » et « *tout espace socialisé, approprié par ses habitants, quelle que soit sa taille* » (36),(39). L'appropriation du territoire implique ainsi des dimensions politiques, culturelles et la délimitation géographique d'un espace, ces différentes dimensions pouvant être imbriquées en fonction du contexte (40).

La région Nouvelle-Aquitaine, créée en 2016 à la suite de la fusion des trois ex-régions : Aquitaine, Poitou-Charentes et Limousin, comporte 12 départements aux dynamiques hétérogènes (41),(42). C'est la plus grande région en superficie et la 3^e région la plus peuplée de France métropolitaine, avec un peu plus de 6 millions d'habitants (43),(44). Au sein de cette grande région, la Gironde est le département le plus vaste de France métropolitaine, avec près de 10 000 km² de surface (45),(46),(47). Le territoire girondin comporte près de 1.7 millions d'habitants et fait ainsi partie des 6 départements les plus peuplés de France métropolitaine (46),(48),(49),(50). Parmi les habitants, 50% vivent au sein de la métropole de Bordeaux, qui compte 28 communes (46). De plus, ce nombre d'habitants est en permanente expansion au cours des dix dernières années, avec une évolution moyenne multipliée par 1.27 pour la période de 2013 à 2019, contre 0.47 pour la région Nouvelle-Aquitaine et 0.36 pour la France métropolitaine (48),(49).

Le territoire compte 6 arrondissements, dont la préfecture, située à Bordeaux, ainsi que 5 sous-préfectures : Arcachon, Blaye, Langon, Lesparre-Médoc, et Libourne (46),(49). Ces arrondissements sont en partie superposables avec les territoires délimités par les Contrats Locaux de Santé (CLS), contrats établis entre l'ARS et les collectivités afin de mettre en œuvre le PRS dans les territoires infra-départementaux (14),(51),(52). En Gironde, 7 CLS recouvrent le département : Bordeaux, Bordeaux-Métropole, le Barval (regroupant le bassin d'Arcachon et le territoire du Val de l'Eyre), la Haute-Gironde, le Sud Gironde, le pays du Médoc et le grand Libournais (52). Au sein de ces différents bassins de vie et quel que soit le découpage territorial choisi, le département de Gironde présente une diversité de dynamiques, comportant à la fois des zones urbaines denses (Bordeaux, Bordeaux Métropole), des zones urbaines de densité moyenne (une partie du Barval), des zones rurales périurbaines (sud du Médoc, de la Haute-Gironde et du grand Libournais, nord du Sud Gironde) et enfin des zones rurales non péri-urbaines (nord du Médoc, de la Haute-Gironde, nord-ouest du grand Libournais, sud du Sud-Gironde) (49). De plus, la Gironde présente une grande diversité d'activités, avec une dynamique touristique liée à la métropole et aux territoires côtiers du département (46). Elle dispose également d'une activité économique dense en métropole et d'activités liées à l'agriculture ainsi qu'à la viticulture, au sein de ses espaces naturels et forestiers.

Du point de vue des déterminants économiques de la santé, la médiane des revenus du département est proche de celles de la France et de la région, ainsi que le nombre de salariés en emploi précaire. Le taux de pauvreté est en revanche inférieur à la moyenne nationale, ainsi que le rapport entre ouvriers et cadres. Celui-ci est de 0.9 en Gironde en 2019, contre 1.1 en France et 1.5 en Nouvelle-Aquitaine (48).

Concernant l'offre de soins libérale, les chiffres sont nettement plus favorables en Gironde qu'en France entière en termes de densité de professionnels de santé (médecins quelle que soit la spécialité et autres professions de santé) (48). A titre d'exemple, seules 8 personnes sur 100 n'ont pas bénéficié de consultation de médecine générale en 24 mois sur le département en 2021, contre plus de 10 sur 100 en France métropolitaine. Ce taux a en revanche augmenté en trois ans, car il n'était que de 5 personnes sur 100 en 2018.

Enfin, bien que nous ayons présenté les valeurs concernant la situation démographique et économique du département, nous pouvons observer d'importantes disparités entre arrondissements au sein de la Gironde elle-même (51). En effet, les offres en termes de recours aux soins et d'équipements sont par exemple importantes à Bordeaux, qui comporte une population plus jeune que la moyenne du département et des niveaux d'études et de précarité très variés. Mais à l'échelle de la métropole, les besoins sont importants du fait d'une forte densité démographique, qui n'est pas retrouvée dans les territoires péri-urbains ou ruraux. Le territoire du Barval présente lui aussi de très bons indicateurs de recours aux soins, ainsi que de pratique d'activité physique à tous les âges, malgré une population plus âgée que la moyenne du département. En revanche, la Haute-Gironde, le Libournais et le Médoc comportent une forte croissance démographique et un vieillissement peu marqué (51). Ainsi, au vu des diversités de dynamiques de ces différents territoires, il est nécessaire d'explorer plus spécifiquement chacun d'entre eux afin d'approfondir la compréhension locale du dispositif PEPS en Gironde.

E) Problématique choisie pour ce travail

Au regard des missions que nous avons occupées au sein de la délégation départementale de la Gironde et du contexte territorial, nous avons pour objectif d'étudier le dispositif PEPS et de comprendre son implantation dans les différentes territoires du département dans lequel nous avons exercé cette année.

Pour ce faire, nous avons choisi de capitaliser les savoirs des acteurs et des actrices du territoire ayant participé à la construction et à la mise en œuvre du dispositif PEPS en Gironde. Nous avons recueilli les retours d'expérience de ces acteurs concernant les enjeux, les freins à la mise en œuvre et les atouts du dispositif dans chacun des contextes spécifiques aux différents territoires infra-territoriaux qui composent la Gironde. A partir de cette capitalisation des savoirs, nous souhaitons formuler des recommandations, afin de participer à la démarche d'amélioration des conditions de mise en œuvre du dispositif PEPS dans notre département.

Nous avons donc formulé notre problématique de travail, telle que : « **En quoi les différentes dynamiques territoriales du département de Gironde influencent-elles l'implantation du dispositif PEPS au sein de chacun de ces territoires ?** ».

Suite à nos recherches préalables à cette étude et pour répondre à notre questionnement, nous avons formulé des hypothèses de recherche en amont de ce travail :

- Le dispositif PEPS a été créé dans un contexte politique dynamique et a su évoluer au fur et à mesure du développement des politiques publiques et des dispositifs créés en parallèle de lui, tels que les maisons sport-santé.
- Le dispositif PEPS nécessite une bonne coordination entre acteurs de différents statuts (institutionnels, acteurs de terrain) et une transversalité entre les compétences des différents corps professionnels qui composent le champ du sport sur ordonnance (professionnels de santé et prescripteurs, professionnels du sport et collectivités) pour fonctionner de manière fluide sur le territoire.
- Le territoire girondin, de par sa configuration vaste et plurielle et la multiplicité des acteurs qui le composent, présente des spécificités ayant conduit le PEPS à évoluer de différentes manières, propres aux caractéristiques de chacun des territoires d'implantation du dispositif.

Ainsi, nous supposons que les territoires ruraux peuvent avoir un nombre de relais et de partenaires inférieur aux territoires urbains. De ce fait, le réseau d'acteurs du sport sur ordonnance développé au sein des territoires ruraux pourrait présenter une variabilité importante selon les localités, en fonction des ressources locales disponibles sur le territoire. En revanche, nous faisons l'hypothèse que les territoires urbains de la Gironde peuvent compter sur la présence de nombreux acteurs, mais que la coordination de ceux-ci nécessite de fait plus de temps et d'énergie. De plus, la densité de population au sein des territoires urbains de Gironde pourrait nécessiter de développer le dispositif à une échelle plus vaste que dans les territoires ruraux, ce qui impliquerait ainsi une organisation différente en termes de réseau d'acteurs et de maillage partenariaux.

Afin de répondre à ces hypothèses de travail et à notre questionnement, nous allons présenter la méthodologie développée, qui a été adaptée selon la démarche de capitalisation des expériences « CAPS », proposée par l'EHESP.

II. Méthode

A) La démarche de capitalisation des expériences en promotion de la santé

Afin de répondre à la problématique formulée, nous avons choisi pour ce travail de nous baser sur la démarche de capitalisation des expériences des acteurs qui travaillent avec le dispositif PEPS. En effet, la méthodologie « CAPS » (CAptitalisation des expériences en Promotion de la Santé) a été enseignée durant le Master 2 de Promotion de la Santé et Prévention (PSP), suivi à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP) (53).

La démarche de capitalisation d'expériences vise à « *transformer le savoir issu de l'expérience en connaissance partageable* » (de Zutter P., 1994) (22),(54). Cette méthodologie se base sur le principe que la connaissance expérientielle des acteurs de la promotion de la santé a de la valeur et que son partage peut être utile aux autres. La démarche implique les acteurs eux-mêmes dans la construction de cette connaissance, en les considérant légitimes de par leurs expériences professionnelles et de terrain (22),(23). La plus-value de la méthodologie de capitalisation consiste en « *l'objectivation* » de ces savoirs par un accompagnateur externe et neutre, des pratiques et des stratégies des acteurs pour mettre en œuvre l'intervention étudiée, quelle qu'en soit sa nature (22).

Bien que différentes méthodologies existent, le processus de capitalisation peut être décrit en trois étapes principales : tout d'abord, le recueil des informations (sous la forme d'entretiens longs), puis leur analyse, et enfin l'élaboration d'une synthèse de ces données et sa diffusion, « *qui doit permettre aux acteurs de [la] réinvestir tout en l'adaptant* » (de Zutter P., 1994) (19),(54). La démarche se base ainsi sur l'analyse des savoirs des acteurs impliqués dans la mise en œuvre d'une intervention, afin de comprendre finement sa logique et certains aspects de son implantation dans le contexte étudié. L'enjeu de la capitalisation des expériences est ainsi de comprendre comment l'intervention fonctionne et les stratégies qui ont permis de la rendre opérationnelle dans un contexte donné (18),(22). En effet, il est important de souligner que, bien qu'un dispositif ait pu être évalué et que celui-ci soit reconnu comme donnant la preuve de son efficacité d'un point de vue scientifique (et théorique), « *la qualité d'une intervention en promotion de la santé est liée à son intégration au contexte et à l'implication des acteurs locaux* » sur le terrain (Villeval M., 2018) (19). Ainsi, la démarche de capitalisation participe globalement à la valorisation des interventions probantes en PPS (18),(22),(23).

En effet, parmi les objectifs de cette méthodologie, l'une des visées principales est informative, via la « *[mise] à disposition des interventions probantes pour faciliter leur utilisation* » (Lamboy B., 2021) (15). C'est l'objectif du portail « CAPS », qui permet notamment de consulter les synthèses correspondant aux interventions ayant déjà fait l'objet d'une démarche de capitalisation, sous la forme de fiches de capitalisation (53),(22). La démarche de capitalisation peut ainsi permettre d'analyser la transférabilité de l'intervention étudiée, c'est-à-dire de distinguer les éléments « immuables » de l'intervention (fonctions-clés) de ceux qui peuvent varier selon son contexte d'implantation, permettant d'envisager de transférer l'intervention dans un autre contexte (18),(19). A ce titre, des acteurs d'autres territoires peuvent également s'inspirer de la mise en œuvre d'un programme dans son contexte via ces fiches de capitalisation, afin par exemple de mieux comprendre l'intervention ou d'anticiper les difficultés à venir lors de son implantation dans leur localité.

Les autres finalités de la démarche sont notamment pédagogiques, en permettant pour les acteurs un temps de réflexion sur leurs pratiques. Elles sont aussi scientifiques, en termes d'apports globaux par la construction d'un corpus de données pouvant être utiles à la recherche. Enfin, la démarche de capitalisation a une visée de valorisation des programmes soutenus financièrement et politiquement par les institutions porteuses, en permettant de documenter concrètement et en détail la déclinaison des politiques publiques sur le territoire étudié. Grâce à la rédaction et à l'analyse de documents synthétiques tels que les fiches de capitalisation formalisées selon CAPS, les interventions des acteurs peuvent ainsi être valorisées et légitimées, auprès des financeurs ou de structures partenaires de ceux-ci.

B) Application de la démarche de capitalisation des expériences à notre travail

1. Choix de l'utilisation de la capitalisation d'expériences pour l'étude du PEPS

Pour ce travail, nous nous sommes inspirés de la méthodologie de capitalisation d'expériences enseignée à l'EHESP, dans le but de questionner les pratiques de différents acteurs et actrices de terrain et institutionnel.le.s, afin de comparer les représentations, les atouts et les difficultés du PEPS dans les différents territoires de Gironde.

Nous avons fait ce choix de méthodologie, tout d'abord parce qu'une évaluation basée sur des indicateurs quantitatifs et qualitatifs avait déjà été réalisée par les institutions porteuses du dispositif pendant l'année 2022, à l'échelle de l'ensemble de la région Nouvelle-Aquitaine (31). A l'issue de cette phase d'évaluation, le dispositif PEPS a été repensé dans une version « 2.0 », actuellement toujours en cours de déploiement dans la région.

De plus, une thèse est actuellement en cours de réalisation depuis 2021 sur le dispositif, comportant une méthodologie d'évaluation d'impact du PEPS sur le territoire régional (55). De ce fait et au regard du temps et des moyens humains disponibles pour réaliser ce travail, une évaluation complémentaire du dispositif selon des indicateurs quantitatifs ne semblait pas pertinente. De plus, la méthodologie de capitalisation des expériences nous paraissait adéquate pour répondre à notre questionnement, car elle permettait de valoriser le recueil de données réalisé à la fois pour le travail de mémoire, mais également ensuite sous la forme d'une ou de plusieurs fiches de capitalisation. En effet, aucun travail de capitalisation n'avait été réalisé précédemment sur le dispositif PEPS et cela pourrait être utile à l'ARS NA, vis-à-vis du principe de refondation de la politique de prévention à l'œuvre dans notre région (14). Enfin, du point de vue de l'accessibilité des acteurs pour mener ce travail, notre fonction à la délégation de Gironde nous a permis de nombreux échanges avec les opérateurs du sport sur ordonnance de l'ensemble du département tout au long de l'année scolaire 2023-24. Cette interconnaissance pouvait faciliter le recueil de données et a contribué au choix de l'échelle du département de la Gironde pour mener ce travail.

2. Démarche méthodologique appliquée à ce travail

a) Cadrage de la démarche et choix du panel d'acteurs

Concernant l'échelle de ce travail, en rapport avec le fait que nos missions s'inscrivent à l'échelle départementale et en raison de la taille de la région Nouvelle-Aquitaine, il nous a semblé plus raisonnable de nous cantonner à l'étude du seul département de Gironde. En effet, avec une superficie de 15% du territoire national français, la région présente une diversité importante de dynamiques, rendant difficile pour nous de décrire le dispositif sur l'ensemble de la région (42). Ainsi, afin de représenter au mieux le département et ses différentes dynamiques locales, nous avons choisi l'échelle des Contrats Locaux de Santé (CLS) (14),(51),(52). En Gironde, le territoire est pratiquement intégralement recouvert par les 7 CLS existants.

En réponse à la problématique formulée pour ce travail, il nous a semblé judicieux de contacter différentes catégories de personnes en lien avec le PEPS (24). Afin de retracer le contexte historique et l'ancre théorique relatif à la construction et à l'évolution du dispositif, nous avons considéré que les acteurs « clés » étaient les porteurs institutionnels de celui-ci. Ces institutions sont donc l'ARS, la DRAJES et le Conseil Régional de Nouvelle-Aquitaine (56). Ensuite, afin d'obtenir des informations sur la mise en œuvre du PEPS dans les différents territoires de CLS de la Gironde, nous avons souhaité rencontrer des acteurs « de terrain » intégrés dans le dispositif.

Ces acteurs pouvaient être issus de différentes formations, professionnels du sport, de la santé, exerçant dans des associations ou encore dans les collectivités du territoire. Enfin, de façon à avoir un retour d'expérience du vécu du dispositif, nous avons souhaité nous entretenir avec des bénéficiaires du PEPS sur le territoire girondin. Nous proposons donc une typologie des personnes à contacter, telle que : les représentant.e.s des institutions, les acteurs « de terrain » et les bénéficiaires du PEPS, présents dans toute la Gironde.

b) *Recueil de données réalisé pour ce travail*

En amont de la formulation de la problématique de ce travail, nous avons assisté à différents temps d'échanges entre les acteurs du sport sur ordonnance et l'ARS sur le territoire girondin, à des dialogues de gestion, des comités de pilotage et de référencement du dispositif PEPS, ou encore à des évènements publics sur le sujet du sport-santé. Ces différents temps d'échanges, ainsi que notre expérience professionnelle en tant que chargée de mission, nous ont permis de constituer un corpus de notes de terrain et de documents internes. Cette documentation a été collectée tout au long de l'année scolaire 2023-2024 sous format informatique ou manuscrit. C'est à partir de ce corpus initial et suite à des échanges internes avec des collègues de l'ARS et de la DRAJES concernant les besoins existants vis-à-vis du dispositif PEPS que nous avons pu élaborer notre problématique de travail.

Une fois le choix de la méthodologie réalisé, nous avons constitué nos guides d'entretiens, afin de mener des entretiens semi-directifs avec les personnes qui accepteraient de répondre à notre étude (57). Nous avons choisi de construire trois guides d'entretiens différents, un par « catégorie » de personnes, car les objectifs des échanges avec ces différentes catégories d'acteurs étaient différents. Concernant les acteurs et actrices institutionnels, nous avons fait le choix de conserver le guide d'entretien standardisé disponible dans les outils du CAPS, afin de mener les entretiens de capitalisation selon la méthodologie formelle explicitée dans la formation que nous avions suivie (22). Nous avons ensuite adapté la trame du guide d'entretien formalisée par le CAPS, afin de s'adresser à des acteurs et des actrices de terrain : *[Annexe 2 : Guide d'entretien adapté de la méthodologie « CAPS », version « acteurs et actrices de terrain »]*. Afin de construire ce deuxième guide, nous avons rassemblé l'ensemble de la documentation interne, des références scientifiques sur le sujet et des notes de terrain dont nous disposions et nous avons croisé ces différentes informations avec la trame du guide d'entretien CAPS, selon les trois axes : « contexte de l'action », « l'action » et « évaluation » et les thématiques abordées dans ce guide. Certaines des questions du guide CAPS ont été directement reprises dans le guide dédié aux acteurs de terrain.

Cependant, nous avons axé le guide d'entretien dédié aux acteurs de terrain sur la problématique choisie pour ce travail. Par conséquent, nous nous sommes focalisés sur les dimensions de partenariats entre acteurs, de réseau et de fonctionnement concret du PEPS sur le territoire, ainsi que sur les représentations des points forts et des points faibles du dispositif. Enfin, nous avons rajouté un questionnement spécifique à l'interaction entre PEPS et maisons sport-santé, dans le cas où une MSS existait sur le territoire. Nous avons également supprimé la partie « évaluation » du guide d'entretien, car nous avions déjà connaissance de l'évaluation réalisée par les institutions porteuses en 2022 et ne souhaitions pas faire ressentir la dimension d'évaluation de leurs pratiques aux acteurs de terrain questionnés (31). Nous avons réalisé un troisième guide d'entretien à destination des bénéficiaires : *[Annexe 3 : Guide d'entretien adapté de la méthodologie « CAPS », version « bénéficiaires »]*. Celui-ci a été construit en adaptant les questions du guide précédent aux personnes ayant l'expérience du PEPS en tant qu'usager.e.s.

Nos critères d'inclusion étaient : être un.e professionnel.le exerçant sur le territoire girondin et être en lien avec le dispositif PEPS. Les bénéficiaires du dispositif étaient également concernés par notre travail. Nous avons réalisé un tableau rassemblant les noms et les contacts des acteurs et actrices avec qui nous souhaitions échanger pour notre étude, en croisant la localisation de leur exercice et leur statut professionnel (prescripteurs, professionnels de la santé, professionnels du sport, collectivités, associations, institutions et bénéficiaires). Pour ce faire, nous nous sommes servis du réseau d'acteurs que nous connaissons de par notre activité professionnelle à l'ARS, ainsi que de la cartographie des activités référencées par le PEPS, disponible sur le site internet du dispositif (35). Nous avons également demandé les contacts des personnes à notre réseau professionnel, si cela était nécessaire. A partir de ce tableau, nous avons contacté les personnes via notre adresse professionnelle en les informant de l'objectif global de notre travail. Nous avons aussi mentionné que leur participation serait constituée d'un entretien semi-directif (57).

Si la personne acceptait de participer à l'étude, une date de rendez-vous était fixée. Les entretiens pouvaient être menés en présentiel ou en distanciel, en fonction de la convenance de chacun et chacune (58). Nous avons au maximum cherché à obtenir des retours de la part d'acteurs de formations différentes et exerçant sur chacun des 7 territoires de CLS de la Gironde, afin d'être la plus représentative possible dans le recueil de données effectué. Concernant la posture adoptée lors des entretiens, nous avons précisé à chaque personne entrevue que l'entretien serait anonymisé et avons systématiquement demandé le consentement avant tout enregistrement (57),(58).

Nous avons également précisé que l'entretien était réalisé dans le cadre d'un travail de mémoire et que les données ne seraient pas utilisées dans un but d'évaluation de la pratique des acteurs par l'ARS de Nouvelle-Aquitaine, ni dans le cadre de l'instruction de projets relative à nos fonctions. Afin de répondre au mieux à cet engagement, nous avons choisi de ne pas joindre les verbatims des entretiens réalisés au rendu écrit de ce mémoire. Lors des entretiens, nous avons cherché à nous montrer la plus neutre possible en posant les questions et à ne pas prendre position selon les réponses apportées (57). Les entretiens ont été enregistrés via un dictaphone et parfois avec l'enregistrement vidéo, lorsque l'entretien était réalisé en distanciel. Les enregistrements ont été stockés dans un espace sécurisé. Quelques notes sur les premières impressions et le ressenti du discours de chaque personne ont été prises manuscritement à l'issue de chaque entretien. Tous les entretiens ont ensuite été intégralement retranscrits et anonymisés (57). Le logiciel TurboScribe a été utilisé pour réaliser une première retranscription automatique, puis chaque entretien a été relu et retravaillé manuellement (59). A l'issue de la retranscription de chaque entretien, un court résumé des idées principales a été rédigé à la suite du verbatim en format informatique, afin de faciliter l'analyse des données.

c) *Analyse des données recueillies*

Au fur et à mesure de la réalisation de la collecte des données, nous avons constitué un tableau récapitulatif des caractéristiques principales des acteurs interrogés : catégorie d'acteur (acteur institutionnel, de terrain ou bénéficiaire(s)), formation(s) et fonction(s), lien direct ou non avec une maison sport-santé, territoire et échelle d'intervention.

Afin d'analyser notre corpus de données, nous nous sommes servis du logiciel en ligne « Taguette », qui permet de réaliser des marquages thématiques des verbatims et de classer ensuite les citations par thème (60). Nous avons relu chaque entretien un à un dans l'ordre chronologique, puis nous avons effectué des marquages thématiques avec « Taguette » afin de réaliser l'analyse transversale de notre corpus de données. Nous avons progressivement construit nos catégories en fonction des thèmes redondants, ce qui a permis de faire émerger un plan thématique pour présenter notre analyse.

d) *Rédaction et diffusion du résultat de la capitalisation*

Concernant les étapes décrites dans la méthodologie du CAPS : rédaction puis diffusion de la fiche de capitalisation, la traduction méthodologique de celles-ci dans notre travail concerne la rédaction de ce rapport. Une ou plusieurs fiche(s) de capitalisation seront réalisées à l'issue de ce travail, dans un objectif d'utilité de la démarche à l'ARS.

III. Résultats

A) Présentation des données recueillies

Les personnes identifiées dans le tableau initial par fonction et par territoire ont été contactées par mail entre le 19 et le 23 avril 2024. Une relance a été effectuée par mail le 6 mai, pour ceux qui n'avaient pas encore répondu à notre sollicitation. En tout, 35 acteurs du PEPS ont été contactés pour participer aux entretiens, dont certains d'entre eux dans un second temps, suite à une recommandation et/ou à notre sollicitation pour rencontrer une personne « manquante » pour l'un des territoires ou l'une des catégories de profils recherchées. Une démarche de « *snowballing* » (boule de neige) a ainsi été mise en place pour les acteurs que nous avions des difficultés à contacter, grâce à l'interconnaissance des personnes entre elles au sein du réseau de professionnels du sport sur ordonnance (61). Les acteurs les plus difficiles à contacter étaient les professionnels de la santé, notamment les médecins prescripteurs. Concernant les bénéficiaires, nous avons également sollicité les acteurs de terrain en fin d'entretien, en leur demandant l'autorisation de participer à une séance et de discuter avec des usagers à la fin de celle-ci.

Parmi les 35 personnes contactées, nous avons réalisé 19 entretiens, entre le 2 mai et le 27 juin 2024. Un vingtième entretien était prévu, mais la personne ne s'est pas présentée à la date prévue du rendez-vous, celui-ci a donc été annulé. 8 des personnes contactées n'ont pas donné suite à nos sollicitations. 7 personnes ont refusé de participer, principalement faute de temps disponible pour ce faire. La majorité des personnes ayant refusé de participer correspondait à des profils de prescripteurs.

Concernant les profils des personnes rencontrées, 3 entretiens ont été réalisés avec des acteurs institutionnels, à l'aide de la grille du CAPS. Les 16 autres entretiens concernaient des acteurs et actrices de terrain. En raison de difficultés logistiques et faute de réponses des acteurs contactés pour ce faire, nous n'avons pas réussi à assister à une séance de sport sur ordonnance et à rencontrer des bénéficiaires du PEPS. Les trois acteurs institutionnels rencontrés étaient issus des institutions ARS et Jeunesse et Sports. Parmi les acteurs de terrain, nous avons rencontré : 9 professionnel.le.s du sport, exerçant différentes missions (coordination du PEPS, coordination de maison sport-santé, coordination et/ou mise en œuvre de programmes de sport-santé hors du PEPS), deux médecins, un.e kinésithérapeute, un.e représentant.e de collectivité territoriale, un.e représentant.e du Dispositif d'Appui à la Coordination de Gironde (Giron'DAC – 33) et deux profils de coordination de dispositif du PEPS hors professionnel.le.s du sport.

Concernant la représentation des différents territoires de Gironde étudiés, 7 personnes interrogées sur les 19 avaient un prisme départemental, à l'échelle de la Gironde. Le reste du panel de personnes rencontrées (12 entretiens) était réparti entre les différents territoires de CLS (45),(51). Ainsi, trois personnes du Sud Gironde ont été entretenues, ainsi que trois personnes du Médoc et trois personnes du Barval. Pour les territoires de Bordeaux Métropole, du Libournais et de la Haute-Gironde, une seule personne par territoire a été questionnée. Concernant la répartition des genres des acteurs et actrices interrogés, 5 hommes ont participé, *versus* 14 femmes. Nous précisons également qu'afin de maximiser l'anonymat des personnes, nous avons choisi pour la rédaction de cette analyse de genrer au masculin l'ensemble des acteurs, bien que la grande majorité soient des femmes.

Afin de représenter l'ensemble des profils des professionnels interrogés, nous avons réalisé un tableau récapitulatif, *disponible en annexe 4* de ce document.

B) Annonce du plan d'analyse

Lors de la rédaction de cette analyse, nous avons convoqué un certain nombre d'éléments de contexte nécessaires à la bonne compréhension des facteurs en jeu dans l'implantation du dispositif PEPS au sein des différents territoires girondins. Par conséquent, nous avons mis en lien les discours des acteurs rencontrés avec les notes de terrain récoltées durant l'année, ainsi qu'avec la littérature scientifique disponible, de manière à reconstituer un contexte global permettant la compréhension locale du fonctionnement du PEPS.

Ainsi, nous allons dans une première partie présenter les éléments de contexte théorique recouvrant des enjeux historiques, législatifs et réglementaires propres au champ du sport sur ordonnance et du sport-santé. Bien que les verbatims des acteurs institutionnels nous aient grandement servi pour rédiger cette partie, nous avons fait le choix de n'intégrer des citations d'acteurs que dans les parties suivantes de notre analyse.

Dans un deuxième temps, nous évoquerons les constats communs aux acteurs et actrices rencontrés, représentant des thématiques transversales aux différents territoires du département girondin. Nous évoquerons ensuite dans une troisième partie les thématiques ressortant de notre analyse de manière différenciée selon les acteurs et les territoires, revêtant des enjeux de compréhension du dispositif nécessaire à son bon fonctionnement.

Enfin, nous conclurons cette analyse avec des propositions d'évolution du dispositif PEPS en fonction des freins et des recommandations évoqués par les acteurs rencontrés.

IV. Contexte théorique

A) L'activité physique en tant qu'enjeu de santé publique

1. Définitions

Comme nous l'avons vu précédemment, le dispositif PEPS concerne le champ du sport sur ordonnance, à partir d'une prescription médicale d'activité physique. Mais pour comprendre les enjeux de ce champ et les problématiques rencontrées par les acteurs, il est nécessaire de faire la distinction entre les définitions des différentes formes d'activité physique.

L'Activité Physique (AP) a été définie par l'OMS comme « *tout mouvement corporel produit par les muscles squelettiques qui requiert une dépense d'énergie* » (62). Par « dépense d'énergie », il est entendu que cette dépense est supérieure à ce que le métabolisme demande en termes d'énergie au repos. L'activité physique est à différencier d'une activité sportive, dans le sens où l'AP comprend l'ensemble des mouvements du quotidien, des déplacements actifs, des loisirs, des activités de l'ordre du domaine professionnel ou scolaire ou encore des tâches domestiques qui nécessitent de bouger (62),(63),(64). L'activité sportive, ou sport, représente ainsi une forme particulière d'activité physique au sein de laquelle un ensemble de règles sont adoptées par les participants. L'objectif dans le sport est plutôt orienté sur la performance, comme dans le cadre du sport de compétition. Les pratiques sportives scolaires et de loisirs sont également incluses dans cette catégorie (63),(64). L'exercice physique se différencie de la pratique sportive, dans le sens où celui-ci ne suit pas forcément de règles précises et vise plutôt l'atteinte d'objectifs en termes d'amélioration de la santé (64),(65).

Ces notions renvoient ainsi à différentes pratiques d'Activités Physiques et Sportives (APS), selon les objectifs des personnes et le cadre, existant ou non, autour de leur mise en œuvre. Lorsque la pratique d'activité physique est adaptée en fonction ou en prévention de facteur(s) de risque(s) et/ou d'une ou de plusieurs problématique(s) de santé, on parle de sport-santé. La pratique du sport-santé comporte un objectif de maintien ou d'amélioration de l'état de santé des personnes et peut être utilisée afin de prévenir l'apparition d'une maladie, ou les complications associées à une pathologie déjà existante (64). En fonction du niveau de vulnérabilité ou des limitations fonctionnelles de la personne, différents professionnels du sport peuvent intervenir auprès de ces publics. L'Activité Physique Adaptée (APA) est quant à elle définie par la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2022 comme « *une activité physique adaptée à la (les) pathologie(s), aux capacités fonctionnelles et au limites d'activités du patient* » (64).

L'APA est considérée comme une thérapeutique non-médicamenteuse et elle est encadrée réglementairement par l'article D. 1172-1 du Code de la Santé Publique (CSP), selon le décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016 – art. 1 (28). Enfin, la différence est marquée entre APS et actes de rééducation, « *qui sont réservés aux professionnels de santé, dans le respect de leurs compétences.* » (28). Ainsi, le sport sur ordonnance représente une forme de sport-santé pratiquée suite à une prescription médicale et peut concerner des professionnels issus de différentes formations, en fonction du cadre juridique associé.

2. Enjeux de santé publique associés aux activités physiques et sportives

Aujourd’hui, les bénéfices de l’activité physique sur la santé sont largement démontrés, quel que soit l’âge et le sexe des personnes (29),(62),(64),(66),(67),(68),(69),(70). A ce titre, les Activités Physiques et Sportives (APS) peuvent être considérées comme des déterminants de la santé, au sens de la définition de l’OMS (2),(3). En effet, la pratique des APS participe au maintien et/ou à l’amélioration de la santé, telle que définie par l’OMS (1). Ainsi, ses effets concernent à la fois la santé vis-à-vis de la prévention des maladies, mais l’activité physique agit également sur le bien-être des personnes et sur le lien social des publics qui la pratiquent (71),(72),(73). Nous avons choisi dans ce travail de ne pas détailler les bénéfices pour la santé associés à la pratique du sport-santé pour chaque type de public (personnes atteintes de maladies chroniques et/ou d’Affections de Longue Durée (ALD), publics mineurs, personnes âgées...), mais nous souhaitions préciser que ceux-ci ont été mentionnés par l’ensemble des acteurs rencontrés en tant que motivation majeure pour intégrer le champ du sport-santé dans leur pratique professionnelle. L’activité physique a ainsi été citée comme un bienfait pour la santé physique des personnes, mais aussi pour leur santé mentale et pour le lien social associé à sa pratique, notamment lorsqu’elle est réalisée en groupe, comme c’est le cas au sein du dispositif PEPS (32). De même, les acteurs ont largement cité les effets de l’inactivité physique (la non-atteinte des recommandations d’activité physique établies par l’OMS) et de la sédentarité en tant que facteurs de risques pour la santé (29),(64),(66),(74). Du point de vue des enjeux de santé, l’inactivité physique est à différencier de la notion de sédentarité. La HAS la définit en 2022, telle que : « *La sédentarité désigne toute période de faible dépense d’énergie pendant la veille, comme le temps passé en position assise, allongée ou couchée.* », ou encore la position debout en statique (62),(64).

Selon l’étude de Strain et al. publiée en juin 2024 en collaboration avec l’OMS, dans le monde, 31% des personnes (soit 1.8 milliards d’adultes) sont considérées comme inactives (62),(66),(74),(68),(70). Ce pourcentage a augmenté de 5 points entre 2010 et 2022 et pourrait atteindre les 35% d’ici 2030, si la tendance actuelle perdure.

Dans cette étude internationale, on observe également des différences importantes entre régions du monde et notamment en fonction des conditions socio-économiques des différents pays, qui participent aux facteurs déterminants de la santé des populations (2),(70). Selon l'Agence Nationale de Sécurité Sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses), en 2022, 9% des décès en France sont causés par l'inactivité physique (75),(76). L'insuffisance d'AP représente ainsi le 4^e facteur de risque comportemental de mortalité, soit environ 15 000 décès par an (77),(78). En 2018, le coût total de la sédentarité en France a été estimé à près de 17 milliards d'euros par an, dont 81% sont liés aux dépenses de santé (71),(79). Ainsi, « *investir pour une population plus active est devenu un enjeu économique et social majeur* » (Furrer P., 2020) (71).

Dans cette première partie, nous avons rappelé un ensemble de définitions propres au champ des APS, ainsi que les rôles de l'activité physique et de la sédentarité respectivement en tant que déterminant et que facteur de risque pour la santé. Ainsi, l'activité physique représente un enjeu de santé individuel, mais aussi un enjeu de santé publique majeur, comprenant des influences politiques, économiques et sociales importantes pour tous et toutes. Cependant, des inégalités existent concernant la pratique de l'AP, notamment entre publics et entre lieux de vie. Afin d'inscrire l'activité physique en tant que priorité pour les politiques publiques en 2024, le gouvernement a décidé de faire de l'AP la « Grande Cause Nationale », permettant de promouvoir sa pratique tout au long de l'année (71),(80),(81). A cette occasion, le sport-santé connaît également un fort essor (82). Afin de comprendre comment ce champ a émergé et ce qu'il comprend, nous allons à présent définir les cadres historique et législatif du sport-santé en France.

B) Contexte historique et législatif du sport-santé en France

1. **Eléments historiques relatifs au sport-santé en France**

Le concept de « sport-santé », bien que récemment structuré dans Le Monde, à partir des années 1990 et selon différentes initiatives internationales, mobilise des enjeux de santé publique propres à l'activité physique évoqués depuis la fin du XIX^e siècle (79),(83). En effet, comme évoqué dans l'ouvrage de socio-histoire *Le sport au secours de la santé* (2021), dans l'histoire du sport comme dans celle de la santé publique (et de l'hygiène), les rapprochements entre la pratique d'AP et la « *vie quotidienne orientée dans le sens de la santé* » sont faits depuis les années 1885 et même précédemment (84). A la suite de différents mouvements et courants propres à l'histoire de la santé publique tout au long des XIX^e et XX^e siècles, un « *retour vers les préoccupations d'hygiène de vie* » est observé à partir des années 1980, permettant le développement et la structuration du champ du sport-santé tel que nous le connaissons actuellement (79),(83).

Ces liens sont notamment dus à un changement de prisme réalisé au sein des politiques de santé publique en France, portant sur la responsabilité personnelle des individus quant à « *la valorisation de l'hygiène privée* » dans leurs modes de vie (83),(85). L'adoption de ces comportements individuels est tout d'abord encouragée à travers quelques campagnes médiatiques orientées sur la pratique d'activité physique, au cours des années 1970 à 1980. Puis, à partir des années 2000, l'investissement dans l'éducation pour la santé à travers « l'éducation physique » prend un nouvel essor. L'orientation de cette politique est alors articulée au moyen de plusieurs plans de santé publique (83). Différentes formes de pratiques en découlent, notamment dans le milieu scolaire.

C'est également dans cette dynamique que se structure le sport-santé en France. Aujourd'hui, le « sport-santé », rapprochant les pratiques d'APS et la santé au sens large, représente un champ à part entière et fait des ponts entre deux institutions différentes, ancrées dans des cultures historiquement distinctes, voire opposées (83),(85),(86). En effet, malgré le scepticisme de certains acteurs de la santé quant à l'investissement des professionnels du sport dans la construction du sport-santé, la dynamique actuelle repose sur une politique publique plus durable que dans le passé et sur un réseau d'acteurs et d'institutions plus vaste, qui est actuellement toujours en pleine expansion (85),(86). De plus, l'évolution croissante des données scientifiques concernant les bénéfices de l'AP sur la santé globale a participé à la progression de la place des APS au sein du champ de la santé et notamment à les faire reconnaître en tant que thérapeutiques non-médicamenteuses pour les personnes atteintes de maladies chroniques, selon la HAS en 2011 (29),(30),(71),(85). Le sport-santé en tant que politique publique apparaît en France au cours des années 2000 et sa labellisation plus spécifique vers les années 2010 (85). Historiquement, la pratique du sport-santé apparaît dans le premier Plan National Nutrition Santé (PNNS) de 2001-2004 et concerne les publics jeunes et adultes, dans un objectif d'adoption d'un mode de vie sain et de lutte contre l'obésité (85),(87). Puis, cette pratique est étendue aux personnes âgées et aux publics atteints d'ALD, notamment dans un but d'inscription du sport-santé dans le parcours de soins des patients (85). C'est cet élargissement qui permet de définir la notion de « sport sur ordonnance », dont le public-cible a progressivement évolué avec la législation.

2. Cadre législatif français relatif au sport-santé et au sport sur ordonnance

Historiquement, le cadre réglementaire du sport sur ordonnance est entré en vigueur en 2017 (suite à la loi du 26 janvier 2016). Une instruction interministérielle a été publiée la même année, afin de le déployer sur le territoire national, impliquant les ARS, sous la tutelle du ministère de la Santé, le ministère de l'Education Nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche et le ministère de la Jeunesse et des Sports (26),(88),(89).

Les objectifs visés par cette instruction étaient : le recensement des offres locales d'APS et d'APA sur les territoires, ainsi que la structuration progressive de ces offres de manière formalisée, la mobilisation de financements pour favoriser le développement de cette offre et enfin la communication auprès des médecins traitants et des patients quant au dispositif et à l'offre existante. Et c'est donc à partir de 2017 et suite à ce cadre législatif et réglementaire que différentes initiatives régionales en termes de dispositifs de sport sur ordonnance et de réseaux de sport-santé ont émergé en France, comme le dispositif Prescri'Mouv (Grand Est), Prescri'Forme en Ile-de-France, ou encore le « PEPS » en Nouvelle-Aquitaine (24),(75),(89),(90),(91),(92). En 2019, le programme des « Maisons Sport-Santé » (MSS) a également été créé, sur une initiative du ministères des Sports et des Jeux Olympiques et Paralympiques et du ministère des Solidarités et de la Santé, dans un objectif de maillage en sport-santé du territoire national, complémentaire aux dispositifs régionaux de sport sur ordonnance déjà existants (75),(89),(93).

Après plusieurs années de développement de ces différents dispositifs, le cadre législatif a évolué en 2022, permettant d'élargir le public ciblé par la prescription d'activité physique adaptée. En effet, la loi n° 2022-296 du 2 mars 2022 visant à démocratiser le sport en France, puis le décret n° 2023-235 du 30 mars 2023 fixant la liste des maladies chroniques, des facteurs de risque et des situations de perte d'autonomie ouvrant droit à la prescription d'APA ont fait évoluer son recours, en élargissant la liste des personnes concernées par sa prescription, au-delà des seuls patients atteints d'ALD (94),(95). Ainsi, les personnes atteintes de : « *maladies chroniques ayant un retentissement sur la vie quotidienne* » ; « *facteurs de risque tels qu'une condition, une pathologie ou un comportement augmentant la probabilité de développer ou d'aggraver une maladie ou bien de souffrir d'un traumatisme, notamment le surpoids, l'obésité, l'hypertension artérielle, la dénutrition, la sédentarité, les dyslipidémies, et les conduites addictives* » et de « *situations de perte d'autonomie dues au handicap ou au vieillissement* » sont à présent également considérées comme un public-cible de la prescription d'APA, depuis le décret de mars 2023 (95). De plus, au-delà du seul médecin traitant, l'ensemble des médecins généralistes et spécialistes sont ainsi concernés par la prescription d'activité physique à des fins de santé.

Ainsi, le sport sur ordonnance existe suite à différentes initiatives locales construites depuis les années 2010, mais il a connu un cadrage législatif plus structuré à partir de 2016. En termes de publics, il est donc important de mentionner que dès le départ (*cf. Introduction*), le public ciblé par le PEPS avait été réfléchi plus largement que dans le cadre législatif établi en 2016 (28),(26). Ce choix a été effectué par les institutions porteuses dans l'objectif d'accompagner les personnes de manière plus large dans leur parcours de vie et de soins, tel que cela a été décrit ensuite dans le décret n° 2023-235 du 30 mars 2023 (95).

C) Evolutions relatives à la structuration du « PEPS »

1. Structuration initiale du dispositif PEPS

Bien que nous ayons déjà évoqué le fonctionnement du PEPS en introduction, nous souhaitions revenir sur le contexte de sa structuration initiale et de l'évolution progressive du dispositif, jusqu'à son fonctionnement actuel. Ainsi, c'est à la suite de la fusion des 3 ex-régions et à la loi de 2016 précédemment citée que le dispositif a été réfléchi (26),(24),(41). Selon la législation évoquée dans la partie précédente, ce dispositif constitue donc la structuration du dispositif de sport sur ordonnance élaboré à l'initiative de la récente « grande région » Nouvelle-Aquitaine. A ce titre, son objectif est de « *répondre aux évolutions législatives et aux directives nationales visant à développer et à accompagner la prescription d'activité physique à des fins thérapeutiques.* » (31).

Afin de construire ce dispositif, l'ensemble des initiatives préexistantes dans les trois ex-régions du territoire ont été étudiées (Limousin Sport Santé, Prescri'Mouv en Vienne et Réseau Sport Santé 24 en Dordogne) et différents groupes de travail ont été mis en œuvre entre les trois institutions porteuses (ARS, DRAJES et Conseil régional de NA) du dispositif, pour construire un programme commun à toute la région, basé sur les atouts de ses dynamiques locales (31),(96),(97). Menés avec le soutien d'une association nommée « EfFORMip », en lien avec les acteurs de chacun des départements de la région et en partenariat avec différentes instances, comme l'Union Régionale des Professionnels de Santé des Médecins Libéraux de Nouvelle-Aquitaine (URPS ML NA), ces travaux ont permis d'aboutir à un cadre opérationnel et à une stratégie de déploiement du PEPS sur l'ensemble de la région Nouvelle-Aquitaine (31). Ce déploiement a été mené à partir de la fin d'année 2019. Les trois institutions porteuses du PEPS forment ainsi depuis 2019 un COmité de PIlotage (COPIL), chargé de définir les orientations, de financer et de contrôler la mise en œuvre des actions du dispositif au niveau régional (31). La coordination du PEPS est quant à elle effectuée à la fois au niveau régional (par efFORMip) et au niveau départemental, par les coordinateurs et coordinatrices cités en introduction (97).

2. Evolution du dispositif « PEPS 2.0 »

Suite à son déploiement initial en 2019 et malgré certaines problématiques rencontrées en lien avec la crise sanitaire de la Covid-19, le PEPS s'est développé de façon opérationnelle dans l'intégralité des territoires de la région et connaît une montée en charge importante depuis ces trois dernières années. Ainsi, une évaluation du dispositif a été mise en œuvre durant l'année 2022, pour réaliser un état des lieux relatif au fonctionnement du dispositif, ainsi qu'à ses éventuelles évolutions possibles (31).

A l'issue de ce diagnostic, un constat a été fait : les acteurs réalisant la coordination et la mise en œuvre du dispositif au niveau territorial (coordinateurs départementaux du PEPS et professionnels dispensant les séances de sport sur ordonnance) rencontraient des difficultés à répondre à l'ensemble des demandes de prises en charge des bénéficiaires, qui augmentait progressivement. Des groupes de travail ont alors été constitués afin de faire évoluer le dispositif dans sa version « PEPS 2.0 ». Un maillon supplémentaire a ainsi été créé pour fluidifier le parcours du bénéficiaire dans le dispositif : les « centres PEPS ». Ces « centres PEPS » sont constitués d'une plateforme d'évaluation de proximité pour les bénéficiaires et d'un programme passerelle, avec un maillage minimal d'un centre par Etablissement Public de Coopération Intercommunal (EPCI). À titre d'exemple, en Gironde, 28 centres sont prévus d'ici 2026 pour soulager les deux coordonnatrices en fluidifiant le parcours en termes d'évaluation et d'orientation des bénéficiaires dans le dispositif. Du point de vue du financement du dispositif, ce sont ces centres PEPS qui sont prioritaires par rapport aux activités « Déclic » et « Elan ». Enfin, depuis 2022, trois publics « cœurs de cible » ont été définis au sein du dispositif. Ces publics sont explicités *en annexe 5* de ce travail. A l'issue de cette réflexion collective, la mise en œuvre du maillage territorial des « centres PEPS » et autour des trois « cœur de cible » est en cours de développement depuis fin 2022 dans les différents départements de Nouvelle-Aquitaine.

D) Liens entre PEPS et Maisons Sport-Santé (MSS) en Nouvelle-Aquitaine

Les Maisons Sport-Santé (MSS) ont été créées en 2019 suite à un Appel A Projets (AAP) national lancé par les ministère des Sports et de la Santé, dans le cadre de la Stratégie Nationale Sport Santé (SNSS), présentée le 25 mars 2019 (98). Les MSS sont structurées en un réseau national et présentent une grande diversité de statuts : associations (sportives ou non), établissements de santé, collectivités territoriales, établissements publics, ou encore structures privées (75),(93). L'objectif des « 500 Maisons Sport-Santé » fixé par le Gouvernement pour la fin 2022 a été atteint (573 MSS en fin 2023) à l'issue de 4 AAP successifs, permettant la labellisation de ces structures sur le territoire métropolitain et en Outre-Mer (99). Les MSS représentent le « guichet unique » du sport-santé sur le territoire sur lequel elles sont implantées (25),(75),(93). Leur objectif est ainsi « *d'accueillir, d'orienter et d'accompagner les personnes souhaitant entreprendre ou reprendre une activité physique et sportive pour leur santé et leur bien-être, quels que soient leur âge et leurs aptitudes physiques.* » (75),(93),(99). Elles ont également pour rôle « *la mise en réseau et la formation des professionnels de santé, du social, du sport et de l'activité physique adaptée* » (94). Les maisons sport-santé ont donc pour cible un public plus large que celui du dispositif PEPS, puisqu'elles peuvent aussi recevoir une personne sans prescription,

et/ou qui souhaiterait se renseigner sur les pratiques sportives existantes dans sa localité, sans nécessairement qu'il s'agisse d'APA. Mais celles-ci ont aussi vocation à recenser l'offre existante sur leur territoire, afin d'orienter et de conseiller les publics de manière adaptée en fonction de leurs besoins. Cela concerne notamment les personnes atteintes d'ALD ou de maladies chroniques, qui représentent un public prioritaire pour le dispositif (75),(93). Ainsi, une articulation est cohérente entre le PEPS et les MSS en NA, car les deux dispositifs sont complémentaires dans leurs missions respectives.

De plus, il est obligatoire pour les MSS de se coordonner avec le dispositif régional de prescription d'APA (lorsqu'il existe) depuis la loi du 2 mars 2022, visant à démocratiser le sport en France (94). En effet, cette loi, ainsi que le décret du 8 mars 2023 relatif à l'habilitation des MSS et l'arrêté du 25 avril 2023 portant sur leur cahier des charges ont permis de faire reconnaître ces structures dans le CSP et de préciser leur rôle, afin de rendre le dispositif pérenne et harmonisé sur l'ensemble du territoire national (94),(99),(100),(101). Il est ainsi inscrit dans le cahier des charges sus-cité, que concernant les missions demandées aux MSS pour permettre leur habilitation : « *Dans le cas d'une prescription d'APA, l'accueil se fait en lien avec les prescripteurs d'APA, ainsi que le dispositif régional de prescription le cas échéant.* » (101). Les procédures d'habilitation sont ainsi menées depuis 2024 par l'autorité administrative représentée sur le territoire, que sont les ARS et DRAJES de chaque région (94),(100). De plus, différentes mesures de soutien du dispositif ont été annoncées par le gouvernement fin 2023, afin de renforcer le modèle économique et organisationnel des maisons sport-santé sur le territoire (99). Ainsi, ce sont en Nouvelle-Aquitaine les mêmes institutions qui s'occupent du pilotage du PEPS et de l'habilitation des maisons sport-santé, leur permettant un regard global sur l'offre existante et sur le maillage complémentaire représenté par ces deux dispositifs. De plus, les MSS peuvent représenter un échelon local de mise en œuvre du PEPS dans les territoires, quand le PEPS fait figure de « tête de réseau » départementale pour le sport sur ordonnance. Cette « *réponse de proximité aux besoins de la population* » apportée par les MSS et demandée pour leur habilitation constitue donc un levier supplémentaire de déploiement du réseau de sport-santé et de sport sur ordonnance en Nouvelle-Aquitaine (100).

Dans cette première partie, nous avons rassemblé des éléments terminologiques, scientifiques, historiques et législatifs qui permettent de comprendre plus en détail le fonctionnement des dispositifs PEPS et maisons sport-santé, ainsi que leur articulation en termes de cadre réglementaire, vis-à-vis des publics accueillis. Pour conclure cette revue de littérature, nous avons réalisé la frise chronologique *disponible en annexe 5*, qui résume les étapes composant l'historique et le cadre législatif du sport-santé et du sport sur ordonnance en lien avec les deux dispositifs présentés, en France et en Nouvelle-Aquitaine.

V. Les constats partagés par les acteurs du PEPS

A) Une coordination fonctionnelle entre les acteurs institutionnels...

Au cours de notre recueil de données, tous les représentants des institutions porteuses du PEPS que nous avons rencontrés ont partagé un constat. Celui-ci concerne l'organisation des institutions entre elles autour du pilotage du PEPS, qu'ils considèrent fonctionnelle. En effet, nous avons interrogé dans notre panel à la fois des professionnels de l'ARS NA et de l'institution Jeunesse et Sports à l'échelle du département de Gironde (E3 - SDJES, E11 et E18 pour l'ARS). Pour ces trois acteurs, les institutions pilotées respectivement par les ministères de la Santé et des Sports ont trouvé sur le territoire Néo-Aquitain un équilibre commun, qui participe à la fluidité de fonctionnement du PEPS dans la région, ainsi qu'en Gironde : « *Le partenariat qui a été mis en place, les organes de pilotage, l'organisation, la structuration, ça c'était bien. [...] Parce que, chacun est différent, mais je pars du principe qu'on est plus intelligents à plusieurs.* » (E3, SDJES).

Mais la collaboration institutionnelle actuelle a nécessité des efforts de construction d'une culture commune entre les champs de la santé et du sport, afin de se comprendre et d'adopter un langage commun (102). En effet, la création du sport-santé vers 1990 a mené à faire interagir les professionnels de la santé, de la santé publique et du monde sportif, qui jusque-là ont présenté à de nombreuses reprises depuis le XIXe siècle des divergences de points de vue en termes de « bonnes pratiques » sportives et de ses effets sur la santé des personnes (103). Concernant le monde sportif, la logique propre à ce tissu d'acteurs a d'abord été construite sur des objectifs de performance, à partir des années 1945 (104). A cette époque, le corps médical se montrait critique quant aux potentiels effets délétères que le sport de compétition pouvait avoir sur la santé physique des pratiquants, ainsi que sur la formation des professionnels du sport, qui ne comportait aucun bagage médical (103). Au fur et à mesure que les connaissances sur la pratique sécuritaire d'activité physique ont évolué dans la littérature scientifique et que des recommandations communément admises par les corps médicaux et sportifs ont été formulées, des liens institutionnels et politiques entre les professionnels de la santé et du sport se sont créés (103). Ainsi, quand le milieu sportif s'est approprié les principes du sport-santé à la fin du XXe siècle, ses professionnels ont dû adopter une logique nouvelle orientée sur la pratique de l'activité physique à des fins de santé et non plus dans une optique de compétition, ce que leurs formations et leurs modèles financiers n'avaient pas pleinement intégré à cette période. « *Un des premiers écueils, c'est que les assos sportives étaient dans une logique compétitive, ça reste vrai maintenant. Et il y avait l'idée de faire une place pour des activités non-compétitives, de loisirs, de bien-être et d'accompagnement aussi en termes de santé.* » (E19, ARS).

Le monde sportif est toujours actuellement en évolution concernant le champ de l'AP adaptée à des problématiques de santé, mais le Ministère des sports et l'université s'en sont progressivement emparés au cours des 30 dernières années (103). Ce constat est également fait par E3, de la SDJES de Gironde : « *Mais dans le champ sportif, oui il y a des retombées sur le sport-santé. Je pense notamment aux formations universitaires, aux formations des diplômes d'éducateurs sportifs, aux formations des fédés. Maintenant, toutes les fédés elles ont un programme sport-santé. [...] Voilà. Les choses ont évolué et elles évolueront encore. Avant on n'en avait pas autant, maintenant de plus en plus.* ».

En NA, le contexte institutionnel ayant permis l'émergence de cette politique correspond à un souhait commun de la part de l'ARS, de Jeunesse et Sports et du Conseil Régional de la « nouvelle » région, d'investir des moyens humains et financiers dans le sport sur ordonnance : « *Notre ancien directeur d'ARS était très pro-prévention, donc il était déjà très investi sur ces questions-là, peut-être plus que d'autres ARS. [...] C'est aussi une volonté de notre DG, donc ça, c'est spécifique à l'ex-Aquitaine, qui a aussi impulsé, influencé certaines politiques nationales sur des expérimentations.* » (E11, ARS). Côté Jeunesse et Sports également : « *Donc oui, le ministère, même si ce n'est pas le sujet principal, loin de là, a pris conscience de l'intérêt du sujet et s'est donné les moyens d'accompagner et de travailler avec le ministère de la Santé. Et ça c'est bien.* » (E3, SDJES).

En effet, bien que la fusion des ex-régions ait pu créer des tensions politiques : « *L'ARS Nouvelle-Aquitaine, il a fallu regrouper tous les services des ex-ARS. Ça a été compliqué. C'était des années de transition, 2016-2017, ça ne s'est pas mis en place en une année.* » (E11, ARS), cette fusion a également permis de s'enrichir des différentes initiatives locales créées à la suite de la loi de 2016 sur la démocratisation du sport en France, afin de réfléchir le dispositif PEPS en co-construction entre les institutions sur ce territoire. Lors des échanges et des groupes de travail qui ont été menés pour construire le dispositif PEPS entre 2017 et 2019, plusieurs désaccords ont été soulevés. Ceux-ci étaient évoqués notamment par les professionnels de la santé, concernant les qualifications nécessaires à l'encadrement des pratiques de sport sur ordonnance des bénéficiaires (différentes selon les créneaux « déclic », « élan » et « passerelle » : [annexe 1]), à propos du parcours du bénéficiaire dans le dispositif, ou encore politiquement, vis-à-vis de la structure responsable de la coordination régionale du PEPS : « *Tout ça, ça a été des choses qui ont été discutées, qui n'ont pas été simples. Par rapport à qui on labellise, qui on référence, qui on ne référence pas, quels critères on donne.* » (E11, ARS). Cependant, les acteurs interrogés retiennent un aboutissement du dispositif malgré ces désaccords et une coordination entre institutions qui a permis de surmonter les difficultés rencontrées : « *Mais malgré tout, on a toujours été unanimes sur les décisions prises. On a réussi à les prendre à chaque fois.* »

On est pas restés dans l'impasse. On a réussi à affronter les différentes zones de turbulences. Et ça, je trouve ça assez fort. » (E19, ARS). A la question du guide d'entretien (CAPS) (53) : « *Qu'avez-vous appris de cette action pour votre pratique professionnelle ?* », les réponses des trois acteurs décrivent la construction d'une culture commune, à travers des apprentissages d'un champ précédemment peu connu. « *Le volet sportif ne me parlait pas, ce n'était pas quelque-chose, initialement, de par mon parcours et mes appétences que je connaissais. J'ai appris ça au fil de mon poste. [...] Je sais l'importance de l'activité physique. Je ne mesurais pas avant d'être sur le sujet.* » (E11, ARS). « *Et c'est là où vraiment j'ai commencé, à découvrir véritablement ce sujet-là, à intégrer un certain nombre d'éléments de culture sportive, de ce monde sportif... Et de m'affiner sur les connaissances liées à l'activité physique, la sédentarité, l'impact sur la santé.* » (E19, ARS).

Cette co-construction a en effet nécessité de réexpliciter certaines notions afin d'adopter un discours unifié entre ministères, dès la création du dispositif PEPS (102). « *On a vraiment cherché avec [...] Jeunesse et Sports à faire un travail d'acculturation de nos équipes perspectives.* » (E19, ARS). « *Après, comment co-construire tout ça ? Comment faire en sorte que les différents services puissent s'entendre ? Travailler en cohérence, écrire des procédures, des méthodo qui soient validées, acceptées. Je prends l'exemple des ministères des Sports et de la Santé. Pas évident, hein ? Il faut du temps.* » (E3).

Plusieurs années après son lancement, le PEPS bénéficie toujours de la bonne communication qui a été établie dès son démarrage par les acteurs institutionnels de l'ARS, Jeunesse et Sports et le Conseil Régional : « *Il y a presque une culture PEPS qui s'est développée.* » (E3, SDJES). Les acteurs explicitent également les liens établis et leur plaisir à travailler ensemble : « *Et après, humainement, humainement vraiment, à tous points de vue, hyper riche.* » (E19, ARS). Ce constat n'est pas forcément valable dans tous les territoires, concernant des dispositifs régionaux similaires au PEPS : « *Je sais qu'il y a des dispositifs semblables dans d'autres régions, mais qui ne sont pas aussi déployés que le dispositif PEPS.* » (E1, professionnel du sport). Cela peut être expliqué par des dynamiques institutionnelles et interpersonnelles locales, mais également par les freins historiques explicités précédemment, en termes d'interconnaissance et de culture commune entre les acteurs du sport et de la santé en France (103),(105). Par conséquent, cette organisation en Gironde a été mentionnée à plusieurs reprises comme un levier important de fonctionnement du PEPS, à la fois par les institutions elles-mêmes et par les acteurs de terrain qui les côtoient : « *En Gironde, on a quand-même des représentants qui sont là pour dire : « Le sport sur ordonnance, voilà c'est cadre. » Donc ça donne vraiment une légitimité aux personnes qui se référencent dans le dispositif.* » (E5, professionnel du sport).

B) ...Mais un manque global de moyens financiers qui freine le développement du sport-santé et du sport sur ordonnance en France

Concernant les constats organisationnels partagés par les acteurs, si le fonctionnement commun des institutions est valorisé, selon eux, le dispositif PEPS et l'ensemble du champ plus large que représente le sport-santé ne sont pas assez soutenus financièrement pour leur assurer un fonctionnement optimal, à l'échelle nationale comme locale. « *Avec plus de budget, il y a des acteurs qui pourraient faire des choses. [...] Parce que, sans financement, de toute façon, à un moment, on sera bloqués, ça c'est sûr.* » (E17, professionnel du sport).

Lors de la co-construction initiale du dispositif PEPS par les trois institutions porteuses, des moyens humains, matériels et financiers ont été mis en œuvre : des groupes de travail entre partenaires ont été animés pour réfléchir au cadrage du dispositif, un site internet et une cartographie en ligne ont été créés par l'association EfFORMip et des postes de coordinateur.ice.s ont été ouverts pour chaque département de la région : « *Il y a beaucoup de choses qui se sont faites. Parce qu'on a financé ces postes de coordos qui n'existaient pas et [...] ça a demandé quand-même des moyens financiers à l'ARS importants depuis 2016, [...] au niveau régional pour tout cet outillage, cette mise en œuvre.* » (E11, ARS).

Cependant, au fur et à mesure de la montée en charge du dispositif entre son déploiement en 2019 et son fonctionnement actuel, les acteurs de terrain, mais également les institutions ont progressivement constaté que le manque de moyens financiers alloués au dispositif constituait un frein important à son maillage dans chacun de ses territoires d'implantation. En effet, l'un des acteurs nous mentionne qu'en Gironde, les structures associatives de petite taille ne peuvent s'investir dans le champ du sport sur ordonnance si un soutien financier ne leur est pas attribué pour ce faire : « *La plus grosse difficulté pour les structures, c'est qu'il n'y a quasiment plus d'appels à projets pour développer des créneaux. [...] En fait, toutes les demandes de subvention, c'est pour développer des centres PEPS. Mais c'est tout. Pour les structures référencées, qui proposent du sport sur ordonnance et qui ne vont pas aller sur du centre d'évaluation parce que c'est pas leur rôle, là, il y a très peu d'aides...* » (E5, professionnel du sport). En effet, le financement actuel du PEPS ne peut être attribué que pour le développement d'un « centre PEPS », tel que réfléchi à l'issue de l'évaluation du dispositif en 2022 (31). Cependant, les professionnels qui pourraient s'investir uniquement à hauteur d'un programme « déclic » ou « élan » [annexe 1] ne peuvent pratiquement pas obtenir de financements pour ce faire, ce qui les pousse parfois à renoncer au référencement de leur activité dans le dispositif et qui constitue une limite au déploiement du PEPS dans l'ensemble du département.

Les acteurs déplorent également un soutien financier insuffisant pour couvrir le temps nécessaire à la réalisation de bilans initiaux et de suivis des bénéficiaires, sur les plans des tests réalisés et du temps administratif nécessaire à leur retranscription. « *Les financements, à chaque fois, c'est que pour l'animation de séances. Mais il nous demandent de faire des suivis, des bilans, eh bien à un moment donné, ce n'est pas possible si on ne nous donne pas des sous pour le faire* ». (E2, professionnel du sport). Ce constat avait déjà été souligné lors de l'évaluation du dispositif en 2022, ce qui avait mené à la décision de prioriser le financement des centres PEPS pour pallier cette situation (31). Cependant, pour encadrer une activité « passerelle », les professionnels doivent justifier d'une licence en APA (souvent associée à un niveau Master 2) ou d'un diplôme d'état de masso-kinésithérapie, ainsi que d'une carte professionnelle (105),(106). Ces deux diplômes impliquent ainsi des grilles de rémunération associées à ce niveau Master 2. En prenant en compte le fait que « *Les bilans, c'est souvent entre 30 et 45 minutes, avec un entretien individuel... Et ça, c'est de la qualité, c'est hyper important.* » (E10, Sud Gironde), les structures sportives rencontrent des difficultés à réaliser tous les bilans des bénéficiaires qui se présentent, faute de moyens suffisants pour financer le temps dédié des professionnels du sport ou de la santé pour ce faire : « *Et financièrement, les structures, avec des enseignants APA, [...] qui ont des tarifs horaires importants, eh bien les financements proposés ne sont pas assez hauts.* » (E5, professionnel du sport).

Ce constat est également partagé par des acteurs du sport-santé à l'échelle d'autres régions ou au national. L'une des conférences animée par le réseau « Sport santé Hauts de France » en début d'année 2024 porte par exemple spécifiquement sur le sujet du modèle économique du sport-santé et propose des leviers permettant d'assurer plus de stabilité financière aux acteurs, ce qui représente pour eux un frein, comme en témoignent plusieurs structures présentes (107). La problématique est également mentionnée dans les rapports portant sur les Maisons Sport-Santé (MSS), tel que celui publié par l'Institut National de la Jeunesse et de l'Education Populaire (INJEP) en 2022 (105),(106). Dans ce document, ce sont les coordinateurs et coordinatrices des MSS qui constatent également un manque de moyens financiers, faisant défaut au déploiement de leurs structures. Les ateliers du PEPS étant fréquemment portés par des MSS (quel qu'en soit le statut juridique) dans le département, les problématiques d'équilibre financier relatives au champ du sport-santé s'appliquent également à celui du sport sur ordonnance pour le dispositif PEPS en Gironde. « *Après, il faut que chaque territoire ait les moyens de ses ambitions... Cette année, il y a eu un fléchage de financement sur les maisons sport-santé, finalement, qui contribue au PEPS. Donc ça, c'est un levier qui fait que justement on peut davantage déployer le dispositif. Je pense que déjà, si on avait des crédits sécurisés sur ça, ça nous aiderait à essaimer mieux.* » (E11, ARS).

Dans la littérature scientifique, le sujet de la stabilité du modèle économique associé aux politiques publiques de sport-santé avait déjà été soulevé pour la France en 2018, par Ungureanu et al. (108). Dans cet article, un outil d'analyse développé par l'OMS et spécifique à l'AP (le « *Health Enhancing Physical Activity Policy Analysis Tool* » – HEPA PAT) avait été utilisé, afin d'évaluer la qualité des politiques nationales relatives à cette thématique. L'une des conclusions principales des auteurs concernait alors le manque de financements durables alloués à la promotion de l'activité physique en France, ainsi qu'un « *manque de vision à long terme et d'une stratégie unifiée l'accompagnant* » (108).

Un second point soulevé notamment par les acteurs de terrain concerne la difficulté des bénéficiaires à s'investir dans la pratique du sport-santé pour des raisons financières. En effet, le public concerné par le PEPS présente déjà dans son quotidien soit un ou des facteur(s) de risques pour la santé, soit une maladie chronique (ALD ou non) (94). Par conséquent et parce que l'APA est une thérapeutique non-médicamenteuse, certains acteurs, comme les bénéficiaires, ne comprennent pas pourquoi sa pratique ne peut être prise en charge par l'Assurance Maladie (28),(105). « *Après, la limite, quand-même, ça reste qu'on parle de prescription et qu'il n'y a pas de remboursement derrière.* » (E2, professionnel du sport). L'une des raisons associée à cette incompréhension provient de l'habitude des français de bénéficier d'un remboursement de leurs prises en soins : « *On est dans un pays où on est habitués à s'appuyer sur la sécu, donc dans l'esprit des gens, si ce n'est pas remboursé, je ne me soigne pas.* » (E3, SDJES). Ce constat est également retrouvé dans la littérature portant sur les MSS (105),(106). De plus, les bénéficiaires les plus précaires, qui représentent pourtant un public prioritaire selon la législation, ne peuvent parfois tout simplement pas payer le reste à charge demandé par la structure sportive, ce qui les conduit à renoncer au dispositif : « *Au final aussi, la précarité financière des bénéficiaires. Par exemple, j'ai eu un monsieur ce matin que je voulais orienter sur un créneau qui est à 160 euros l'année. Donc tu te dis, c'est quand-même hyper accessible. Et lui, il me dit, c'est beaucoup quoi. Et le problème, c'est que les structures, elles ne vont pas pouvoir non plus brader leurs séances.* » (E5, professionnel du sport) (94),(105),(106). Les acteurs relèvent ainsi la nécessité d'investir plus de moyens dans le dispositif, de façon à permettre l'inclusion de tous : « *Il faudrait qu'il y ait une politique nationale un peu plus investie, et pas que locale. Parce qu'après, il y a des disparités. On creuse les inégalités sociales aussi, sur les territoires.* » (E11, ARS).

Pour ces raisons, certains acteurs considèrent que leur engagement représente une certaine forme de plaidoyer pour le remboursement futur de ces activités en tant que thérapeutique non-médicamenteuse, comme cela a été validé scientifiquement et dans un objectif d'accessibilité accrue pour tous et toutes à cette thérapeutique en France (106).

En conclusion, le fonctionnement du PEPS est conditionné par l'investissement de financements, qui sont à la fois nécessaires aux structures sportives de proximité pour s'investir dans le dispositif, pour permettre à des professionnels qualifiés d'être rémunérés pour leur travail et pour donner accès à tous à l'APA. Cette problématique a également été mentionnée dans d'autres régions et dans une analyse nationale des politiques publiques, représentant toujours un frein majeur dans le développement du sport-santé en France.

C) Les coordinatrices du PEPS en tant que pilier de l'animation du dispositif...

Nous avons précédemment identifié deux points qui relèvent des dimensions politique et économique du sport-santé en France. Un autre élément a été évoqué par la grande majorité des acteurs en tant que levier pour le fonctionnement du PEPS : il s'agit du rôle des deux coordinatrices départementales du dispositif. En effet, la Gironde est dotée de deux postes à temps plein pour ce faire, ce qui est une spécificité du territoire, du fait de sa taille (31). Les coordinatrices ont pour missions d'accompagner le suivi des patients, d'animer et de faire grandir le réseau d'acteurs à toutes les étapes du parcours du bénéficiaire pour l'ensemble du département, d'aider ces acteurs dans l'organisation pérenne et dans le financement des créneaux organisés, ainsi que de former et de sensibiliser les professionnels du sport, de la santé et tous les acteurs intervenant dans le PEPS à travers des évènements publics et des réunions d'informations. Ces missions sont accompagnées par une instance territoriale Sport Santé Bien-Être (SSBE), présidée par l'ARS et par la SDJES du département, ainsi que par le COPIL régional.

Vis-à-vis de l'accomplissement de ces missions, les acteurs interrogés sont unanimes sur le fait que des moyens humains dédiés à l'animation du dispositif représentent un atout majeur pour le bon fonctionnement du dispositif. « *Les atouts du PEPS... Déjà la chance qu'on ait deux coordonnatrices pour le département, parce que je sais qu'à côté c'est pas forcément le cas.* » (E1, professionnel du sport). « *C'est quelqu'un d'assez central et un peu pilier de cette organisation, parce qu'il y a beaucoup de choses qui reposent sur lui et je pense qu'il y a beaucoup d'acteurs et de communications entre les gens qui reposent sur lui aussi.* » (E15, professionnel du sport). Par ailleurs, le rôle des coordinateurs avait déjà été mentionné dans l'évaluation du PEPS réalisée en 2022 parmi les forces du dispositif à toutes les étapes du parcours du bénéficiaire (31). L'un des acteurs, qui a exercé en région Ile-De-France, compare notamment le fonctionnement du PEPS à « Prescri'Forme », qui représente le dispositif de cette région : « *Prescri'Forme, je n'avais jamais eu de lien avec la coordonnatrice. D'ailleurs, je ne sais pas si il y en a une. J'utilisais vraiment leur site, mais je n'avais pas du tout ce lien humain.* » (E17, professionnel du sport) (91).

En effet, pour lui, il existe une réelle plus-value à ce qu'un référent anime le réseau d'acteurs du territoire, par rapport à un service uniquement basé sur le référencement des offres existantes via une plateforme en ligne : « *Elles ont l'expérience terrain. Donc je pense que sans elles, ce n'est plus la même chose.* ». Parmi les atouts mentionnés, la dimension « humaine » et les liens interpersonnels entretenus par les coordinatrices sont évoqués, ainsi que leur disponibilité auprès des patients : « *Je pense que la communication est plutôt facile directement avec les bénéficiaires.* » (E15, professionnel du sport).

Mais au-delà de la dimension humaine, leur soutien pour le développement des activités du PEPS et pour l'organisation d'évènements est également relevé à plusieurs reprises : « *Quand on a besoin, elles sont disponibles.* » (E13, collectivité). « *Elles viennent aux forums, elles participent aux réunions. Si on a un projet, on peut s'appuyer sur elles. C'est vraiment intéressant de travailler avec elles et d'être dans le partage.* » (E17). Les acteurs de terrain explicitent tous le fait que lorsqu'ils ont une incertitude technique ou logistique à propos du dispositif, ils savent qu'ils peuvent compter sur la disponibilité des coordinatrices pour les aider à ce propos. A titre d'exemple et avec le soutien des institutions porteuses, les acteurs des maisons sport-santé et du PEPS se coordonnent progressivement sur le territoire pour adopter le même logiciel (appelé SAPA : « la Santé par l'Activité Physique Adaptée »), afin de maximiser le partage sécurisé d'informations des bénéficiaires entre les deux dispositifs (109). « *Les centres PEPS [seront] tous sur SAPA, pour qu'ils aient toutes le même schéma de fonctionnement.* » (E5, professionnel du sport). Ce système d'informations partagé est également apprécié par les professionnels, malgré quelques « bugs » à améliorer encore sur SAPA : « *La transmission de bénéficiaires je trouve qu'elle est fluide, notamment via le logiciel métier qui est bien en place et qui commence à être bien installé.* » (E1, professionnel du sport). « *On me donne toutes les informations. Il y a la prescription, enfin, tout est déjà fait. Le retour est très simple à faire aussi. Elles gèrent tout derrière, les coordinatrices. Au niveau du suivi, c'est très bien quoi.* » (E7, professionnel du sport). Mais les cahiers des charges étant distincts entre PEPS et MSS, les échéances prévues pour la réalisation des bilans (initiaux et suivis) étaient initialement différentes. « *Et donc là, les filles ont été réactives, elles ont aligné le protocole PEPS sur les protocoles MSS.* » (E2, professionnel du sport).

Du côté des acteurs institutionnels, le lien avec les coordinatrices est également régulier et de bonne qualité, ce qui permet des échanges fluides et transparents : « *On a des coordos super engagés et ça se voit.* » (E19, ARS). « *On les sent très investies et impliquées, presque d'un point de vue identitaire. Elles sont attachées à leur mission. Elles ne font pas ça pour gagner leur salaire, mais parce qu'elles y croient !* » (E3, SDJES). Pour les institutions, ce lien permet d'avoir un retour de la mise en œuvre du PEPS sur « le terrain ».

Et pour les coordinatrices, c'est une occasion de faire remonter les besoins de la part des acteurs du sport sur ordonnance, afin de participer à l'évolution continue du dispositif au fur et à mesure des difficultés exprimées : « *Je pense que c'est toute la plus-value du PEPS, ce lien avec l'ARS, la DRAJES, que nous, forcément, on a un petit peu moins, en tous cas, avec moindre d'impact. [...] Enfin, les filles du PEPS ont débloqué beaucoup de choses qu'on essayait de mettre en place.* » (E2, professionnel du sport).

L'excès de charge de travail associé aux postes de coordinateurs constitue cependant une limite, qui avait déjà été pointée par l'évaluation du PEPS communément à toute la région (31). En effet, si les acteurs reconnaissent la qualité et la quantité du travail fourni par les deux coordinatrices, ils mentionnent également la « *question des ressources humaines. Elles sont deux. Elles ne peuvent pas être partout.* » (E18, DAC'33). Le nombre de missions associé au poste est important et le temps de déplacements, ainsi que la charge administrative associée est conséquente : « *Les coordos sont débordés. Par contre, ça montre tout le travail qu'ils ont engagé.* » (E19, ARS). A l'issue de l'évaluation quantitative du PEPS, l'allègement de leur charge de travail avait été réfléchi à travers le développement des centres PEPS, permettant de réaliser à proximité du lieu d'habitation des bénéficiaires des évaluations de condition physique et de limiter cette charge administrative (31). « *Ce qui est difficile, c'est qu'elles sont deux pour un énorme territoire. Donc je pense que c'est bien qu'elles aient des relais sur chacun des territoire et qu'elles soient là pour travailler la dynamique d'ensemble.* » (E2, professionnel du sport).

En conclusion, les acteurs interrogés considèrent que les missions des coordinatrices sont nécessaires au bon fonctionnement du dispositif, que celles-ci sont bien réalisées et que le financement de deux postes est un levier fort pour le PEPS en Gironde, bien qu'un soutien supplémentaire soit encore à développer afin de limiter la charge de travail à terme.

D) ...Et un investissement différencié entre les mondes du sport et de la santé

Les coordinateurs du PEPS sont des professionnels de l'activité physique adaptée, détenteurs d'une licence 3 et d'un Master en APA, leur permettant de réaliser l'évaluation et d'encadrer les pratiques de tous types de publics en sport sur ordonnance (26),(28), (32),(105). Cependant, le parcours du bénéficiaire débute par une prescription médicale et dépend donc d'un contact avec le corps médical. De plus, les professionnels de la santé rééducateurs (kinésithérapeutes, ergothérapeutes et psychomotriciens) sont également également habilités à délivrer des séances d'APA du fait de leurs diplômes d'état (28),(32).

Lors de la construction du dispositif PEPS par les institutions en 2017, plusieurs partenaires ont été conviés aux échanges, notamment les URPS des Médecins Libéraux et des Masseur-kinésithérapeutes. Cependant, si les médecins ont contribué à la création d'outils pour le PEPS : « *il y avait beaucoup de dialogues avec l'URPS Médecins initialement, comme c'était la prescription par le médecin* », l'instance représentative des kinésithérapeutes a quant à elle formulé une opinion sur les qualifications des professionnels délivrant l'APA, mais a ensuite peu participé aux groupes de travail : « *l'URPS kiné, je crois que c'était un peu plus compliqué...* » (E11, ARS) (31). Dans nos entretiens, il a été mentionné à plusieurs reprises que les acteurs des institutions de santé travaillant pour le sport sur ordonnance avaient éprouvé des difficultés à comprendre les différentes filières de formation du monde sportif et les niveaux de qualifications en fonction des diplômes : « *On connaissait mal les professions d'enseignants en APA [...] et il faut dire aussi, à notre décharge, que les qualifications des encadrants, c'est tellement éclectique que c'est quand-même très peu visible.* » (E19, ARS) (102),(110). Ce manque de lisibilité a été dépassé par un effort d'interconnaissance au niveau institutionnel, mais cela a induit des freins lors de la construction du PEPS, notamment pour les URPS présentes. Cette difficulté en termes de culture commune est également mentionnée dans les freins concernant le fonctionnement des maisons sport-santé et dans les retours d'expérience des prescripteurs évoqués dans la littérature (96),(105),(106),(111).

Lors de la constitution du panel d'acteurs pour nos entretiens, nous avons tenté de maximiser la présence à la fois de professionnels du milieu sportif, mais également de la santé. Si cette répartition a pu être atteinte pour les institutions (ARS et Jeunesse et Sports), nous n'avons en revanche interrogé que deux médecins et un kinésithérapeute, contre 9 professionnels du sport. De plus, nous n'avons pas eu d'écho de psychomotriciens ou d'ergothérapeutes qui soient en lien avec le PEPS en Gironde, aussi ces professions sont absentes de notre panel. Nous n'avons pas directement questionné les professionnels sur les liens entre champs du sport et de la rééducation, mais sur les partenariats et les ressources externes des acteurs dans le PEPS : [annexe 2 : guide utilisé]. Ici encore, presque personne n'a mentionné de collaboration avec des professionnels de santé libéraux ou hospitaliers dans ce cadre, sauf un médecin, qui renvoie parfois les patients vers des kinésithérapeutes de ville dans son secteur (E16). Globalement, les professionnels de la santé hors des médecins semblent donc peu présents dans le dispositif.

Les professionnels du sport évoquent quant à eux à plusieurs reprises les difficultés qu'ils rencontrent à échanger avec les prescripteurs autour du parcours du bénéficiaire du PEPS : « *La difficulté qu'il y a encore aujourd'hui, c'est de sensibiliser les professionnels médicaux et les encourager à motiver, orienter les patients.* » (E9, professionnel du sport).

« Nous, c'est difficile d'avoir des médecins, ils ne répondent pas. Parfois, il faut avoir le bon contact aussi au bon moment. » (E17, professionnel du sport). De plus, bien que des efforts soient faits pour favoriser l'interopérabilité des logiciels métier des professionnels médicaux et du PEPS (notamment grâce à SAPA), les échanges de données ne sont pas toujours réalisés et les professionnels du sport déplorent notamment un manque régulier de retours d'informations de la part des médecins : *« Je vais peut-être avoir deux ou trois médecins qui vont me répondre. Mais ce n'est pas du tout la majorité. »* (E5, professionnel du sport). Ce constat est également fait dans la littérature portant sur les MSS (106).

Plusieurs éléments sont proposés par les acteurs pour expliciter la différence d'engagement entre les professionnels de la santé et ceux du monde sportif au sein du PEPS. Tout d'abord, la question de la connaissance même du dispositif est évoquée : *« Ce que je constate, c'est qu'effectivement on en parle assez peu. Ils ne savent pas. »* (E14, kinésithérapeute). *« On a assez peu de médecins qui le connaissent. Nous on a connu PEPS parce qu'on s'intéresse à ce qui est proposé, [...] mais on en a assez peu entendu parler et la prescription d'activité physique n'a pas l'air d'être un réflexe pour les partenaires avec lesquels on travaille aujourd'hui. »* (E18, DAC'33). De plus, la temporalité est évoquée par les acteurs comme un frein important pour l'engagement des soignants dans d'autres activités que la dimension clinique et curative de leurs métiers : *« Il y a une question de temps et d'organisation. [...] Enfin, il y a un vrai manque d'informations, de médecins, de kinés. Et puis après, une volonté. »* (E14, kinésithérapeute). *« Je me mets à la place de M. Tout-le-Monde qui va dans un cabinet médical, il voit son médecin généraliste qui est débordé, et c'est vrai que celui-ci n'a pas encore l'habitude, le réflexe, la connaissance... Il faut simplifier les démarches de façon à ce que ça puisse être fait par le généraliste. »* (E3, SDJES). Bien que le territoire girondin soit mieux pourvu en professionnels de santé que dans d'autres départements, cette densité de professionnels est inégalement répartie entre les territoires et reste selon certains acteurs insuffisante pour absorber la demande (48). Par conséquent, les soignants ne réussissent pas forcément à se dégager du temps à consacrer à des dispositifs comme le PEPS, ce que font les professionnels du sport (106).

De plus, comme évoqué précédemment, les professionnels de ces deux champs ne bénéficient pas forcément d'une bonne interconnaissance entre leurs formations et de leurs champs de compétences respectifs (110). Par exemple, le kinésithérapeute interrogé mentionne : *« J'ai fait une réunion avec pas-mal de mes confrères [...] et je leur ai dit, vous avez une salle, vous avez de quoi faire, occupez le terrain, parce que les professionnels du sport vont l'occuper à votre place. Et ça peut être à un moment ou un autre un peu embêtant. »* (E14). Cela témoigne qu'une certaine « concurrence » peut être ressentie entre des corps professionnels différents mais qui partagent des compétences communes

dans leurs métiers, notamment de la part des professionnels de la rééducation envers ceux du monde sportif (85),(89),(110),(112). De même et bien que cette tendance soit progressivement déconstruite, certains acteurs de la santé éprouvent encore une méfiance à confier leurs patients à des professionnels non-soignants : « *Disons qu'il y avait quand-même une réticence pour des professionnels de santé et y compris dans nos rangs, de se dire qu'on allait envoyer des patients vers quelqu'un qui n'était pas un kiné, au mieux un enseignant en APA, et ça maintenant je pense que c'est acquis pour nous.* » (E19, ARS). Cette limite peut être comprise à travers un prisme historique, le corps médical en France ayant déjà eu tendance à décrédibiliser les professionnels du monde sportif dans différents contextes, au profit par exemple des rééducateurs (85),(111). Les acteurs des maisons sport-santé relèvent également cette problématique, telle que citée dans le rapport de l'INJEP en 2022 et dans l'article de Bouttet et al. à ce sujet (89),(105),(106).

Du côté des professionnels du sport, *a contrario* des soignants, l'émergence du champ du sport-santé a globalement été perçue par le tissu fédéral et associatif comme une opportunité d'investir un « nouveau marché » et de faire pratiquer de nouvelles personnes (85),(103),(106),(112),(113). En effet, comme évoqué précédemment, les associations sportives ont historiquement été développées sur des objectifs de performance et financées par les résultats de leurs membres en compétition (112). Et c'est l'investissement dans cette dynamique nouvelle du sport-santé depuis les années 2010 qui a ainsi permis de développer des formations plus spécifiquement axées sur la pratique de l'activité physique orientée dans un objectif de prévention et de promotion de la santé en France et qui a également créé de l'emploi pour les professionnels du sport (85),(86),(103),(106).

En conclusion, le champ du sport-santé rassemble des compétences professionnelles diverses à différentes échelles et recouvre des enjeux politiques, économiques et organisationnels, ce qui appuie le dispositif PEPS en tant qu'intervention complexe en prévention et en promotion de la santé (5),(111). La collaboration d'acteurs issus de cultures professionnelles différentes peut représenter un frein au fonctionnement du dispositif et un axe d'amélioration de celui-ci, comme nous venons de le présenter entre professionnels de la santé et du secteur sportif. Cependant, bien que ces dynamiques doivent être encore soutenues à l'échelle des professionnels de terrain du territoire, celles-ci sont déjà en œuvre depuis plusieurs années au niveau institutionnel et à l'échelle de la coordination départementale du dispositif, ce qui constitue des atouts forts du fonctionnement du PEPS en Gironde. Après avoir analysé les constats communs à l'ensemble des acteurs interrogés, nous souhaitons à présent pointer les différences entre territoires infra-départementaux concernant l'implantation du PEPS en Gironde.

VI. Les éléments divergeant entre territoires

A) Des compréhensions différentes du dispositif PEPS entre les acteurs

Lors des entretiens réalisés, nous avons demandé aux acteurs de nous définir le dispositif PEPS avec leurs mots et selon leur compréhension personnelle [annexe 2 : guide utilisé]. Bien que les principes du dispositif soient énoncés par la grande majorité des professionnels, certains ont eu plus de difficultés que d'autres à expliciter de manière claire en quoi consistait le PEPS en pratique et comment fonctionnait le parcours des bénéficiaires sur le terrain. En effet, si dans certains territoires le dispositif est connu, bien saisi par les acteurs et que ceux-ci l'explicitent avec facilité, tels que le Barval, le Médoc, la métropole de Bordeaux ou encore la Haute-Gironde, nous remarquons par exemple que dans le Libournais, cette compréhension est moins évidente : « *MD : Déjà, premièrement, si vous deviez définir le PEPS avec vos mots, vous définiriez comment ce dispositif ? E6 : Ah c'est une bonne question, parce que moi-même, j'ai un peu du mal à comprendre, je ne vous cache pas.* » (E6, professionnel du sport, Libournais). Certains acteurs mentionnent également la difficulté de compréhension des différentes catégories d'activités en fonction des limitations fonctionnelles des bénéficiaires (Déclick, Elan et Passerelles) : « *Et pourtant, je me le suis fait expliquer plusieurs fois, Déclick, Elan. Même en formation, plusieurs fois, j'ai vu des présentations sur PEPS et je me note les trucs. Et malgré ça, j'y arrive pas, en fait. A distinguer...* » (E16, médecin, Barval). « *Alors c'est vrai qu'il a fallu qu'on m'explique plusieurs fois, pour bien comprendre ce que c'était, [...] au moins trois bonnes fois, globalement c'est les mêmes infos hein, mais pour bien bien comprendre, comment ça se passait, ce que c'était... Je pense que ça mérite vraiment d'être martelé en fait. Si on n'est pas dedans, on le voit jamais passer.* » (E13, collectivité, Sud Gironde). Ainsi, la compréhension du dispositif peut poser des difficultés à certains acteurs, qui en termes de profils représentent principalement des collectivités territoriales ou sont professionnels de santé. La différence qui se joue ici entre les acteurs correspond à une problématique de lisibilité entre les dispositifs, elle-même associée à une compréhension plus ou moins claire des différentes terminologies associées au champ du sport-santé.

1. Définitions et terminologie du sport-santé : confusion ou désaccords pour les professionnels comme pour les bénéficiaires

Lorsque nous avons défini les termes de sport-santé, de sport sur ordonnance, d'activité physique adaptée ou encore d'exercice physique à partir de la revue de littérature réalisée pour contextualiser ce travail, nous les avons présentés de la manière la plus différenciée et explicite possible, en tant que « consensus » établi par la littérature scientifique (62),(64).

Cependant, les retours des acteurs nous montrent bien que ces définitions ne sont pas aussi claires que cela a été présenté précédemment : « *Chacun d'entre nous a une définition différente du sport-santé, c'est très ambiguë... C'est un champ tellement large. Pour moi, le sport sur ordonnance, c'est un point très précis, ça concerne le sport suite à une ordonnance médicale.* » (E3, SDJES). « *On a cette appellation sport-santé avec le mot sport dedans. Donc, je pense que les gens ont encore cette image du sport trop intense, pas adaptée pour eux. Peut-être que les médecins aussi n'expliquent pas aussi bien l'activité qu'on propose. Mais c'est pas de leur faute hein, on leur a jamais vraiment bien expliqué.* » (E7, professionnel du sport). « *C'est un très gros frein, parce que déjà, le mot sport peut être un frein. [...] L'APA, il l'emploient au sens large. L'activité physique, Le sport, pareil. Ils confondent sport adapté et sport-santé. Donc c'est pas facile.* » (E17, professionnel du sport). Ces définitions recouvrent ainsi à la fois des enjeux scientifiques, législatifs, mais aussi réglementaires, concernant les niveaux de qualification des acteurs nécessaires pour encadrer les différents types de pratiques (28),(106),(112). « *Alors avant, c'était que maladies chroniques, ALD. Maintenant, on parle de personnes en perte d'autonomie, en situation de sédentarité élevée, etc. Donc c'est vrai qu'aujourd'hui, beaucoup, beaucoup, beaucoup de personnes peuvent avoir une prescription médicale.* » (E1, professionnel du sport, Bordeaux Métropole). En effet, l'évolution de la législation tend à rapprocher les champs du sport-santé et du sport sur ordonnance, ce qui peut participer à la mauvaise compréhension de certains des acteurs rencontrés (106).

Ainsi, nous pouvons noter qu'au-delà de la dimension territoriale marquant la différence entre les acteurs, ce sont également leurs statuts qui sont corrélés à la compréhension plus ou moins approfondie des différentes définitions recouvrant le champ du sport-santé. Il semble en effet que les acteurs disposant d'une formation initiale issue du milieu sportif explicitent plus clairement ces notions que les professionnels de la santé et de la santé publique. Cet argument rejoint ainsi la partie précédente concernant l'engagement différencié entre professionnels de la santé et du sport, selon des compréhensions de chacun.e, probablement liées aux formations initiales des acteurs questionnés (106).

De plus, certains professionnels, bien qu'ils se soient saisis des termes associés au champ du sport-santé, expriment leurs réticences à employer cette terminologie, qu'ils considèrent limitante pour la compréhension du grand public. En effet, les personnes éloignées de l'activité physique ont selon ces acteurs tendance à associer la terminologie « sport » avec une logique de compétition et de performance, encore majoritairement représentative de la pratique des clubs et du réseau associatif sportif en France : « *C'est vrai que bien souvent les gens, ils ont une définition du sport qui reste dans une logique peut-être trop compétitive, pratique sportive en club, fédéral, bon on a cette culture-là.* » (E3, SDJES).

Selon eux, cette appellation participerait donc à la confusion et aux représentations erronées pour des bénéficiaires. Dans une expérimentation menée en Bretagne auprès de personnes en situation de fragilité, la même problématique de terminologie avait été exprimée par les participants et avait suscité des échanges entre professionnels, afin de déconstruire ces représentations (114). En comparaison à l'échelle internationale, le terme « sport-santé » n'est d'ailleurs pas utilisé aux Etats-Unis, au profit de « *Exercice is a Medecine* » ou « *Physical Activity and Health* », les deux pays héritant d'histoires propres à la santé publique (et notamment à l'épidémiologie) différentes (103),(115).

Enfin, l'un des prescripteurs rencontrés exprime sa réticence initiale à adhérer aux principes du sport sur ordonnance du fait de la crainte de la dépendance du patient envers son médecin, induite par la prescription : « *Déjà, je n'étais pas d'accord avec le terme sport. [...] Pour moi, le mot sport sur ordonnance, c'était un non-sens. Parce que dans le sport, il y a de la blessure qu'il n'y a pas forcément dans l'activité physique. Par contre, alors activité physique, j'étais convaincu qu'il fallait en faire. Mais, ce qui m'a gêné, c'était l'obligation de faire l'ordonnance pour que les gens bougent. J'estimais que la population française était en capacité de faire sans prescription ! [...] Pas besoin de « procéder »... Après, j'entends qu'il y a certaines personnes qui en ont besoin. Mais pour moi, ça veut dire que j'ai raté quelque-chose et que je n'ai pas réussi à leur faire comprendre que c'était pour leur bien, pas juste pour les embêter ! (Rires)* » (E12, médecin, Barval). Selon lui, le fait de réaliser une démarche administrative spécifique pour inciter les personnes à adopter un comportement considéré comme « basique » pour leur santé est contre-productif vis-à-vis de l'autonomisation des patients dans l'entretien de leur santé globale. La littérature a déjà également mis en questionnement ce système de « prescription » (111).

2. Le PEPS et les MSS : des dispositifs complémentaires ou concurrentiels ?

Concernant les dispositifs PEPS et Maisons Sport-Santé (MSS), les acteurs présentent également des divergences dans leurs compréhensions et leurs avis. En effet, pour certains acteurs, le fonctionnement entre les deux dispositifs est décrit comme lisible et fluide : « *ça fait vraiment du lien du monde médical au monde du sport, de la santé avec différents niveaux et aux bénéficiaires. Et ça permet vraiment d'avoir une plateforme unique, pour faire ce lien entre toutes les personnes et éviter que les gens se perdent* » (E9, professionnel du sport, Gironde). Mais les acteurs de certains territoires, notamment les professionnels de santé, confondent PEPS et maisons sport-santé. Les acteurs rencontrés dans Sud Gironde expriment cette problématique vis-à-vis de leurs partenaires, les dispositifs étant en interaction dans presque tous les territoires de Gironde.

« *MD : Par rapport aux enjeux d'une maison sport-santé, le PEPS, avec vos mots, vous le définiriez comment, le dispositif en lui-même ? E10 : Alors pour moi hein, c'est... C'est le dispositif régional ! La différence, c'est la politique régionale. (Rires) MD : Oui, c'est les échelons plutôt.* » (E10, association, Sud Gironde). En effet, bien que les deux dispositifs aient vocation à se compléter, notamment en termes de publics accueillis (*Partie IV. C*), pour ces acteurs : « *Nous la limite, c'est que tout le monde est perdu, personne ne sait la différence. Pourquoi PEPS et pourquoi maison sport-santé ? Pourquoi un s'appelle tel nom et l'autre, un autre nom ? Il faut vraiment que les gens aient conscience que le réfèrent du sport-santé dans le Sud Gironde, c'est la maison sport-santé. Et le PEPS, c'est un outil de la maison sport-santé.* » (E4, professionnel du sport). « *Le point faible, ça pourrait être, alors pas pour nous mais plus pour le bénéficiaire, de savoir : « Vers qui je m'oriente ? » entre les deux.* » (E1, professionnel du sport, Bordeaux métropole). Historiquement et comme explicité dans la *frise disponible en annexe 5*, les deux dispositifs sont issus d'une succession de textes de loi à quelques années d'écart et ils comportent des missions proches, ayant pu conduire à une certaine « concurrence » entre eux pour les acteurs de terrain comme institutionnels, tel que décrit dans l'article de Bouthet et al. en 2023 (89).

Du fait des nombreuses terminologies employées, certains acteurs ont tendance à ne pas faire de différence entre les missions de l'un et de l'autre : « *Eh bah je ne sais pas le décrire, et c'est un de mes problèmes en fait !* » (E16, médecin, Barval). D'autres trouvent que la multiplication des dispositifs nuit encore une fois à la compréhension globale du fonctionnement du sport-santé pour les professionnels comme pour les bénéficiaires et sont favorables à leur « réunion » à terme, de manière à formuler un message clair et un parcours unique pour chacun.e : « *Même pour les professionnels, dans ce processus de sport-santé, je pense qu'ils ne comprennent pas non plus très bien le PEPS et la maison sport-santé. On parle de deux choses différentes alors qu'on fait de la même chose entre guillemets.* » (E4, professionnel du sport, Sud Gironde).

Concernant la répartition géographique des acteurs en fonction de leurs points de vue, nous pouvons noter que les plus à l'aise pour définir le dispositif PEPS et pour expliciter les différences et les liens que celui-ci recouvre avec les maisons sport-santé (de leur territoire ou non) exercent dans des zones de densité de population importante ou très importante et/ou sont physiquement situés à une distance assez faible de la ville de Bordeaux : au sein de la Métropole elle-même, dans le Barval (bassin d'Arcachon et Val de l'Eyre), ou encore dans le sud du Médoc (47),(49). Le professionnel interrogé pour la Haute-Gironde (EAPA, situé à proximité de Bordeaux dans un territoire rural) présente également une bonne compréhension du dispositif et semble en accord avec son fonctionnement.

A l'inverse, les territoires dans lesquels il y a plus d'incompréhensions ou bien où des désaccords sont exprimés sont plutôt ruraux et plus éloignés de la métropole de Bordeaux que les précédents, tels que le Sud Gironde et le Libournais. Nous observons également que dans ces deux territoires ruraux, les acteurs interrogés exercent plutôt dans des collectivités territoriales, alors que les acteurs rencontrés dans les territoires où le PEPS semble bien compris (Bordeaux, Barval, Médoc) exercent dans le milieu hospitalier ou sont proches de la médecine de ville. Afin de représenter les différentes localisations et les statuts des maisons sport-santé du territoire et pour illustrer notre propos, nous avons réalisé *une cartographie disponible en annexe 6*. Nous pouvons ainsi conclure de cette partie qu'en fonction des statuts, des formations et des territoires des acteurs, les compréhensions du fonctionnement du PEPS ne sont pas les mêmes, notamment en lien avec la maison sport-santé du secteur (106).

B) Un maillage du dispositif lié à différentes dynamiques

L'une des problématiques les plus citées par les acteurs, quel que soit leur statut, concerne le maillage du réseau de professionnels pouvant réaliser des bilans et encadrer des séances sur le territoire girondin. Cette thématique est abordée de deux façons : d'une part, du fait des caractéristiques géographiques du secteur concerné et de l'autre, des ressources disponibles dans la localité pour construire un réseau de partenaires.

1. **Les différentes dynamiques territoriales du sport sur ordonnance**

Comme cela a été évoqué dans le contexte, la Gironde est le département le plus vaste de la métropole française, avec des caractéristiques très différentes (45),(50). Les territoires des 7 CLS qui ont été choisis pour « découper » le département sont également utilisés par les coordinatrices du PEPS pour répartir leurs zones d'exercice et correspondent donc pour le dispositif à différentes dynamiques locales (51).

Tout d'abord, nous pouvons répartir les territoires en fonction de leurs densités de population, comme cela est explicité dans la cartographie *de l'annexe 6* : les zones urbaines et denses (Bordeaux), les zones péri-urbaines (ouest Barval) et enfin les zones rurales, que sont le Médoc, la Haute-Gironde, le grand Libournais et le Sud Gironde (47). Notons simplement que cette catégorisation a été remise en question par la littérature et qu'une analyse plus fine des différentes caractéristiques des territoires, au-delà de la simple dichotomie entre « rural » et « urbain » est nécessaire (40). Cependant, les liens semblent plus réguliers entre les coordinatrices et les acteurs de terrain des territoires les plus proches de Bordeaux et les plus densément peuplés que dans les zones les plus rurales.

Ce constat peut être mis en lien avec la notion « d'accessibilité » au sens large, telle que décrite par E3 de la SDJES : « *Le terme qui est important, c'est l'accessibilité à ces services. L'accessibilité, c'est un mot qui peut se percevoir sur différentes dimensions, financière, géographique, etc. [...] Encore faut-il, derrière l'accessibilité, mettre des mots plus précis.* ». En effet et comme cela est également mentionné dans la littérature, l'accès aux soins et aux services de manière générale est corrélé avec la densité de population et celui-ci est souvent plus faible dans les zones rurales que dans les territoires plus urbanisés : « *Après, ce n'est pas spécifique à la pratique sportive ou à la santé. On fait toujours cette comparaison entre les territoires urbains et les territoires ruraux. C'est vrai qu'en termes d'accès, quand on est sur un territoire plutôt urbain, on accède à beaucoup plus de services que quand on est à la campagne.* » (E3) (40),(89),(116),(117),(118),(119). Par ailleurs, les acteurs des zones rurales déplorent régulièrement le manque de professionnels vers qui orienter les bénéficiaires sur leurs territoires, quand cette problématique n'est que peu mentionnée dans les territoires plus urbanisés : « *C'est vrai que rive gauche, il y a quand-même plus de choses que rive droite. Nous, finalement, on est un peu seuls... [...] Le territoire, il est un peu vaste et il n'y a pas grand-chose.* » (E6, Libournais).

Le terme « accessibilité » a principalement été mentionné par les acteurs pour expliciter sa dimension géographique, en termes de distance entre les bénéficiaires et l'activité la plus proche de chez eux, ainsi que des moyens disponibles pour eux pour s'y rendre (89),(105),(117),(120). « *Une autre limite, c'est le transport. On a parfois des patients qui disent « Bah j'ai pas de moyens de me véhiculer. » J'ai eu le cas là d'un patient malvoyant, qui ne peut plus conduire... Et qui n'avait aucune solution pour venir aux ateliers quoi.* » (E9, professionnel du sport). « *Par exemple, un lycéen qui a du mal à faire du sport chez nous, c'est pour des questions notamment de mobilité ! On est en milieu rural, quand il finit les cours, de toute façon, il n'a qu'un bus. Donc s'il ne prend pas le bus scolaire, il ne rentre pas chez lui. Donc, rester une heure de plus à côté de son lycée pour faire du sport, ce n'est pas possible pour lui. Voilà, ça, c'est typiquement des problématiques qui ne peuvent être réglées qu'au niveau local !* » (E10, association, Sud Gironde). En effet à ce titre, la coordination du dispositif à l'échelle du département semble également plus difficile dans les territoires ruraux qu'urbains, car certaines zones sont décrites comme « blanches » et sans aucun professionnel vers qui orienter les bénéficiaires à proximité de chez eux. Par exemple, dans le Sud Gironde et proche de la Dordogne, l'un des acteurs nous explique qu'il n'a comme ressource que de renvoyer le bénéficiaire vers les coordinateurs du département voisin, car aucune offre n'est disponible en Gironde dans le cadre du PEPS : « *et quand j'ai pas du tout d'activité, des fois, je n'ai juste pas de possibilité d'orientation. [...] Et ça c'est hyper frustrant.* » (E5, professionnel du sport, Gironde).

Mais au-delà de la dimension géographique, nous savons également qu'un dispositif de prévention et de promotion de la santé doit être réfléchi afin d'assurer un maximum d'accessibilité d'un point de vue social, afin de permettre un accès équitable à l'ensemble des bénéficiaires concernés (89),(106),(114),(120),(121). En effet, la littérature scientifique a établi que les personnes les plus précaires étaient également celles qui pouvaient être les plus concernées par des problématiques de santé, combinant à la fois des difficultés sociales et médicales : « *Le public précaire est peut-être plus difficile à maintenir dans le PEPS de par ses problématiques.* » (E11, ARS) (2),(70),(106),(113),(114),(118). Ce « cumul » en termes de déterminants de la santé est bien établi par la recherche et nécessite ainsi d'accompagner selon les caractéristiques des territoires et plus individuellement les personnes, pour lesquelles rejoindre un programme est le plus difficile (89),(106),(114),(118),(121). « *Et puis, la problématique de l'activité physique adaptée, elle est liée à la situation sociale de la personne. Elle est liée à des antécédents de maladie ou une maladie déjà avérée, à de la vieillesse. Elle est liée parfois à des troubles psy. Enfin, il y a plein, plein de choses...* » (E10, association, Sud Gironde).

Cette démarche dite « d'aller vers » peut concerter des aspects de transport, rejoignant la question de l'accessibilité géographique, mais également la communication autour des programmes promus (vocabulaire employé, lieux de diffusion), ou encore les aspects organisationnels (horaires et lieux choisis pour les séances proposées, constitution des groupes) et économiques (89),(106),(114),(116),(117),(120). Dans le cadre du PEPS, la question de « l'aller vers » est soulevée comme une limite par l'un des acteurs exerçant à l'échelle départementale (E18, DAC'33). En réponse à cette problématique et à l'issue de l'évaluation du PEPS en 2022, la réponse apportée par les institutions a été de développer au moins un centre PEPS par Etablissement Public de Coopération Intercommunale (EPCI) (31). Bien que les acteurs puissent considérer que cette solution soit insuffisante pour couvrir l'ensemble des zones « blanches » du département, cela permettra d'ici 3 ans d'assurer un maillage territorial minimal pour permettre aux acteurs d'orienter les bénéficiaires vers une activité au plus proche de chez eux.

2. Les disparités en termes de dynamiques partenariales selon les territoires

En plus de la dimension géographique, nous pouvons également observer que les dynamiques des acteurs partenaires du dispositif sont différentes entre les territoires de Gironde. Tout d'abord, comme nous l'avons évoqué, la compréhension des missions du dispositif PEPS n'est pas univoque pour les acteurs, notamment vis-à-vis de celles réalisées par les Maisons Sport-Santé (MSS) du secteur.

Nous observons ainsi des partenariats plus ou moins fonctionnels entre le PEPS et chaque MSS en fonction des territoires et notamment des statuts des porteurs des différentes maisons sport-santé de Gironde. Au nombre de 7 lorsque nous avons réalisé notre recueil de données, les MSS de Gironde peuvent être catégorisées en fonction des statuts des structures qui les portent [annexe 6] : les établissements de santé, au nombre de 2 (l'hôpital du Bouscat dans Bordeaux Métropole et le Centre Hospitalier (CH) d'Arcachon, dans le Barval), les collectivités (MSS de la commune de Libourne, puis celle de la commune de Bègles, habilitée après notre recueil de données) et les MSS de statut associatif : celle du Comité Départemental Olympique et Sportif (CDOS) de Gironde, de l'association « CAMI Sport et Cancer » à Bordeaux, de la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) du Sud du Médoc et enfin celle du syndicat mixte du Sud Gironde (122). Nous pouvons également noter que seul le territoire de la Haute-Gironde ne possède aucune MSS dans sa localité, quand le territoire du CLS de Bordeaux Métropole en compte 4 depuis juin 2024, ainsi que des antennes dans plusieurs villes, coordonnées par la MSS de l'hôpital du Bouscat (elle-même co-portée par Bordeaux Métropole). Afin de questionner les représentations des acteurs des partenariats établis entre le PEPS et la MSS de leur territoire, nous leur avons demandé de nous définir cette relation en un mot-clé. Ces représentations forment un « nuage de mots », disponible *en annexe 7* de notre travail.

Ainsi, nous observons des dynamiques partenariales différentes entre le PEPS et les MSS de statut hospitalier ou en lien avec la médecine de ville, par rapport à celles qui sont portées par des structures associatives ou par des collectivités. En effet, les acteurs de Bordeaux Métropole, du Barval et du Médoc décrivent une communication régulière et une organisation fonctionnelle permettant de se compléter entre maillon locale (MSS) et coordination départementale (PEPS) pour structurer le réseau sur le territoire : « *Aujourd'hui, ça fonctionne très bien, les plateformes d'évaluation, le lien qu'on a avec les communes, etc.* » (E1, professionnel du sport, Bordeaux Métropole). « *Et puis, le but et c'est là-dessus où on se rejoint énormément, [...] c'était pas de faire des doublons mais de travailler ensemble pour justement, être le plus efficient possible.* » (E2, professionnel du sport, Barval). « *Celle qui fonctionne très très bien en CPTS, c'est celle du Médoc Sud. [...] Ils sont MSS, déclic élan, passerelle. Et centre d'éval. C'est une vraie ressource sur ce secteur.* » (E5, professionnel du sport). En revanche, les acteurs du Libournais et du Sud Gironde ressentent moins cette dynamique partenariale et expriment des difficultés à créer un parcours global fluide entre les dispositifs, afin de s'orienter mutuellement les bénéficiaires : « *Nous, on a notre propre fonctionnement.* » (E4, professionnel du sport). Dans le Libournais, la répartition des missions ne semble pas encore être bien comprise, alors que dans le Sud Gironde, les acteurs souhaiteraient plutôt que les dispositifs soient réunis, afin de maximiser leur efficacité et de faciliter la compréhension de tous.

Enfin, la Haute-Gironde ne présentant pas de MSS sur son territoire, le territoire ne bénéficie pas de cette dynamique partenariale pour soutenir le développement du PEPS. Cependant, même pour les acteurs qui considèrent que la maison sport-santé du secteur et le dispositif PEPS fonctionnent bien ensemble et se comprennent, des difficultés perdurent. Par exemple, dans le Barval, les acteurs peinent à faire adhérer de nouveaux professionnels du monde sportif au réseau du PEPS : « *Ils ont plus de 70 partenaires formés de sport-santé mais dans le lot, il ne doit en avoir que 4 ou 5 référencés PEPS.* » (E2, Barval). En effet, la MSS fonctionnant bien au sein du CH d'Arcachon, les acteurs considèrent qu'il est plus contraignant de se « plier » au cahier des charges demandé par le PEPS que de se rendre disponible en tant que partenaire de la MSS seule, pour accueillir des bénéficiaires en sport-santé sans avoir à réaliser de bilan ou à gérer la dimension administrative de leur suivi : « *Clairement, si on leur dit : « Bon bah le partenariat, pour qu'il continue, il faut mettre en place des évaluations et tout » honnêtement, il n'y a plus beaucoup de partenaires qui seraient OK.* » (E2). De même, les acteurs du Médoc expriment que le soutien du monde sportif dans leur secteur reste peu développé et qu'ils ont des difficultés à renforcer ce réseau : « *C'est difficile de mobiliser les acteurs sportifs. [...] Si vous regardez la carte du PEPS, des structures qui sont référencées, il y en a très très peu sur le Médoc* » (E8, association). Mais au-delà des maisons sport-santé ou même quand les centres PEPS sont portés directement par des MSS, la création de partenariats avec les autres acteurs locaux représente une problématique à part entière.

Nous avons précédemment cité les exemples du Barval et du Médoc, dans lesquels les dynamiques partenariales PEPS-MSS semblent plutôt effectives, mais qui pour autant ont des difficultés à fédérer des acteurs sportifs. Cette problématique s'applique également à la majorité des autres territoires étudiés, comme dans le Libournais, où la MSS de Libourne représente un gros pôle d'activités de sport-santé, avec peu de ressources partenariales vers qui renvoyer les bénéficiaires éloignés de la ville [annexe 6] (119),(123). En Haute-Gironde, le constat du manque de relais de professionnels est le même, notamment en lien avec le frein financier associé au profil des acteurs impliqués : « *Parce que, dans les communes rurales, c'est quand-même beaucoup de bénévoles. Et donc, ils viennent faire leur séance et ils repartent. Et forcément, ils n'ont pas de temps à accorder pour développer un peu plus autour, ou d'être sur des retours d'informations comme demandé dans le cadre du PEPS. En Haute-Gironde, [...] comme ça manque de moyens financiers pour les aider à développer, c'est un peu le serpent qui se mord la queue...* » (E5, professionnel du sport). Enfin, dans le Sud Gironde, les collectivités s'impliquent progressivement dans le maillage local du réseau sport-santé : « *On a vraiment un réseau dans le Sud Gironde. Et notamment dans les communautés de communes.* » (E13, collectivité).

Mais la taille du territoire, la compréhension fine des dispositifs et la collaboration entre les partenaires représentent des freins au fonctionnement optimal de ce réseau, encore en construction actuellement : « *Il faut tabasser sur [la communication]... Après les assos, quand elles maîtrisent bien le sujet, elles brassent énormément de monde. Pour le sport, les assos sportives sont un relais fondamental.* » (E13).

Concernant les professionnels de la santé et notamment les prescripteurs, la méconnaissance des dispositifs représente une limite forte au développement de l'activité du PEPS pour l'ensemble du département. Cependant, les acteurs locaux utilisent des partenariats effectifs avec des médecins impliqués de leur territoire pour développer un réseau à leur échelle. Nous relevons par exemple l'implication d'un médecin en tant que référent d'une maison sport-santé, permettant de bénéficier de son réseau professionnel : « *C'est lui aussi qui a ouvert des portes. Bon, il est connu dans le monde sportif.* » (E10, Sud Gironde). Dans les établissements de santé, bien que les liens ne soient pas forcément fréquents, les prescripteurs et les professionnels du sport ont possibilité de créer facilement du lien entre eux. Enfin, dans les territoires ruraux, les liens entre professionnels de santé et sport-santé peuvent être fonctionnels, comme dans le Médoc, grâce à la MSS portée par une CPTS ; mais ils peuvent aussi être plus difficiles, comme en Haute-Gironde et dans le Libournais, du fait par exemple de la surcharge d'activité rencontrée par les médecins dans les territoires (*cf. partie V. D*) : « *MD : Et vous, dans le cadre du sport-santé, quels-sont les acteurs avec qui vous êtes le plus en lien au quotidien dans votre travail ? E6 : Eh bien franchement, à part mes collègues éducateurs, très peu de personnes. Les médecins, on ne les rencontre pas malheureusement.* » (E6, Libournais).

Nous comprenons donc que le maillage des différents réseaux d'acteurs du dispositif PEPS au local dépend de différents paramètres : à la fois de la présence ou non d'une maison sport-santé sur le territoire, du statut de la structure porteuse de celle-ci et de son fonctionnement en lien avec le PEPS. Mais ce maillage dépend également de la capacité et de la volonté des acteurs à se référencer et à s'engager dans le dispositif, pour des raisons temporelles, organisationnelles, financières ou encore de connaissance du PEPS.

Ces différents freins et leviers concernent à la fois les acteurs du monde sportif et ceux de la santé et doivent être analysés en fonction des ressources disponibles dans chaque territoire : présence ou non d'un établissement de santé dans le secteur et partenariat avec celui-ci, niveau de saturation du système de santé et densité de population, accessibilité géographique de l'espace... Cet ensemble de paramètres joue sur les dynamiques partenariales existantes dans chacun des territoires étudiés et participe ainsi au fonctionnement du dispositif PEPS et du sport-santé dans le département girondin (106).

C) Un dispositif saturé ou en sous-utilisation selon les territoires

Ainsi, selon les dynamiques existantes et les localités, certains acteurs décrivent une potentielle saturation du dispositif, quand d'autres estiment que le nombre de bénéficiaires accueillis dans le cadre du PEPS est faible et que le dispositif n'est que peu utilisé dans leur secteur. Ce constat, comme les précédents, se fait en opposition entre les territoires les plus urbanisés (Bordeaux, Barval) d'une part et les territoires les plus ruraux et les plus éloignés de la métropole de l'autre (Haute-Gironde, Libournais et Sud Gironde).

En effet, les acteurs des territoires urbains décrivent un flux important de bénéficiaires suivis dans le cadre du PEPS, explicité selon différents paramètres : nombre de bilans réalisés, de bénéficiaires suivis, de partenaires qualifiés dans le secteur... « *En fait, il y a de plus en plus de demandes de bénéficiaires, pour des bilans, etc.* » (E1, Bordeaux Métropole). « *Nous, c'est toujours la course.* » (E2, Barval). « *Je vois sur la CPTS... Le dispositif est victime de son succès. C'est-à-dire qu'il y a une grosse liste d'attente.* » (E9, Médoc). A l'inverse, les acteurs des territoires ruraux précédemment cités mentionnent à plusieurs reprises le faible nombre de bénéficiaires accueillis dans le PEPS, globalement ou vis-à-vis de la maison sport-santé portée par la même structure : « *Finalement... On a très peu de personnes qui sont orientées.* » (E7, Haute-Gironde). Dans le Libournais et le Sud Gironde, les acteurs décrivent un bon fonctionnement de la maison sport-santé locale, mais un accueil de bénéficiaires spécifique au dispositif plus marginal. L'acteur de Haute-Gironde évoque quant à lui son incompréhension quant au succès limité des ateliers du PEPS proposés par sa structure. Entre ces deux dynamiques territoriales, le Médoc est plutôt mixte. En effet, une maison sport-santé portée par une CPTS se trouve dans le sud du territoire (et proche de la métropole de Bordeaux), mais celui-ci est globalement rural et les acteurs y décrivent un maillage difficile avec les professionnels du monde sportif locaux.

Quand le dispositif arrive plutôt à « saturation », différentes problématiques sont identifiées : celle des moyens financiers disponibles, liée à celle des moyens humains, en termes de temps dédié de professionnels qualifiés. Mais la problématique évoquée à plusieurs reprises par ces acteurs concerne aussi la question de la saturation des équipements sportifs existants : « *On nous demande toujours de développer plus sur le sport-santé. Mais en fait, le frein énorme, c'est qu'on manque d'infrastructures, qu'il n'y a plus de créneaux de salles disponibles. [...] Et pourtant, on accueille toujours plus de monde, sauf que le groupe sport-santé au complet, il ne peut pas dépasser plus de 15... Et donc comment on fait pour les infrastructures, est-ce qu'il y a moyen de mettre une priorité sur le sport-santé par rapport à quelque-chose, ou est-ce qu'il peut y avoir des budgets pour louer des salles ? Dans d'autres territoires, ils le disent aussi.* » (E2, Barval).

Malgré le développement des centres PEPS, les acteurs évoquent ainsi leurs inquiétudes quant à l'avenir du dispositif, sans moyens supplémentaires et avec l'incertitude du soutien du dispositif par les institutions dans les prochaines années : « *Alors pour l'instant on a les fonds pour pouvoir continuer, mais on ne pourra peut-être pas forcément, ad vitam aeternam.* » (E8, Médoc). La problématique du recrutement des acteurs pouvant encadrer des séances de sport sur ordonnance (professionnels du sport ou rééducateurs) reste à relativiser en Gironde, car le territoire est très attractif par rapport à d'autres départements de la région Nouvelle-Aquitaine (42),(43). De plus, le département dispose d'universités et de formations spécifiques aux professionnels du sport et de la santé concernés, ce qui peut être moteur d'emplois pour les jeunes diplômés (89),(106). La difficulté exprimée réside en revanche dans l'attractivité des missions proposées dans le cadre du sport sur ordonnance et du sport-santé, qui présentent pour ces professionnels des limites, notamment en termes de rémunération : « *Mais même si on voulait multiplier les passerelles, les plateformes d'évaluation, en fait, on n'a pas les enseignants APA en face. Non pas qu'ils n'existent pas, bon, il y en a peut-être pas suffisamment, mais quand bien même, ceux qui sont disponibles, ils partent sur d'autres activités. Pour des questions de rémunération, de choix aussi de lieux de vie, parce que nous, on a besoin d'un maillage partout.* » (E19, ARS).

La problématique de la saturation des équipements sportifs est notamment justifiée par les statistiques disponibles dans la région : en effet, la Nouvelle-Aquitaine présente proportionnellement à sa taille et à sa densité de population un faible nombre d'équipements sur son territoire (73),(113). Mais au-delà du nombre d'équipements existants, c'est aussi leur fréquence d'occupation qui est citée par les acteurs. En effet et comme cela est cité par l'un des acteurs du Barval, le sport-santé n'est pas forcément considéré comme un champ « prioritaire » par les collectivités territoriales mettant à disposition des salles et des équipements sportifs qui leur appartiennent, vis-à-vis des activités sportives de compétition et des temps dédiés aux activités physiques et sportives scolaires. Cette problématique est connue de longue date par les collectivités (124). En conséquence, le statut des porteurs des activités du PEPS et des maisons sport-santé joue une rôle important, car un appui politique peut par exemple permettre à certains acteurs de bénéficier de locaux en priorité, quand d'autres rencontrent des difficultés à l'obtenir : « *Même pour l'accès aux salles, pour pouvoir mettre en place les ateliers... C'était indispensable que [la maison sport-santé] soit là, pour trouver les salles, pour gérer tout ça.* » (E8, Médoc). En conclusion, dans les territoires les plus saturés, les acteurs mentionnent une demande exponentielle et à laquelle ils sentent qu'ils ne peuvent progressivement plus répondre ou avec des délais d'attente importants, ainsi qu'un manque de maillage de structures relais vers lesquelles orienter les bénéficiaires.

Enfin, nous avons choisi dans ce travail de ne pas insister sur la dimension du parcours du bénéficiaire, mais la capacité de « sortie » des patients vers une pratique autonome à l'issue de leur passage par les dispositifs de sport-santé est également mentionnée par les acteurs comme un facteur en tant que tel de saturation de ceux-ci, pour des raisons d'équipements sportifs ou d'attrait de la pratique par les usagers, qui souhaiteraient continuer cette activité quand ils ont commencé à y adhérer avec le PEPS et les MSS (106).

Les territoires ruraux présentent quant à eux un fonctionnement plus indépendant du PEPS que les précédents et ne s'appuient que peu sur ce dispositif comme un levier de fonctionnement à l'heure actuelle, celui-ci représentant plutôt une « contrainte » plutôt qu'un atout pour eux. Cependant, l'évolution du « PEPS 2.0 », associé au financement des centres PEPS représente pour ces acteurs une opportunité de mutualiser les financements dont ils ont besoin pour développer leurs activités et constitue une piste d'amélioration du maillage des deux dispositifs dans l'avenir (106). De plus, les professionnels des maisons sport-santé sont conscients de l'obligation légale de se mettre en lien avec le PEPS, afin de répondre au cahier des charges qui leur incombe en tant que structure habilitée par les institutions (*cf. partie IV. D*), cela représentant également *a minima* une motivation externe pour eux : « *Après, je sais que c'est une nécessité, presque une obligation. C'est une demande de l'ARS.* » (E6, Libournais). « *Quand il y a un dispositif régional, l'accueil doit se faire avec le dispositif PEPS. En tous cas, il faut qu'il s'articulent. Et on a presque autant de maisons sport-santé que d'articulations.* » (E19, ARS) (112).

En conclusion, selon les caractéristiques des différents territoires, leurs densités de population et les ressources disponibles pour développer des partenariats, nous pouvons conclure de cette analyse que le dispositif PEPS présente des implantations différentes en Gironde en fonction du territoire étudié. Ces différences peuvent être comprises à travers le prisme des inégalités territoriales au sens large, telles que décrites dans l'étude de Vernières en 2009 sur les territoires ruraux (40). En effet, si la densité de population et l'accessibilité géographique des services dans chacun des territoires joue un rôle dans le maillage du réseau d'acteurs, c'est aussi en fonction de la qualité des partenariats établis avec les collectivités locales, avec les professionnels de santé, du sport et notamment avec les maisons sport-santé du secteur que le développement du dispositif est plus ou moins effectif (106). Ainsi, en fonction des dynamiques partenariales à l'œuvre, les territoires présentent une saturation plus ou moins importante du PEPS et des moyens humains, matériels et financiers qui leur sont associés, représentant des enjeux pour le développement du dispositif dans l'avenir.

VII. Discussion

A) Recommandations d'évolution du PEPS à l'issue de notre analyse

Dans cette analyse, nous avons identifié différents leviers et freins dans le fonctionnement actuel du dispositif PEPS en Gironde, qui s'opèrent à des échelles globales comme à des niveaux plus locaux. En effet, nous avons évoqué dans la première partie de ce travail les éléments structurels qui dépassent l'analyse infra-territoriale des problématiques rencontrées par les acteurs : le bon fonctionnement partenarial des institutions porteuses du dispositif, mais *a contrario* un manque de financements associé à cette politique, limitant l'investissement des professionnels comme celui des bénéficiaires dans le PEPS. Nous avons également parlé des coordinatrices du PEPS en tant que levier fort de l'animation du dispositif dans tout le département. Cependant, nous avons mis en lumière que l'investissement des professionnels de la santé était moins important que celui des professionnels du monde sportif et ce pour des raisons temporelles, organisationnelles et d'interconnaissance entre ces deux champs.

Dans la seconde partie de cette analyse, nous avons évoqué les différences relevées entre les territoires de la Gironde : en termes de compréhension du dispositif PEPS tout d'abord, notamment en lien avec les missions des maisons sport-santé de chaque secteur. Cette compréhension, ainsi que les ressources disponibles et l'accessibilité de chaque territoire, participent à la création plus ou moins effective d'un maillage des partenariats établis entre les acteurs du sport sur ordonnance, du sport-santé et des professionnels de santé dans chacun des territoires étudiés. Par conséquent, nous observons des territoires dans lesquels le dispositif PEPS est utilisé, voire arrive à saturation en termes de moyens financiers, humains et matériels. Mais dans d'autres localités, nous constatons également que le dispositif peine à atteindre sa cible et que les acteurs sont démunis face à ce manque d'engouement, ou bien que ceux-ci portent leur énergie sur d'autres missions, telles que celles de la maison sport-santé du secteur.

En fin d'entretien, nous avons demandé aux acteurs de formuler des propositions afin de faire évoluer le dispositif dans le futur, notamment en réponse aux problématiques identifiées lors de l'échange [*guide d'entretien en annexe 2*]. Bien que certains d'entre eux estiment soit qu'ils ne connaissaient pas assez bien le dispositif pour formuler des propositions, soit qu'ils ne voient pas quoi modifier à part continuer de faire évoluer le maillage du PEPS dans tous les territoires, plusieurs catégories d'idées ont été exprimées.

Tout d'abord, certains acteurs ont mentionné que la lisibilité du parcours du bénéficiaire dans les dispositifs entre le PEPS et les maisons sport-santé était limitée et que cette complexité créait de la confusion pour les professionnels, comme pour les bénéficiaires (E1, E4, E10, E18). De plus, les deux médecins mentionnent qu'ils aimeraient s'investir plus dans le dispositif, mais qu'ils souhaiteraient être mieux accompagnés pour ce faire, car leur compréhension les limite actuellement dans leur « autonomisation » vis-à-vis du PEPS (E12, E16). En réponse à ce constat, plusieurs acteurs ont proposé à terme de rassembler les dispositifs en un seul et même parcours ou bien de simplifier le parcours et les démarches administratives associées, afin de faciliter la compréhension de tous et de permettre une meilleure appropriation du PEPS pour les professionnels de santé.

L'amélioration de la communication à propos du dispositif PEPS a également été évoquée par certains acteurs, notamment ceux qui mentionnent que celle-ci est peu mise en œuvre dans leurs cercles professionnels. En effet, si certains acteurs interrogés trouvent que le PEPS est à présent bien connu des professionnels (E1, E9, E11), d'autres considèrent qu'hors des « *initiés* » (E13), les professionnels comme les bénéficiaires méconnaissent encore globalement celui-ci (E13, E16, E18).

En termes de publics, E7 propose un rapprochement entre le dispositif PEPS et le parcours de soins des personnes, notamment pour les accompagner lorsque celles-ci sortent d'un séjour en structure de rééducation et de réadaptation. Ces liens ont été mentionnés par E19 (ARS) dans le cadre de l'Education Thérapeutique du Patient (ETP) et permettraient ainsi au fur et à mesure de leur développement une certaine continuité dans le parcours des bénéficiaires concernés. De plus, plusieurs acteurs (E2, E8, E9, E17) ont mentionné la nécessité d'ouvrir le dispositif aux enfants, ce qui avait été réfléchi à l'issue de l'évaluation du PEPS en 2022 (31). Nous avons choisi de ne pas insister sur la dimension de l'évolution du public accueilli dans le cadre du PEPS dans ce travail, car celle-ci est en cours de mise en œuvre depuis deux ans. Cependant, nous souhaitions mentionner le fait que plusieurs acteurs en avaient fait la demande explicite et avaient identifié un besoin existant, ainsi qu'une demande des bénéficiaires au sujet du sport-santé auprès du public mineur.

Dans les perspectives d'évolution qui ont été mentionnées par plusieurs des acteurs interrogés, la place de l'usager en tant « qu'acteur » à part entière du dispositif a notamment été questionnée (E3, E7, E15). En effet, au-delà de l'information qui est délivrée aux patients concernant leurs possibilités d'accès au dispositif, E3 (SDJES) mentionne que l'usager pourrait être plus impliqué dans son propre parcours, notamment dans la recherche et l'inscription au sein d'une activité adaptée pour lui dans son secteur, à partir de la cartographie du PEPS en ligne ou d'un autre moyen (à construire) (35).

Plus largement, la place de l'usager dans les prises de décisions propres au PEPS est également mentionnée comme un axe d'amélioration du dispositif dans le futur (E3). Cela pourrait permettre de donner plus de « *souplesse* » (E15) au parcours et de soulager la charge administrative décrite par les professionnels, mais aussi de donner plus de pouvoir de décision aux personnes. E15 mentionne par exemple l'idée de construire des « *communautés PEPS* », basées sur l'auto-support des bénéficiaires entre eux, qui permettrait de créer du lien social et de la cohésion au local. Cet argument pourrait également constituer une forme de réponse au besoin « *d'aller vers* », exprimé par E18 (DAC'33) et donner une voix plus importante aux usagers, notamment mentionnée dans la littérature comme encore trop peu existante dans les dispositifs de sport-santé (86),(106).

En lien avec la question de la place des bénéficiaires dans le dispositif et de son organisation, plusieurs acteurs (E3, E5, E11, E15, E19) mentionnent que le fonctionnement actuellement du PEPS est trop « *lourd* » (E3, E15) et qu'il pourrait être fluidifié grâce à la création d'outils numériques adaptés pour réduire cette charge administrative, qui est actuellement principalement supportée « *manuellement* » par les professionnels du sport et notamment par les coordinatrices du PEPS. Ces outils pourraient par exemple permettre aux bénéficiaires de créer leur propre espace pour renseigner leurs informations sur la plateforme, d'ajouter les documents relatifs à leur prise en charge et de chercher les activités qui leur plaisent à partir de la liste des ateliers référencés par le PEPS. Pour ceux qui ne seraient pas en capacité d'utiliser les outils numériques, un accompagnement téléphonique « *traditionnel* » serait maintenu, mais selon E15, cela ne concerne qu'une minorité de personnes correspondant au public accueilli dans le cadre du PEPS.

En plus de permettre de redonner une place importante à l'usager dans son propre parcours, les acteurs voient cette évolution comme l'une des réponses possibles à la saturation actuelle du dispositif, telle qu'explicitée dans l'analyse précédente. En effet, les coordinatrices du PEPS effectuent beaucoup de suivis et de remontées d'informations directement au téléphone avec les acteurs et cela est très chronophage en termes de charge administrative, constat qui est partagé par les institutions et par les coordinateurs du PEPS dans les autres départements (E5, E9, E11, E15, E17, E19). Et bien que le logiciel SAPA permette de partager les informations des bénéficiaires entre professionnels, notamment entre PEPS et MSS en Gironde, les remontées de données (relatives aux bilans et aux suivis des bénéficiaires) deviennent plus difficiles à effectuer au fur et à mesure de la montée en charge du dispositif et du nombre de personnes accueillies (E2, E5, E6, E15). Cependant, ces remontées de données sont nécessaires pour permettre une évaluation de l'efficacité du dispositif, cela pourrait donc impacter ces évaluations dans le futur.

De plus, certains professionnels constatent une perte de vue de bénéficiaires au cours de leurs parcours, faute de suivi rapproché du fait de cette montée en charge (E5, E7). Ils estiment qu'une coordination plus rapprochée par territoire infra-départemental pourrait être utile dans un territoire comme la Gironde, afin de suivre plus finement les personnes. Des moyens humains et matériels supplémentaires sont ainsi proposés par les acteurs interrogés pour permettre une certaine automatisation du suivi des personnes, un meilleur fonctionnement et une inclusion plus approfondie des bénéficiaires dans le dispositif.

Mais pour cela et comme évoqué précédemment, la plupart d'entre eux déplorent un manque de moyens financiers et souhaiteraient plus d'investissement économique dans le PEPS à l'avenir (E2, E5, E6-8, E10, E11, E15-17, E19). En effet, comme mentionné par E15, la création d'outils numériques et l'amélioration continue de ceux existants, tel que le travail sur l'interopérabilité de SAPA avec les outils numériques des prescripteurs, nécessitent des financements. Mais au-delà de la dimension des outils, nombreux sont les professionnels qui décrivent leur engagement dans la promotion du sport-santé et du sport sur ordonnance comme une forme de « plaidoyer » pour le remboursement de l'activité physique à terme par l'Assurance Maladie (E10, E11, E16, E17, E19), « *au moins pour certains publics* » (E10) (89),(106). Ainsi, ce constat dépasse largement l'échelle du PEPS et rassemble tout le champ du sport-santé en tant que politique publique au niveau national.

A l'échelle des territoires, la plupart des acteurs saluent le travail établi par les deux coordinatrices départementales, soutenu par les institutions porteuses du PEPS. Tous mentionnent le travail de maillage du dispositif qui a déjà été mené et surtout l'utilité de développer un programme de sport sur ordonnance pour les bénéficiaires. Ainsi, les acteurs insistent sur la constitution du réseau PEPS, d'une « *culture PEPS* » (E3) déjà établie et sur l'importance de continuer à développer ce maillage partenarial pour faire face à la montée en charge du dispositif (E1-3, E5, E6-8, E10-13, E19). Ce développement nécessite des moyens financiers, mais également d'impliquer des acteurs locaux permettant de constituer des relais dans chaque territoire, notamment les plus carencés en offres de sport-santé. Du point de vue des liens entre institutions et intercommunalités, l'inscription du sport-santé dans les priorités des CLS est notamment mentionnée par E1, E10 et E11 comme un relais intéressant de développement d'une politique de proximité dans chaque territoire. A ce titre, les communes et les collectivités peuvent également représenter un maillon fort pour développer le PEPS dans leurs localités, que ce soit dans des zones urbaines très densément peuplées ou dans des milieux ruraux. Pour les acteurs des collectivités interrogés, ce lien est « *gagnant-gagnant* » (E13) et participe également à la valorisation des territoires ruraux, en termes d'attractivité locale (E1, E10, E13).

Bien que le lien institutionnel interministériel se soit bien construit en Nouvelle-Aquitaine, le manque d'interconnaissance et de culture commune entre professionnels de la santé et du monde sportif a également été pointé comme un frein dans notre analyse. Par conséquent, au-delà de l'amélioration de la communication à propos du PEPS au « grand public », des temps d'échanges et de formations dédiés à la construction d'une culture commune entre corps professionnels pourraient également améliorer les partenariats nécessaires au bon fonctionnement du PEPS (E3, E5-7, E9, E11, E13, E14, E17-19). Des relais mentionnés par E15 pour ce faire pourraient être les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), qui représentent des structures d'exercice coordonné en médecine de ville. De même que pour les CLS, ces structures impliquant l'exercice de plusieurs professions de santé peuvent inscrire le sport-santé dans leur projet de santé et ainsi bénéficier de soutien pour organiser des événements ou des conférences sur le sujet, afin de sensibiliser le corps médical et paramédical. A une échelle plus large, le développement de formations à destination des prescripteurs et l'accompagnement à l'utilisation des outils du PEPS sont également proposés pour impliquer davantage ces professionnels (E9, E12-14, E16-18).

Enfin, la question de la saturation des équipements sportifs évoquée rejoint la plupart des limites évoquées précédemment, mais aussi des propositions d'amélioration, concernant les partenariats établis et les moyens financiers dédiés au dispositif PEPS en Gironde. En effet, cette inquiétude est à mettre en lien avec l'actualité politique 2024 en France, l'organisation des Jeux Olympiques et Paralympiques (JOP) étant généralement associée pour le mouvement sportif à une hausse des inscriptions dans des clubs sportifs après l'évènement (80),(81),(125). Bien que les acteurs interrogés voient cet engouement pour le sport-santé comme une opportunité (à la fois en termes de visibilité, d'initiatives et de financements associés en 2024) (E10, E11, E19), une certaine « concurrence » pour la réservation des salles ou des terrains est également à prévoir à l'issue de cet été (124). Ce sont donc des réponses politiques et économiques qui peuvent être faites face à cette crainte, grâce aux partenariats établis avec les intercommunalités ou à des moyens financiers permettant la réservation d'équipements nécessaires à l'organisation d'ateliers PEPS. Mais, régulièrement mentionnée en tant que crainte, la problématique des équipements sportifs n'est pas accompagnée de réponses très concrètes de la part des acteurs interrogés (E1-3, E5-7, E13, E19). *« C'est pas qu'une histoire de financement. [...] Et quand bien même, la logique de financement des clubs, elle est toujours sur de la compet'. Et donc ces créneaux de compet' pour un club, ils sont nécessaires pour sa survie. Et s'il veut adosser des créneaux complémentaires, pour la plupart des disciplines, il faut qu'il y ait l'équipement. Et là, on en vient à la limitation et la saturation des équipements. Et ça, c'est des vrais sujets pour la suite en fait. [...] Eux, justement, ils s'interrogent sur quid, parce qu'en post-JO, il y aura peut-être un petit boom et tant mieux, c'est ce qu'on souhaite.*

Et là, ils savent pas dans quelle mesure ils vont être capables d'absorber ce petit boom de demandes... [...] Pour moi, la saturation des coordos, c'est juste un point d'alerte et c'est la partie émergée de l'iceberg. Et je vois qu'en cascade, en fait, il y a déjà des clubs où ils disent, « Ne nous envoyez plus de patients. ». Parce qu'autant sur les passerelles, on peut avoir une dimension de flux, mais par contre, quand on est sur une activité sport-santé dans un club, la personne, l'enjeu, c'est qu'elle pratique tout le temps, tant que ça lui plaît, elle en a besoin, c'est pas juste une année ou deux années. Et là, en fait, il y a pas de solution à l'heure actuelle. » (E19, ARS). Ce questionnement implique ainsi la capacité de pratique autonome des usagers à terme, à l'issue de la sortie du dispositif PEPS.

En conclusion et suite à l'analyse que nous avons effectuée dans ce travail, ainsi qu'aux différentes propositions d'évolution du dispositif apportées par les acteurs rencontrés, nous avons identifié les éléments constituant le « portrait-robot » de la structure fonctionnelle pouvant correspondre au portage du PEPS.

Tout d'abord, nous avons observé que dans les structures portées par un établissement de santé ou proches d'un réseau de soins de ville (telles que les structures d'exercice coordonné, comme les CPTS), les liens avec les professionnels de santé et notamment avec les prescripteurs semblaient facilités, ce qui permet une meilleure communication entre les acteurs du sport et ceux de la santé. Une proximité établie entre une activité PEPS et une structure de soins pourrait donc faciliter son fonctionnement et les partenariats avec les professionnels de santé qui y travaillent. « *Je pense qu'il y a vraiment besoin d'un relais, alors qu'il soit une CPTS, une MSP, peu importe. Mais... Il y a quand-même besoin d'un relais au niveau local, pour créer ce lien en fait. Avec les médecins, avec les kinés, avec les APA, pour la gestion des salles, etc.* » (E8, Médoc).

De plus, nous avons noté que pour des raisons de soutien financier ainsi que d'appui en termes d'équipements sportifs mis à disposition, la proximité d'une structure PEPS avec une collectivité territoriale peut être un atout fort pour son fonctionnement. En effet, plusieurs des structures du PEPS parmi celles que nous avons étudiées sont en lien avec des maisons sport-santé, qui elles-mêmes sont portées par différentes structures, notamment des collectivités [annexe 6]. Dans le cas où une commune est porteuse d'une maison sport-santé, nous avons noté que cela participe à la stabilité du modèle financier de la MSS, du fait de l'investissement apporté par la commune pour ce faire (106). Ce soutien peut également être apporté pour le PEPS, en termes d'appui financier et de moyens humains dédiés (comme dans le cas d'E13, employée par une collectivité locale).

Enfin, comme nous l'avons mentionné, le PEPS est fréquemment animé grâce aux maisons sport-santé du territoire en Gironde, qui représentent un relais local fort pour son développement dans chaque territoire infra-territorial. De plus, en fonction du statut du portage de la maison sport-santé, le PEPS peut indirectement bénéficier de financements associés, participant à l'équilibre économique de la structure dans son ensemble. L'étude de la stabilité et de la consolidation du modèle économique des maisons sport-santé est également actuellement réalisée nationalement par l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS), dont les résultats devraient paraître d'ici l'automne 2024, permettant d'affirmer ou d'infliger les conclusions établies à l'issue de ce travail (99). Un partenariat fonctionnel entre le PEPS et la maison sport-santé du secteur (si elle existe) semble donc également constituer un atout important pour le dispositif PEPS au local.

Ainsi, afin de répondre à la problématique que nous avions formulée, soit : « **En quoi les différentes dynamiques territoriales du département de Gironde influencent-elles l'implantation du dispositif PEPS au sein de chacun de ces territoires ?** », nous avons identifié dans notre revue de littérature à travers l'historique du dispositif PEPS que celui-ci a effectivement évolué en même temps que le contexte politique et a su s'adapter lors de la création des maisons sport-santé, bien que certains partenariats soient plus ou moins fonctionnels actuellement en Gironde. Nous pouvons ainsi valider notre première hypothèse de travail. De plus, bien que le dispositif fonctionne différemment entre les territoires ruraux et les plus urbains, notamment selon les ressources disponibles et les caractéristiques de chaque territoire, c'est principalement la qualité des partenariats établis entre les professionnels des différents champs relatifs au sport-santé qui conditionne son fonctionnement effectif en Gironde. Ainsi, la dimension territoriale de notre analyse doit être comprise au sens large, impliquant non seulement des composantes géographiques, mais aussi politiques et économiques, associées aux ressources existantes dans chaque territoire et à leur utilisation en faveur du PEPS. Nous validons ainsi notre deuxième hypothèse de travail. Cependant, nous ne validons que partiellement la troisième, concernant les spécificités des territoires, car nous avions formulé une hypothèse principalement axée sur la dimension géographique de ceux-ci, quand les dynamiques que nous avons observées correspondent également à des enjeux partenariaux et à l'investissement des acteurs en milieu rural comme en milieu urbain, en dépassant cette seule « dichotomie » géographique entre territoires ruraux et urbains (40).

Ce pas de côté des conclusions établies dans ce travail a été permis par l'analyse des retours d'expériences des acteurs du PEPS à la fois dans les institutions et sur le « terrain », grâce à la méthodologie de capitalisation d'expériences, qui a présenté des atouts pour comprendre le fonctionnement concret du dispositif dans le département de Gironde (22).

B) Limites de notre travail

Concernant la méthodologie mise en œuvre, nous souhaitons mentionner les limites de notre analyse qui doivent être prises en compte à la lecture de ce travail.

1. Guides d'entretien utilisés pour ce travail

Tout d'abord, concernant la création des guides d'entretien relatifs au recueil des données effectué, les deux guides utilisés n'ont pas été prétestés avant leur première utilisation effective avec les acteurs interrogés. Le guide d'entretien utilisé pour les acteurs institutionnels est le guide standardisé proposé dans les outils du CAPS (22). Mais le guide d'entretien utilisé pour les acteurs de terrain a en revanche été construit à partir des notes de terrain recueillies tout au long de l'année scolaire sur le sujet du PEPS et à partir de la problématique formulée. Il a été relu par deux personnes extérieures aux acteurs interrogés pour ce travail, mais n'a pas été réellement prétesté. Bien que les guides d'entretiens n'aient pas été particulièrement modifiés au fur et à mesure des entretiens menés, un pré-test aurait pu permettre de vérifier la formulation des questions posées (126).

2. Panel de personnes ayant participé à ce travail

La diversité des catégories de personnes ayant participé au recueil des données de ce travail constitue une deuxième limite, concernant le groupe des bénéficiaires du dispositif PEPS. En effet, une question avait été insérée à la fin du guide d'entretien dédié aux acteurs de terrain, évoquant la possibilité d'assister à une séance de sport sur ordonnance ou de sport-santé et d'échanger avec les bénéficiaires sur le PEPS lors celle-ci [annexe 2].

Plusieurs acteurs étaient d'accord pour nous accueillir au sein de l'un de leurs groupes, mais pour des raisons pratiques et temporelles, nous avons choisi de contacter en premier lieu des structures chargées de dispenser des séances de sport-santé au sein de la Métropole de Bordeaux, plus accessible depuis les locaux de l'Agence Régionale de Santé. Malheureusement et malgré plusieurs relances, il n'a pas été possible d'assister à une séance avec des bénéficiaires du PEPS dans l'une de ces structures avant la fin de l'année scolaire. Les témoignages de cette catégorie d'acteurs n'ont ainsi pas pu être recueillis pour ce travail, ce qui constitue un point aveugle dans l'analyse, concernant les retours des bénéficiaires sur le fonctionnement du dispositif. De plus, les usagers du sport-santé étant globalement décrits comme « absents » des travaux réalisés sur le sujet, il aurait été intéressant de leur donner plus de place, ce qui pourrait constituer un travail ultérieur et à part entière, en lien avec la problématique formulée pour ce travail (86),(111),(114).

Troisièmement, les professionnels de la santé sont peu représentés dans l'échantillon de personnes rencontrées pour ce travail. En effet, seulement deux médecins ont pu participer à notre étude, ainsi qu'un seul kinésithérapeute. Nous avons contacté plusieurs professionnels de santé, ainsi que des instances représentatives, telles que les URPS des médecins et des kinésithérapeutes libéraux de Nouvelle-Aquitaine. Cependant, nous avons reçu plusieurs refus de la part de médecins prescripteurs engagés dans le dispositif PEPS, notamment faute de temps. De la part des URPS, nous n'avons pas obtenu de réponse malgré nos relances. Cela implique que les professionnels du sport sont plus représentés que ceux de la santé dans le recueil global de données réalisé pour ce travail, ce qui constitue une orientation de l'analyse envers ce champ professionnel, vis-à-vis des professionnels de la santé, notamment des prescripteurs.

De plus, les personnes avec qui nous avions déjà échangé en amont de ce travail ont plus facilement répondu à notre sollicitation d'entretien que celles qui ne nous connaissaient pas au préalable, phénomène également mentionné par la littérature (61). A ce titre, nos missions à l'ARS impliquant à la fois le suivi du dispositif PEPS, mais aussi celui des MSS sur le territoire de Gironde, certains des acteurs de terrain que nous avons rencontrés sont impliqués dans le PEPS et également dans une MSS. Ainsi, les informations recueillies dans le cadre de ce travail présentent une forte orientation du lien entre le dispositif PEPS et les maisons sport-santé du territoire girondin, par rapport à l'ensemble des offres PEPS disponibles dans l'ensemble du département (35).

Enfin, les personnes qui nous ont répondu étaient principalement des acteurs investis dans le PEPS, ce qui implique très probablement un biais de sélection quant au recueil de données réalisé (61). En effet, nous n'avons pas contacté ou pas eu de retours de personnes n'ayant pas du tout connaissance ou n'étant pas impliquées dans le dispositif, afin de mettre en parallèle des retours d'acteurs investis et d'autres personnes qui n'ont pas souhaité s'inscrire dans la dynamique de sport sur ordonnance proposée par le PEPS. De ce fait, le retour global obtenu dans le panel d'acteurs interrogés est probablement plus positif qu'il ne le serait dans le panel « général » de l'ensemble des acteurs potentiellement concernés sur le territoire girondin.

3. Recueil de données réalisé

Dans la mesure du possible du point de vue logistique et temporel, nous avons maximisé la représentativité de chacun des territoires de CLS de Gironde, via les acteurs du PEPS rencontrés. Cependant, au regard de la superficie du département, seuls un à deux ou trois acteur(s) par territoire infra-départemental maximum a (ont) pu être rencontré(s).

Bien que notre recueil de données soit assez conséquent, avec une vingtaine d'entretiens réalisés, nous considérons que celui-ci n'a pas permis d'être représentatif de la diversité des localités et des pratiques, dans le sens où une saturation évidente des données n'a pas été atteinte à la fin de celui-ci (127). De même, nous avons réalisé les entretiens avec les personnes qui ont accepté de prendre du temps pour nous répondre et malgré notre souhait de représenter au maximum chacun des territoires infra-départementaux de Gironde, tous les acteurs du PEPS n'ont bien sûr pas été contactés pour ce travail.

Par conséquent, nous ne pouvons pas projeter les résultats issus de cette analyse à l'ensemble du département, encore moins à l'ensemble de la région Nouvelle-Aquitaine. Nous avons choisi de mener jusqu'au bout les entretiens programmés avec tous les acteurs qui avaient accepté de participer à ce travail et de fixer un maximum de 20 entretiens pour le recueil de données. Cette limite s'est inscrite dans notre capacité en termes de moyens humains à traiter un volume important de données, issues des verbatims constitués.

Concernant le recueil de données réalisé, la majorité des entretiens ont été menés en visioconférence, soit 5 entretiens menés en présentiel contre 14 en distanciel (total : 19 entretiens). De plus, les entretiens réalisés en présentiel concernaient principalement des acteurs institutionnels (2 entretiens sur 5) et des personnes que nous connaissions, ce qui était le cas dans 4 des 5 entretiens en présentiel (58). Ainsi, nous pouvons supposer que les interactions entre des personnes qui ne se connaissent pas, notamment concernant les temps informels avant ou après l'entretien, ont pu être complexifiées par la modalité de recueil en visioconférence, par rapport à une rencontre en face-à-face (61).

4. Analyse et présentation des données

Enfin, nous souhaitions mentionner en tant que limite les précautions que nous avons prises pour conserver l'anonymat de chacun des acteurs consultés, dans la restitution que nous avons faite de leurs retours d'expériences. Par conséquent et comme retrouvé dans d'autres travaux, certaines citations pertinentes n'ont pu être restituées dans ce travail, afin de permettre la diffusion de l'analyse aux acteurs qui ont accepté de participer, dans un but de partage des pratiques de chacun.e vis-à-vis du PEPS dans le département (106).

De plus, nous avons dû faire des choix d'orientation de notre analyse, du fait de la taille du rapport demandé et des consignes établies pour le rendu de ce travail. Cela implique *de facto* que certaines pistes d'analyse n'ont pas été approfondies dans ce document.

Conclusion

Le dispositif PEPS, représentant le dispositif régional de sport sur ordonnance de Nouvelle-Aquitaine, est reconnu par les acteurs de Gironde rencontrés pour cette étude comme présentant de nombreux atouts des points de vue scientifique, organisationnel et humain et mérite pour eux d'être encore développé dans le futur, à partir du réseau de professionnels déjà existant et construit au fil des années.

En effet, si le partenariat établi entre les acteurs institutionnels et le rôle des coordinatrices départementales du dispositif sont reconnus, le manque de moyens financiers dédiés au dispositif ainsi que d'investissement des professionnels de la santé sont déplorés par la majorité des acteurs interrogés. De plus, en fonction des territoires, nous avons observé que le fonctionnement du dispositif était différent, selon les partenariats établis et les ressources disponibles dans chacun des territoires, des points de vue de l'accessibilité géographique, des dynamiques d'acteurs ou encore de la présence ou non d'une maison sport-santé dans la localité, ainsi que des partenariats établis avec elle. Ces constats traduisent l'existence d'inégalités territoriales au sein du département girondin, au sens large explicité par Vernières en 2009 (40). Ainsi, le dispositif atteint une certaine saturation dans les territoires dans lesquels il s'est le plus développé, c'est-à-dire les zones les plus urbanisées et les plus proches de la métropole bordelaise. A l'inverse, les secteurs les plus ruraux présentent un maillage d'acteurs moins développé et fonctionnent en plus grande autonomie, ou peinent à attirer les bénéficiaires au sein des activités proposées.

En réponse aux limites identifiées dans cette analyse et en termes de propositions d'amélioration relatives au PEPS, les acteurs évoquent un travail d'interconnaissance et de communication entre champs professionnels et à destination du grand public, ainsi qu'un soutien financier et des moyens humains continus pour continuer de développer le dispositif et permettre de donner un meilleur accès à tous et toutes à celui-ci. De plus, certains acteurs considèrent que la lisibilité entre PEPS et maisons sport-santé n'est pas évidente et qu'un rapprochement des deux dispositifs pourrait être à terme envisagé, afin de faciliter la compréhension de tous et de contribuer au plaidoyer commun en faveur du remboursement de l'activité physique à des fins de santé. Enfin, permettre aux bénéficiaires de s'engager dans le PEPS en tant qu'acteurs a également été mentionné comme un axe d'amélioration, répondant en partie à la saturation actuelle du dispositif en termes de charge administrative pour les professionnels. Cet axe pourrait aussi permettre de maximiser l'efficacité du PEPS grâce à la participation accrue des usagers, en tant que principe fort de la promotion de la santé (114),(128). Afin de confirmer cette hypothèse, de nouvelles évaluations de l'impact du dispositif PEPS devront être réalisés dans le futur.

Bibliographie

1. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Organisation Mondiale de la Santé (OMS). [cité 9 juill 2024]. Constitution. Disponible sur: <https://www.who.int/about/governance/constitution>
2. Alla F. 3. Les déterminants de la santé. In: Traité de santé publique [Internet]. Cachan: Lavoisier; 2016 [cité 9 juill 2024]. p. 15-8. (Traités). Disponible sur: <https://www.cairn.info/traite-de-sante-publique--9782257206794-p-15.htm>
3. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Glossaire de promotion de la santé [Internet]. Genève: Organisation Mondiale de la Santé (OMS); 1998 p. 25. Disponible sur: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/67245/WHO_HPR_HEP_98.1_fre.pdf
4. Cambon L, Alla F, Chauvin F. Prévention et promotion de la santé : de quoi parle-t-on ? Actualité et Dossier en Santé Publique (ADSP). juin 2018;(103):64.
5. Dupin CM, Breton É, Kivits J, Minary L. Pistes de réflexion pour l'évaluation et le financement des interventions complexes en santé publique. Santé Publique. 2015;27(5):653-7.
6. Pagani V, Kivits J, Minary L, Cambon L, Claudot F, Alla F. La complexité : concept et enjeux pour les interventions de santé publique. Santé Publique. 2017;29(1):31-9.
7. Pfadenhauer LM, Mozygemb K, Gerhardus A, Hofmann B, Booth A, Lysdahl KB, et al. Context and implementation: A concept analysis towards conceptual maturity. Z Für Evidenz Fortbild Qual Im Gesundheitswesen. 1 janv 2015;109(2):103-14.
8. Peters DH, Adam T, Alonge O, Agyepong IA, Tran N. Republished research: Implementation research: what it is and how to do it. Br J Sports Med. 1 avr 2014;48(8):731-6.
9. Durlak JA, DuPre EP. Implementation Matters: A Review of Research on the Influence of Implementation on Program Outcomes and the Factors Affecting Implementation. Am J Community Psychol. 2008;41(3-4):327.
10. Ridde V, Turcotte-Tremblay AM. L'analyse des processus de mise en œuvre. Une intervention complexe au Burkina Faso : le financement basé sur les résultats. In: Évaluation des interventions de santé mondiale [Internet]. Sciences et Bien commun ; IRD Éditions. Québec ; Marseille: Éditions science et bien commun et IRD Éditions; 2019 [cité 21 juill 2024]. p. 355-81. Disponible sur: <https://scienceetbiencommun.pressbooks.pub/evalsantemondiale/chapter/processus/>
11. ARS Nouvelle-Aquitaine. Présentation de l'Agence régionale de santé Nouvelle-Aquitaine [Internet]. 2023 [cité 5 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/presentation-de-lagence-regionale-de-sante-nouvelle-aquitaine-0>
12. Ministère du travail, de la santé et des solidarités. Ministère du travail, de la santé et des solidarités. 2024 [cité 4 juill 2024]. Loi HPST (hôpital, patients, santé, territoires). Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/financement/financement-des-etablissements-de-sante-10795/financement-des-etablissements-de-sante-glossaire/article/loi-hpst-hopital-patients-sante-territoires>
13. Agence Régionale de Santé. <https://www.ars.sante.fr/>. 2024 [cité 4 juill 2024]. Qu'est-ce qu'une Agence Régionale de Santé. Disponible sur: <https://www.ars.sante.fr/quest-ce-quune-agence-regionale-de-sante>
14. Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine. Le Projet régional de santé Nouvelle-Aquitaine 2018-2028 [Internet]. 2024 [cité 30 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/le-projet-regional-de-sante-nouvelle-aquitaine-2018-2028-0>

15. Lamboy B, Santé Publique France. Interventions fondées sur les données probantes en prévention et promotion de la santé : définitions et enjeux. *Santé En Action*. 2021;(456):6-8.
16. Santé Publique France. Appui de Santé Publique France en région dans le champ de la prévention et de la promotion de la santé pour le diagnostic épidémiologique, l'identification d'interventions efficaces ou prometteuses et l'évaluation quantitative d'interventions efficaces ou prometteuses et l'évaluation quantitative en prévention et promotion de la santé [Internet]. Saint-Maurice: Santé publique France, 2024; 2024 mars p. 39. Disponible sur: www.santepubliquefrance.fr
17. Banta HD, European Advisory Committee on Health Research, World Health Organization Regional Office for Europe. Considerations in defining evidence for public health: the European Advisory Committee on Health Research World Health Organization Regional Office for Europe. *Int J Technol Assess Health Care*. 2003;19(3):559-72.
18. Promotion Santé IdF. PromoSanté IdF. [cité 26 juin 2024]. Données probantes en promotion de la santé. Disponible sur: <https://www.promotion-sante-idf.fr/agir/sinspirer-partager-experiences/donnees-probantes-promotion-sante>
19. Villeval M. Définitions et enjeux autour de la transférabilité des interventions en promotion de la santé : quelques éléments de cadrage. Auvergne-Rhône-Alpes: IREPS Auvergne-Rhône-Alpes, Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes; 2018 juin p. 20.
20. Santé Publique France. Répertoire des interventions efficaces ou prometteuses en prévention et promotion de la santé [Internet]. [cité 26 juin 2024]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/a-propos/services/interventions-probantes-ou-prometteuses-en-prevention-et-promotion-de-la-sante/reperatoire-des-interventions-efficaces-ou-prometteuses-en-prevention-et-promotion-de-la-sante>
21. Agence Régionale de Santé de Nouvelle-Aquitaine. Le PRS 2018 - 2028 | Agence régionale de santé Nouvelle-Aquitaine [Internet]. 2023 [cité 20 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/le-prs-2018-2028>
22. CAPS. La capitalisation des expériences en promotion de la santé [Internet]. CAPS. [cité 26 juin 2024]. Disponible sur: <https://www.capitalisationsante.fr/la-capitalisation/>
23. COREADD Nouvelle-Aquitaine. coreadd.com. 2024 [cité 26 juin 2024]. Les données probantes : quel intérêt en promotion de la santé ? Disponible sur: <https://www.coreadd.com/post/les-donnees-probantes-quels-interets-en-promotion-de-la-sante>
24. Le dispositif PEPS [Internet]. [cité 5 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.peps-na.fr/galerie>
25. Ministère des Sports, des Jeux Olympiques et Paralympiques. sports.gouv.fr. [cité 4 juill 2024]. Maisons Sport-Santé. Disponible sur: <https://www.sports.gouv.fr/maisons-sport-sante-388>
26. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. 2016-41 janv 26, 2016.
27. Decorte É. William Gasparini, Sandrine Knobé (dir.), Le sport-santé. De l'action publique aux acteurs sociaux, Strasbourg, Presses universitaires de Strasbourg, coll. « Sport en société », 2021, 342 p. Staps. 2022;138(4):141-4.
28. 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 - Légifrance [Internet]. [cité 8 juill 2024]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000033748987>
29. Ministère du travail, de la santé et des solidarités. Ministère du travail, de la santé et des solidarités. 2023 [cité 9 juill 2024]. Activité physique et santé. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/article/activite-physique-et-sante>

30. Haute Autorité de Santé (HAS). Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées [Internet]. Haute Autorité de Santé (HAS); 2011 avr [cité 13 juill 2024] p. 94. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1059795/fr/developpement-de-la-prescription-de-therapeutiques-non-medicamenteuses-validees
31. Agence Régionale de Santé de Nouvelle-Aquitaine, DRAJES Nouvelle-Aquitaine, Conseil Régional de Nouvelle-Aquitaine, Eformip. Evaluation régionale du dispositif PEPS. Nouvelle-Aquitaine: ARS NA, DRAJES NA, Conseil Régional NA, association Eformip; 2022 juin p. 83.
32. peps-na.fr [Internet]. [cité 14 juill 2024]. L'orientation dans le dispositif PEPS. Disponible sur: <https://www.peps-na.fr/lorientation-dans-le-dispositif>
33. peps-na.fr [Internet]. [cité 14 juill 2024]. La prescription d'activité physique. Disponible sur: <https://www.peps-na.fr/newpage>
34. peps-na.fr [Internet]. [cité 14 juill 2024]. Comment compléter le formulaire de prescription ? Disponible sur: <https://www.peps-na.fr/newpagebf7d970c>
35. peps-na.fr [Internet]. [cité 29 juin 2024]. Rechercher une structure dans le programme PEPS. Disponible sur: <https://referencement.peps-na.fr/>
36. Géoconfluences. Géoconfluences. École normale supérieure de Lyon; 2021 [cité 23 juill 2024]. Territoire. Disponible sur: <https://geoconfluences.ens-lyon.fr/glossaire/territoire>
37. Géoconfluences. Géoconfluences. École normale supérieure de Lyon; 2022 [cité 23 juill 2024]. Territoire, territorialisation, territorialité. Disponible sur: <https://geoconfluences.ens-lyon.fr/glossaire/territoires-territorialisation-territorialite>
38. Paquot T. Qu'est-ce qu'un « territoire » ? Vie Soc. 2011;2(2):23-32.
39. Baud P, Bourgeat S, Bras C. Dictionnaire de géographie - 6e édition [Internet]. Hatier. Paris; 2022 [cité 23 juill 2024]. 624 p. (Librairie Gallimard). Disponible sur: <https://www.librairie-gallimard.com/livre/9782401086227-dictionnaire-de-geographie-pascal-baud-serge-bourgeat-catherine-bras/>
40. Vernières M. Les inégalités territoriales : le cas des territoires ruraux. In 2009 [cité 9 juin 2024]. Disponible sur: <https://shs.hal.science/halshs-00379451>
41. Loi relative à la délimitation des régions, aux élections régionales et départementales et modifiant le calendrier électoral. In: Wikipédia [Internet]. [cité 8 juill 2024]. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Loi_relative_%C3%A0_la_d%C3%A9limitation_des_r%C3%A9gions,_aux_%C3%A9lections_r%C3%A9gionales_et_d%C3%A9partementales_et_modifiant_le_calendrier_%C3%A9lectoral&oldid=215254433
42. Insee, Decorme H, Kolpak MJ, Raffin C. La Nouvelle-Aquitaine à grands traits [Internet]. Nouvelle-Aquitaine: Insee Analyses - Nouvelle-Aquitaine; 2016 nov [cité 29 juin 2024] p. 4. Report No.: 36. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2416573>
43. Région Nouvelle-Aquitaine. Région Nouvelle-Aquitaine. 2024 [cité 8 juill 2024]. La Nouvelle-Aquitaine, plus grande région de France. Disponible sur: <https://www.nouvelle-aquitaine.fr/le-territoire/la-plus-grande-region-de-france>
44. Brunet L, Insee. Avec plus de 6 millions d'habitants, la Nouvelle-Aquitaine troisième région la plus peuplée [Internet]. 2022 déc [cité 8 juill 2024] p. 2. Report No.: 95. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6680598>
45. Insee, Dalla-Longa M. La Gironde à grands traits [Internet]. Nouvelle-Aquitaine: Insee Analyses Nouvelle-Aquitaine; 2016 mars [cité 29 juin 2024] p. 4. Report No.: 16. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1908417>
46. Direction Départementale des Territoires et de la Mer de Gironde (DDTM 33). La Gironde [Internet]. Gironde: Direction Départementale des Territoires et de la Mer de Gironde (DDTM

- 33); 2022 [cité 8 juill 2024] p. 6. Disponible sur: https://www.gironde.gouv.fr/contenu/telechargement/63941/426686/file/6pages_portrait_Gironde_2022.pdf
47. Direction Départementale des Territoires et de la Mer de Gironde (DDTM 33). Atlas girondin : la Gironde vue par la DDTM 33 [Internet]. Gironde: Direction Départementale des Territoires et de la Mer de Gironde (DDTM 33); 2020 [cité 8 juill 2024] p. 82. Disponible sur: <https://www.gironde.gouv.fr/contenu/telechargement/52567/352873/file/Atlas+girondin+-+DDTM++2020.pdf>
48. Observatoire Régional de la Santé de Nouvelle-Aquitaine (ORS NA). Gironde : fiches indicateurs [Internet]. Gironde: Observatoire Régional de Snté de Nouvelle-Aquitaine (ORS NA); 2023 nov [cité 8 juill 2024] p. 12. Disponible sur: https://www.ors-na.org/wp-content/uploads/2023/12/33-Dep_Gironde.pdf
49. Conseil Départemental de Gironde. gironde.fr. [cité 8 juill 2024]. La Gironde. Disponible sur: <https://www.gironde.fr/le-departement/la-gironde>
50. Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques (DREES)S. DREES - Cohésion Sociale - Travail - Emploi. 2022 [cité 8 juill 2024]. 1 - Données générales - Panorama Statistique - Gironde. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/panorama/tableau/demogr/demogr.asp-prov=BS-depar=BY.htm#top>
51. Observatoire Régional de la Santé de Nouvelle-Aquitaine (ORS NA). ORS Nouvelle Aquitaine. 2023 [cité 29 juin 2024]. Contrats locaux de santé – Fiches synthétiques des indicateurs par territoire CLS : Département de la Gironde. Disponible sur: <https://www.ors-na.org/publications/contrats-locaux-de-sante-fiches-synthetiques-des-indicateurs-par-territoire-cls-departement-de-la-gironde/>
52. Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine. Agence Régionale de Santé de Nouvelle-Aquitaine. 2024 [cité 29 juin 2024]. Le contrat local de santé (CLS) : un outil porté conjointement par l'ARS et une collectivité pour réduire les inégalités territoriales et sociales de santé. Disponible sur: <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/le-contrat-local-de-sante-cls-un-outil-porte-conjointement-par-lars-et-une-collectivite-pour>
53. CAPS. CAPS. [cité 26 juin 2024]. Le Portail CAPS. Disponible sur: <https://www.capitalisationsante.fr/>
54. Zutter P de. Des histoires, des savoirs et des hommes. ECLM; 1994. 152 p.
55. Messan A zita. Evaluation d'impact sur la santé et l'équité en santé du dispositif régional PEPS : élaboration d'une méthode spécifique aux territoires ruraux et péri-urbains [Internet] [These en préparation]. Poitiers; 2021 [cité 29 juin 2024]. Disponible sur: <https://theses.fr/s307543>
56. peps-na.fr [Internet]. [cité 30 mai 2024]. Programme PEPS : Prescription d'Exercice Physique pour la Santé. Disponible sur: <https://www.peps-na.fr/>
57. Sifer-Rivière L. Chapitre 6. Enquêter par entretien : se saisir du discours et de l'expérience des personnes. In: Les recherches qualitatives en santé [Internet]. Paris: Armand Colin; 2023 [cité 21 mars 2024]. p. 174-94. (Collection U). Disponible sur: <https://www.cairn.info/les-recherches-qualitatives-en-sante--9782200631970-p-174.htm>
58. Barbot J. 6 – Mener un entretien de face à face. In: L'enquête sociologique [Internet]. Paris cedex 14: Presses Universitaires de France; 2012 [cité 22 mars 2024]. p. 115-41. (Quadrige). Disponible sur: <https://www.cairn.info/l-enquete-sociologique--9782130608738-p-115.htm>
59. TurboScribe. TurboScribe. [cité 29 juin 2024]. TurboScribe: Transcribe Audio and Video to Text. Disponible sur: <https://turboscribe.ai/>
60. Rampin et al. Taguette: open-source qualitative data analysis [Internet]. 2021 [cité 23 juill 2024]. Disponible sur: <https://doi.org/10.21105/joss.03522>

61. Kirchherr J, Charles K. Enhancing the sample diversity of snowball samples: Recommendations from a research project on anti-dam movements in Southeast Asia. PLoS ONE. 22 août 2018;13(8):e0201710.
62. Organisation Mondiale de la Santé. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). 2024 [cité 8 juill 2024]. Activité physique. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>
63. Charles M, Larras B, Bigot J, Prznozny C. L'activité physique sur prescription en France : état des lieux en 2019 - dynamiques innovantes et essor du sport sur ordonnance. Clermont-Ferrand: Observatoire national de l'activité physique et de la sédentarité ; Vichy : Pôle Ressources National Sport Santé Bien-Être: Observatoire National de l'Activité Physique et de la Sédentarité (ONAPS); 2019 oct p. 84.
64. Haute Autorité de santé (HAS). Consultation et prescription médicale d'activité physique à des fins de santé [Internet]. 2022 déc [cité 22 févr 2024] p. 79. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2876862/fr/consultation-et-prescription-medicale-d-activite-physique-a-des-fins-de-sante
65. Caspersen CJ, Powell KE, Christenson GM. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. Public Health Rep. avr 1985;100(2):126.
66. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Lignes directrices de l'OMS sur l'activité physique et la sédentarité [Internet]. Genève: Équipe OMS Portugal, Spain, Estonia, Poland, Slovenia; 2021 p. 104. Disponible sur: <https://www.who.int/europe/fr/publications/9789240014886>
67. Verdot C, Salanave B, Escalon H, Deschamps V, Santé Publique France. Prévalences nationales et régionales de l'activité physique et de la sédentarité des adultes en France : résultats du Baromètre de Santé publique France 2021 [Internet]. Santé Publique France; 2024 juin [cité 8 juill 2024] p. 240-9. (Bulletin épidémiologique hebdomadaire). Report No.: 12. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/import/prevalences-nationales-et-regionales-de-l-activite-physique-et-de-la-sedentarite-des-adultes-en-france-resultats-du-barometre-de-sante-publique-f>
68. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). World Health Organization - Regional Office for the Eastern Mediterranean. [cité 9 juill 2024]. Sédentarité et maladies non-transmissibles. Disponible sur: <http://www.emro.who.int/fr/noncommunicable-diseases/causes/physical-inactivity.html>
69. Lee IM, Shiroma EJ, Lobelo F, Puska P, Blair SN, Katzmarzyk PT, et al. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. Lancet Lond Engl. 21 juill 2012;380(9838):219-29.
70. Strain T, Flaxman S, Guthold R, Semenova E, Cowan M, Riley LM, et al. National, regional, and global trends in insufficient physical activity among adults from 2000 to 2022: a pooled analysis of 507 population-based surveys with 5·7 million participants. Lancet Glob Health [Internet]. 25 juin 2024 [cité 9 juill 2024];0(0). Disponible sur: [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(24\)00150-5/fulltext?utm_source=brevo&utm_campaign=BVS%20n18&utm_medium=email](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(24)00150-5/fulltext?utm_source=brevo&utm_campaign=BVS%20n18&utm_medium=email)
71. Furrer P. Investir pour une société plus active et sportive. Santé En Action. déc 2020;(454):17-20.
72. Ministère des Sports, des Jeux Olympiques et Paralympiques. sports.gouv.fr. [cité 9 juill 2024]. Les bienfaits du sport. Disponible sur: <https://www.sports.gouv.fr/les-bienfaits-du-sport-25>
73. Mutualité Française. L'observatoire sport-santé : favoriser durablement l'activité physique au bénéfice de la santé [Internet]. Mutualité Française; 2024 juin [cité 9 juill 2024] p. 42. Report No.: 7e édition. Disponible sur: <https://www.mutualite.fr/presse/observatoire-sport-sante-favoriser-durablement-lactivite-physique-au-benefice-de-la-sante/>

74. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Organisation Mondiale de la Santé (OMS). 2021 [cité 9 juill 2024]. WHO Guidelines on Physical Activity and Sedentary Behaviour. Disponible sur: <https://www.who.int/multi-media/details/who-guidelines-on-physical-activity-and-sedentary-behaviour>
75. Assurance Maladie. ameli.fr. 2024 [cité 9 juill 2024]. L'activité physique, un enjeu de santé publique. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/sante-prevention/activite-physique-activite-physique-adaptee/activite-physique-enjeu-sante-publique>
76. Anses. Anses - Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail. 2022 [cité 9 juill 2024]. Manque d'activité physique et excès de sédentarité : une priorité de santé publique. Disponible sur: <https://www.anses.fr/fr/content/manque-d'E2%80%99activit%C3%A9-physique-et-exc%C3%A8s-de-s%C3%A9dentarit%C3%A9%C3%A9-une-priorit%C3%A9%C3%A9-de-sant%C3%A9%C3%A9-publique>
77. Escalon H, Verdot C, Serry AJ. Connaissance des recommandations sur l'activité physique et la sédentarité, comportements et perceptions : résultats du baromètre Santé Publique France 2021. Bull Épidémiol Hebd. juin 2024;(12):250-8.
78. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Institute for Health Metrics and Evaluation. 2023 [cité 10 juill 2024]. Global Burden of Disease 2021. Disponible sur: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results>
79. Ministère des Sports. Activité physique et sportive, santé et qualité des finances publiques [Internet]. 2018 janv [cité 10 juill 2024] p. 12. (Sport Eco). Report No.: 11. Disponible sur: <https://www.sports.gouv.fr/sites/default/files/2023-01/note-d-analyse-n-11-activit-physique-et-sportive-sant-et-qualit-des-finances-publiques-3325.pdf>
80. Ministère des Sports, des Jeux Olympiques et Paralympiques. sports.gouv.fr. 2024 [cité 10 juill 2024]. Grande Cause Nationale. Disponible sur: <https://www.sports.gouv.fr/grande-cause-nationale-2116>
81. Ministère des Sports, des Jeux Olympiques et Paralympiques. Grande Cause Nationale. 2024 [cité 10 juill 2024]. Grande Cause Nationale 2024 - Bâtir la nation sportive... Et faire nation par le sport. Disponible sur: <https://www.grandcause-sport.fr/>
82. Ministère des Sports, des Jeux Olympiques et Paralympiques, Santé Publique France. Ouverture officielle des Rencontres | Rencontres Santé publique France [Internet]. Grande Cause Nationale 2024. 2024 [cité 10 juill 2024]. Disponible sur: <https://www.rencontresantepubliquefrance.fr/sessions/ouverture-officielle-des-rencontres-2/>
83. Defrance J, El Boujjoufi T, Hoibian O. Introduction. Activité physique et santé. In: Le Sport au secours de la Santé [Internet]. Vulaines-sur-Seine: Éditions du Croquant; 2021 [cité 10 juill 2024]. p. 7-26. (Hors collection). Disponible sur: <https://www.cairn.info/le-sport-au-secours-de-la-sante--9782365122993-p-7.htm>
84. Defrance J, Boujjoufi TE, Hoibian O. Le sport au secours de la santé : Politiques de santé publique et activité physique. Une sociohistoire, 1885-2020 [Internet]. Vulaines-sur-Seine: Editions du Croquant; 2021. 519p. (Champ social). Disponible sur: <https://www.cairn-info.ehesp.idm.oclc.org/le-sport-au-secours-de-la-sante--9782365122993.htm>
85. Defrance J, El Boujjoufi T, Hoibian O. Conclusion de la troisième partie - Le développement d'une politique reposant sur l'institutionnalisation progressive de la santé publique. In: Le Sport au secours de la Santé [Internet]. Vulaines-sur-Seine: Éditions du Croquant; 2021 [cité 10 juill 2024]. p. 489-94. (Hors collection). Disponible sur: <https://www.cairn.info/le-sport-au-secours-de-la-sante--9782365122993-p-489.htm>
86. Defrance J, El Boujjoufi T, Hoibian O. Pour conclure l'ensemble... Le sport au secours de la santé. In: Le Sport au secours de la Santé [Internet]. Vulaines-sur-Seine: Éditions du Croquant; 2021 [cité 9 juin 2024]. p. 495-519. (Hors collection). Disponible sur: <https://www.cairn.info/le-sport-au-secours-de-la-sante--9782365122993-p-495.htm>

87. Chauliac M. Le Programme national nutrition santé : conception, stratégies, mise en œuvre, impacts. *Trib Santé*. 2015;49(4):29-39.
88. Instruction interministérielle N° DGS/EA3/DGESIP/DS/SG/2017/81 du 3 mars 2017 relative à la mise en oeuvre 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. [Internet]. mars 3, 2017. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/circulaire/id/42071>
89. Bouttet F, Didierjean R, Hot F, Lepori M, Lessard C. Extension et déstabilisation d'une politique de santé publique : L'entrée des « Maisons Sport-Santé » dans le dispositif d'encadrement de la prescription médicale d'activité physique. *Emulations - Rev Sci Soc*. 2023;(45):37-56.
90. prescrimouv-grandest.fr [Internet]. 2022 [cité 13 juill 2024]. Prescri'mouv, bougez plus pour mieux vivre en Grand Est. Disponible sur: <https://prescrimouv-preprod.pulsy.fr/>
91. prescriforme.fr [Internet]. [cité 13 juill 2024]. Prescri'forme. Disponible sur: <https://www.prescriforme.fr/>
92. Ministère des Sports, des Jeux Olympiques et Paralympiques. Cartographies régionales des offres [Internet]. Pôle Ressources National Sport Santé Bien-Être. 2022 [cité 13 juill 2024]. Disponible sur: https://pole-sante.creps-vichy.sports.gouv.fr/?page_id=12746
93. Ministère des Sports, des Jeux Olympiques et Paralympiques, Ministère des Solidarités et de la Santé. sports.gouv.fr. [cité 13 juill 2024]. Les Maisons Sport-Santé, un outil d'égalité des chances et d'accès au droit de la santé par le sport. Disponible sur: <https://www.sports.gouv.fr/les-maisons-sport-sante-un-outil-d-equalite-des-chances-et-d-acces-au-droit-de-la-sante-par-le-sport>
94. LOI n° 2022-296 du 2 mars 2022 visant à démocratiser le sport en France. 2022-296 mars 2, 2022.
95. Décret n° 2023-234 du 30 mars 2023 relatif aux conditions de prescription et de dispensation de l'activité physique adaptée. 2023-234 mars 30, 2023.
96. Bauduer F, Vanz E, Guillet N, Maurice S. La prescription d'activité physique par le médecin traitant : l'expérience de Biarritz Côte Basque Sport Santé. *Santé Publique*. 2018;30(3):313-20.
97. peps-na.fr [Internet]. [cité 13 juill 2024]. Présentation - dispositif PEPS. Disponible sur: <https://www.peps-na.fr/description>
98. Ministère des Sports, des Jeux Olympiques et Paralympiques. sports.gouv.fr. [cité 22 févr 2024]. Stratégie Nationale Sport Santé 2019-2024. Disponible sur: <https://www.sports.gouv.fr/strategie-nationale-sport-sante-2019-2024-85>
99. Ministère de la Santé et de la Prévention, Ministère des Sports, des Jeux Olympiques et Paralympiques. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2023 [cité 5 janv 2024]. Annonces de nouvelles mesures en faveur des maisons Sport Santé. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/actualites/presse/communiques-de-presse/article/annonces-de-nouvelles-mesures-en-faveur-des-maisons-sport-sante>
100. Décret n° 2023-170 du 8 mars 2023 relatif à l'habilitation des maisons sport-santé. 2023-170 mars 8, 2023.
101. Arrêté du 25 avril 2023 portant cahier des charges des maisons sport-santé et contenu du dossier de demande d'habilitation et de renouvellement d'habilitation.
102. Honta M, Illivi F. L'accès de tous à la pratique sportive : l'État local en action. *Rev Fr Adm Publique*. 2017;164(4):873-86.
103. Defrance J, El Boujjoufi T, Hoibian O. Chapitre 7. Le « sport santé », ou la transfiguration du sport en bien de salut ... La santé au secours du sport. In: *Le Sport au secours de la Santé*

- [Internet]. Vulaines-sur-Seine: Éditions du Croquant; 2021 [cité 9 juin 2024]. p. 439-78. (Hors collection). Disponible sur: <https://www.cairn.info/le-sport-au-secours-de-la-sante--9782365122993-p-439.htm>
104. Defrance J, El Boujjoufi T, Hoibian O. Introduction - partie III : Critique de la sédentarité, des modes de vie et de la prise en charge individuelle de la santé, 1970-2020. In: Le Sport au secours de la Santé [Internet]. Vulaines-sur-Seine: Éditions du Croquant; 2021 [cité 15 août 2024]. p. 305-14. (Hors collection). Disponible sur: <https://www.cairn.info/le-sport-au-secours-de-la-sante--9782365122993-p-305.htm>
105. Oualhaci A. Les Maisons sport-santé : des enjeux de coordination, de légitimation et de financement. INJEP Anal Synthèse. juill 2023;(69):4.
106. Oualhaci A. Maisons sport-santé : l'émergence et la structuration d'un nouvel instrument d'action publique [Internet]. INJEP; 2022 [cité 10 janv 2024] p. 106. Disponible sur: <https://injep.fr/publication/maisons-sport-sante-lemergence-et-la-structuration-dun-nouvel-instrument-daction-publique/>
107. Conférence 1: Comment optimiser les modèles socio-économiques du Sport Santé ? [Internet]. Hauts-De-France; 2024 [cité 15 août 2024]. Disponible sur: <https://sportsantehdf.fr/index.php/replays2023-2024/replays-2024/conference1-2024>
108. Ungureanu J, Toussaint JF, Breton É. Améliorer les politiques nationales de promotion de l'activité physique favorable à la santé. Santé Publique. 2018;30(2):157-67.
109. Sport Santé 86. SAPA : la Santé par l'Activité Physique Adaptée [Internet]. Région Nouvelle-Aquitaine; [cité 15 août 2024]. Disponible sur: <https://sapa-na.fr/>
110. Perrin C. Construction du territoire professionnel de l'enseignant en Activité Physique Adaptée dans le monde médical. Santé Publique. 2016;S1(HS):141-51.
111. Favier-Ambrosini B, Delalandre M. Les réseaux Sport Santé Bien-être : un gouvernement par le chiffre. Terrains Trav. 2 juill 2018;32(1):81-106.
112. Honta M, Illivi F. Les associations sportives au service des politiques de santé publique : les ressorts d'un engagement par la libre conformation. Corps. 2019;17(1):55-63.
113. Illivi F, Honta M. L'instrumentation de la lutte contre les inégalités d'accès à l'activité physique. Un gouvernement des conduites par la qualité. Rev Fr Aff Soc. 2019;(3):169-88.
114. Joanny R, Morillon A, Kassabian A, Chantraine A. L'important c'est de participer ! Co-construire une offre locale d'activités physiques avec et pour les personnes sédentaires en situation de précarité [Internet]. Pays de St-Malo: Promotion Santé Bretagne; 2021 [cité 17 juill 2024] p. 141. Disponible sur: <https://promotion-sante-bretagne.org/publications/limportant-cest-de-participer/>
115. Defrance J. Chapitre 4. Éclipse et renaissance d'un idéal de mode de vie « sain ». Épidémiologie et santé publique. In: Le Sport au secours de la Santé [Internet]. Vulaines-sur-Seine: Éditions du Croquant; 2021 [cité 15 août 2024]. p. 315-49. (Hors collection). Disponible sur: <https://www.cairn.info/le-sport-au-secours-de-la-sante--9782365122993-p-315.htm>
116. Pickett AC, Bowie M, Berg A, Towne SD, Hollifield S, Smith ML. Rural-Urban Differences in Physical Activity Tracking and Engagement in a Web-Based Platform. Public Health Rep. 21 janv 2022;138(1):76-84.
117. Kegler MC. Inequities in Physical Activity Environments and Leisure-Time Physical Activity in Rural Communities. Prev Chronic Dis [Internet]. 2022 [cité 9 juin 2024];19. Disponible sur: https://www.cdc.gov/pcd/issues/2022/21_0417.htm
118. Caillavet F, Castetbon K, César C, Chaix B, Charreire H, Darmon NN, et al. Inégalités sociales de santé en lien avec l'alimentation et l'activité physique - Synthèse, discussion et

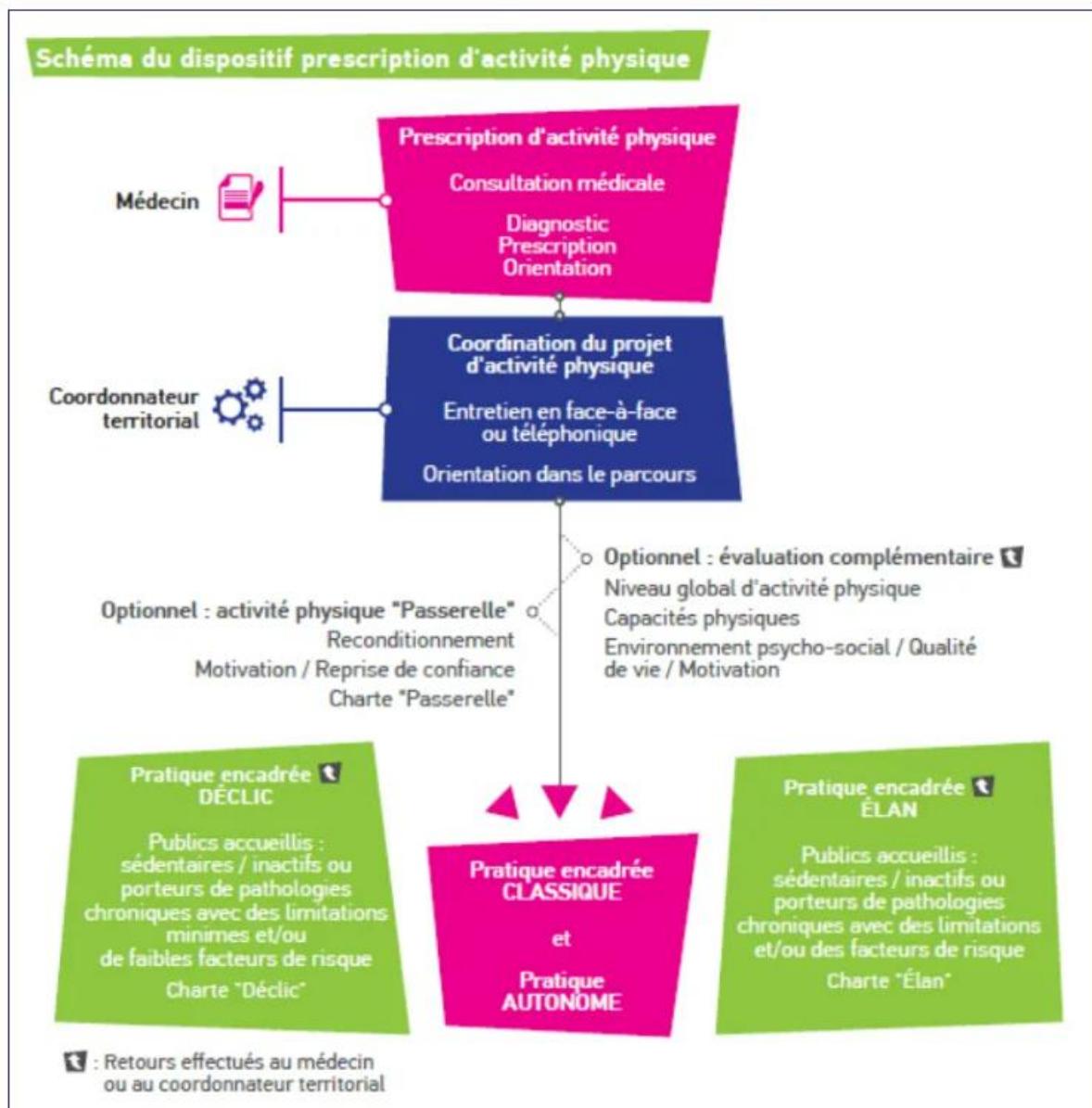
perspectives [Internet]. Paris: Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM); 2014 [cité 19 août 2024] p. 90. Disponible sur: <https://inserm.hal.science/inserm-02102913>

119. Honta M. Médicaliser les inégalités socio spatiales. La légitimation sanitaire des mises en politique de la lutte contre la précarité en milieu rural. *Rev Fr Aff Soc.* 2021;(3):69-87.
120. Pedersen MRL, Bredahl TVG, Elmose-Østerlund K, Hansen AF. Motives and Barriers Related to Physical Activity within Different Types of Built Environments: Implications for Health Promotion. *Int J Environ Res Public Health.* 24 juill 2022;19(15):9000.
121. Santé Publique France. Avis d'experts relatif à la prévention de l'obésité dans le contexte des inégalités sociales de santé [Internet]. Saint-Maurice: Santé publique France; 2024 [cité 18 août 2024] p. Synthèse : 4p. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/import/avis-d-experts-relatif-a-la-prevention-de-l-obesite-dans-le-contexte-des-inegalites-sociales-de-sante>
122. Ministère des Sports, des Jeux Olympiques et Paralympiques. sports.gouv.fr. [cité 16 août 2024]. Découvrez les Maisons Sport-Santé les plus proches de chez vous. Disponible sur: <https://www.sports.gouv.fr/dcouvrez-les-maisons-sport-sante-les-plus-proches-de-chez-vous-389>
123. Honta M. La fabrique intercommunale de l'équité territoriale : tensions et renoncements. *Gérontologie Société.* 2020;42 / 162(2):233-48.
124. Honta M. Sport et action publique locale: des initiatives entre concurrence et complémentarité inter-institutionnelles. Le cas de la ville de Mérignac (Gironde). *Staps.* 2004;63(1):107-22.
125. Franceinfo.sport. Paris 2024 : les clubs sportifs enregistrent une hausse des inscriptions. Franceinfo. 15 août 2024;1.
126. Sauvayre R. Chapitre 3. Le guide d'entretien. In: Initiation à l'entretien en sciences sociales [Internet]. Paris: Armand Colin; 2021 [cité 12 août 2024]. p. 29-60. (Cursus; vol. 2e éd.). Disponible sur: <https://www.cairn.info/initiation-a-l-entretien-en-sciences-sociales--9782200630836-p-29.htm>
127. Savoie-Zajc L. Saturation : définition. In: Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines [Internet]. Paris: Armand Colin; 2009 [cité 12 août 2024]. p. 226-78. (Dictionnaire; vol. 3e éd.). Disponible sur: <https://www.cairn.info/dictionnaire-methodes-qualitatives-en-sciences--9782200244491-p-226.htm>
128. Agence de la santé publique du Canada. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé : Une conférence internationale pour la promotion de la santé [Internet]. 1986 [cité 30 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/sante-population/charter-ottawa-promotion-sante-conference-internationale-promotion-sante.html>

Liste des annexes

- **Annexe 1 :** Schéma du dispositif « PEPS » (Prescription d'Exercice Physique pour la Santé) de prescription d'activité physique
- **Annexe 2 :** Guide d'entretien adapté de la méthodologie « CAPS », version « acteurs et actrices de terrain »
- **Annexe 3 :** Guide d'entretien adapté de la méthodologie « CAPS », version « bénéficiaires »
- **Annexe 4 :** Profils des personnes enquêtées
- **Annexe 5 :** Chronologie du sport-santé en France et en Nouvelle-Aquitaine
- **Annexe 6 :** Les différents bassins de vie en Gironde et les maisons sport-santé du département
- **Annexe 7 :** Nuage des mots-clefs proposés par les acteurs pour représenter la relation entre le PEPS et les maisons sport-santé de Gironde

Annexe 1 : Schéma du dispositif « PEPS » (Prescription d'Exercice Physique pour la Santé) de prescription d'activité physique (97)



Annexe 2 : Guide d'entretien adapté de la méthodologie « CAPS », version « acteurs et actrices de terrain »

Critères d'inclusion de l'étude : être un.e professionnel.le exerçant sur le territoire Girondin en lien avec le dispositif PEPS. Sont inclus :

- **Les professionnels du sport** (éducateurs sportifs, EAPA, BPJEPs, autres diplômes et formations permettant l'encadrement de séances de sport / activité physique sur ordonnance)
 - **Les professionnels de la santé “prescripteurs”** : qui possèdent dans leur champ de compétences professionnel la **prescription** de sport / AP sur ordonnance (médecins généralistes, spécialistes toutes spécialités confondues, qu'ils prescrivent ou non de l'AP)
 - **Les professionnels de la santé et de la rééducation** qui possèdent dans leur champ de compétences professionnel l'encadrement du sport ou de l'AP sur ordonnance (masseur-kinésithérapeutes, ergothérapeutes et psychomotriciens)
 - **Les professionnels exerçant dans des associations identifiées comme partenaires du PEPS** (validées comme porteuses d'activités élan/déclic/passerelles +/- plateformes d'éval dans les commissions de référencement du PEPS)
 - **Les professionnels de collectivités porteuses de passerelles +/- de maisons sport-santé** (coordination, dimension administrative, financière, politique)
 - **Les coordinatrices du dispositif PEPS** pour le département de Gironde
- **Les professionnels des institutions pilotant le PEPS** : ARS (siège et DD33), DRAJES/SDJES, région Nouvelle-Aquitaine - *guide d'entretien standardisé du CAPS*
- **Les usagers et usagères du PEPS** peuvent également être questionnés au titre de leur expérience personnelle du dispositif - *guide d'entretien spécifiquement adapté*

Mise en œuvre de l'entretien :

Entretiens semi-directifs menés à partir de la trame fournie par la démarche CAPS (guide d'entretien standardisée en 3 parties). Les 3 parties “contexte de l'action”, “action” et “évaluation” ont toutes été adaptées afin de correspondre aux pratiques des acteurs de terrain. Durée de l'entretien prévue : maximum 1h.

Introduction de l'entretien :

“Merci d'avoir accepté de participer à cet entretien. Je suis Marguerite et je suis étudiante en Master 2 en prévention et en promotion de la santé à Rennes. Dans le cadre de mon mémoire de Master 2, je m'intéresse au “PEPS”, pour Prescription d'Exercice Physique pour la Santé, qui est un dispositif développé en région Nouvelle-Aquitaine. Nous allons aujourd'hui évoquer le fonctionnement du PEPS sur votre territoire et je vous demanderai votre avis sur ce dispositif. Afin de faciliter les échanges, acceptez-vous que l'on enregistre notre discussion ? L'enregistrement sera conservé dans un espace sécurisé et ne pourra être consulté que par moi-même. Les propos recueillis dans le cadre de cet entretien seront traités de façon strictement anonyme.”

Partie 1 : présentation de la personne et lien avec le PEPS

- Pour commencer, pourriez-vous me présenter brièvement votre parcours ?
- Quelle formation avez-vous ? (initiale / continue ; en lien avec le sport-santé / APA)
- Où travaillez-vous actuellement ?

Structure(s) / établissement(s) d'exercice, temps de travail dédié au sujet, statut (salarié, fonctionnaire, prestataire de service... Si le temps de travail est découpé en plusieurs parties, demander le détail des temps de travail et le statut)

- Quelles sont vos missions à ce(s) poste(s) ?
- Avez-vous une ou plusieurs spécificités dans votre pratique professionnelle concernant l'accueil de certains publics ?

Ex : pédiatrie, gériatrie, prise en charge de certaines pathologies : neurologie, cardiologie, cancérologie, diabète... Ou autres)

[Hors prescripteurs]

- Quel(s) type(s) de créneau(x) et d'activité(s) proposez-vous en lien avec le PEPS ?
- Quel(s) type(s) de public(s) accueillez-vous dans la ou les activité(s) que vous proposez ?

Ex : Tranches d'âge => Personnes âgées, jeunes, enfants, adultes ? Éventuellement des infos sur le genre le plus représenté ? Dimension "accès de la pratique à tous et toutes" et notamment aux plus précaires ? Personnes en situation de handicap (physique, psychique, cognitif, social) accueillies ?

Partie 2 : fonctionnement du dispositif PEPS sur le territoire et acteurs impliqués

- Avec vos mots, comment décririez-vous ce qu'est le PEPS ?
Dispositif de prévention primaire, sport sur ordonnance...
 - Quels sont selon vous les objectifs du PEPS pour la population ?
 - Depuis quand connaissez-vous le PEPS ?
Antériorité sur le territoire, vision ou non de l'évolution du dispositif...
 - Depuis quand participez-vous au dispositif PEPS ?
 - Qu'est-ce qui vous a motivé.e pour rejoindre le dispositif ?
 - Selon vous, quel est le parcours "type" du bénéficiaire dans le dispositif PEPS (avant, dedans, après) ?
 - (Selon l'antériorité ou non dans le dispositif) Avez-vous constaté des évolutions dans ce parcours au cours du temps ?
 - Quels sont les acteurs avec lesquels vous êtes régulièrement en lien sur votre territoire ?
 - A quelle fréquence en moyenne ?
 - Dans quel(s) but(s) (pourquoi) êtes-vous en contact / vous rencontrez-vous ?
- Prescripteurs, (autres) associations, maison(s) sport-santé du territoire, établissements de santé, collectivités / EPCI... + Diversité des acteurs possibles : lien avec les établissements de santé dans le cadre de l'ETP ? Du bilan aux 4 âges de la vie ?.. Liens avec les instances représentatives des professionnels de la santé ? Lien avec des travailleurs sociaux, des CCAS ? Liens avec des outils de politiques publiques (CLS, CLSM, DAC, PAT...) ?

Partie 3 : représentation du dispositif PEPS en Gironde (atouts, limites, évolutions)

- Selon vous, quels sont les atouts du dispositif PEPS en Gironde ? (évolutions / T?)
 - De même, quels sont les freins à son bon fonctionnement en Gironde ?
- en termes d'implantation sur le territoire = **dimension territoriale**
- en termes de **coopération, de communication** avec les différents acteurs
- en termes de **coordination, de complémentarité, de concurrence avec d'autres dispositifs existants** (maisons sport-santé, structures sportives...)
- en termes de **fonctionnement des points de vue économique, politique**

- Quelles sont les "ressources externes au PEPS" sur lesquelles vous pouvez vous appuyer et qui favorisent sa mise en œuvre ?

Si la personne ne parle pas du tout des maisons sport-santé, questionner éventuellement pourquoi (et rebondir en fonction de la réponse)

[Si échanges sur le dispositif maisons sport-santé] + dimension d'évolution dans le temps

- Comment s'articulent la/les maison(s) sport-santé de votre territoire et le PEPS ?
 - Quels en sont selon vous les points forts ?
 - Quels pourraient être les points à améliorer ?
- Comment la maison sport-santé du territoire fonctionnerait si le PEPS n'existe pas (sur ce même territoire) ?
- Comment le PEPS fonctionnerait localement si la maison sport-santé n'existe pas sur le territoire ?
- Qu'est-ce qu'apporte la complémentarité des dispositifs PEPS et MSS ?

Quels effets positifs pour les usagers et usagères, et/ou négatifs s'il y en a...

- Si vous deviez résumer en un mot le lien entre PEPS et MSS sur votre territoire, quel serait-il ?

Partie 4 : avis, pistes d'amélioration, recommandations

- A la suite de notre échange, avez-vous des idées et/ou des recommandations à faire pour faire évoluer le dispositif PEPS dans le département de Gironde ?
- Est-ce qu'il y a des choses concernant le PEPS dont nous n'avons pas parlé et que vous souhaiteriez évoquer ?

Clôture de l'entretien et prise de contact(s)

- Auriez-vous un prescripteur de votre secteur à me conseiller de contacter dans le cadre de cette étude ?
[Hors prescripteurs]
- Seriez-vous d'accord pour que j'assiste à une séance avec vous et des usagers / usagères du PEPS ?
- Si oui, vous semble-t'il possible que je discute avec eux et elles à la fin de la session afin de recueillir leurs avis sur le dispositif ?

Fin d'entretien : remercier la personne pour son temps et son partage d'expérience, rappeler que l'usage des données recueillies sera fait dans un cadre d'anonymat

Annexe 3 : Guide d'entretien adapté de la méthodologie « CAPS », version « bénéficiaires »

Critères d'inclusion de l'étude : être un.e professionnel.le exerçant sur le territoire Girondin en lien avec le dispositif PEPS. Sont inclus :

- **Les professionnels du sport** (éducateurs sportifs, EAPA, BPJEPs, autres diplômes permettant l'encadrement de séances de sport / activité physique sur ordonnance)
- **Les professionnels de la santé “prescripteurs”** : qui possèdent dans leur champ de compétences professionnel la **prescription** de sport / AP sur ordonnance (médecins généralistes, spécialistes toutes spécialités confondues, qu'ils prescrivent ou non de l'AP)
- **Les professionnels de la santé et de la rééducation** qui possèdent dans leur champ de compétences professionnel l'encadrement du sport ou de l'AP sur ordonnance (ergothérapeutes, psychomotriciens et masseur-kinésithérapeutes)
- **Les professionnels exerçant dans des associations identifiées comme partenaires du PEPS** (validées comme porteuses d'activités élan/déclic/passerelles +/- plateformes d'éval dans les commissions de référencement du PEPS)
- **Les professionnels de collectivités porteuses de passerelles +/- de maisons sport-santé** (coordination, dimension administrative, financière, politique)
- **Les coordinatrices du dispositif PEPS** sur le département de Gironde

Pour ces acteurs, un guide d'entretien spécifique a été construit.

- **Les professionnels des institutions pilotant le PEPS** : ARS (siège et DD33), DRAJES/SDJES, région Nouvelle-Aquitaine - *guide d'entretien standardisé du CAPS*
- **Les usagers et usagères du PEPS** peuvent également être questionnés au titre de leur expérience personnelle du dispositif, grâce à ce guide.

Mise en œuvre de l'entretien : Entretiens semi-directifs menés à partir de la trame fournie par la démarche CAPS (guide d'entretien standardisée en 3 parties). Les 3 parties “contexte de l'action”, “action” et “évaluation” ont toutes été adaptées afin de correspondre à l'expérience des usagers du dispositif. Durée de l'entretien prévue : maximum 30 minutes.

Introduction de l'entretien :

“Merci d'avoir accepté de participer à cet entretien. Je suis Marguerite et je suis étudiante en Master 2 en prévention et en promotion de la santé à Rennes. Dans le cadre de mon mémoire de Master 2, je m'intéresse au “PEPS”, pour Prescription d'Exercice Physique pour la Santé, qui est un dispositif développé en région Nouvelle-Aquitaine. Nous allons aujourd'hui évoquer le fonctionnement du PEPS sur votre territoire, ainsi que votre avis sur ce dispositif. Afin de faciliter les échanges, acceptez-vous que l'on enregistre notre discussion ? L'enregistrement sera conservé dans un espace sécurisé et ne pourra être consulté que par moi-même. Les propos recueillis dans le cadre de cet entretien seront traités de façon strictement anonyme.”

Partie 1 : présentation de la personne et lien avec le PEPS

- Pour commencer, pourriez-vous vous présenter brièvement ?

Âge ou tranche d'âge, genre, lieu d'habitation et type d'habitation (maison/appartement, jardin ou non, espace proche du lieu de vie...) mode de vie, activité(s) actuelle(s) +/- activité(s) professionnelle(s), loisirs...

- Pourriez-vous me décrire globalement votre mode de vie actuel ?
- Pourriez-vous me décrire dans quel type de logement vous vivez ?
- A quoi ressemble votre quartier et/ou votre lieu de vie ?

Partie 2 : fonctionnement du dispositif PEPS sur le territoire et acteurs impliqués

- Avec vos mots, pourriez-vous me décrire ce qu'est pour vous le PEPS ?
- Pourriez-vous me décrire votre parcours en lien avec le PEPS ?
- Depuis quand en bénéficiiez-vous ? OU Comment avez-vous bénéficié du dispositif PEPS ? Combien de temps ?
- Par quels biais avez-vous découvert le PEPS ? Quand ?
- Quel(s) type(s) de créneau(x), d'activité(s) en lien avec le PEPS avez-vous essayés ?
- A votre connaissance, comment fonctionne le PEPS dans votre localité / près de chez vous ?

Localité, ville, communauté de commune, territoire de CLS...

- Selon vous, quel est le parcours "type" du bénéficiaire dans le dispositif PEPS (avant, dedans, après) ?
- Quels sont les acteurs avec lesquels vous êtes (ou avez été) régulièrement en lien sur votre territoire ?

Prescripteurs, associations, maison(s) sport-santé du territoire, établissements de santé, collectivités / EPCI... + Diversité des acteurs possibles : lien avec les établissements de santé dans le cadre de l'ETP ? Du bilan aux 4 âges de la vie ?.. Liens avec les instances représentatives des professionnels de la santé ? Lien avec des travailleurs sociaux, des CCAS ? Liens avec des outils de politiques publiques (CLS, CLSM, DAC, PAT...) ?

- A quelle fréquence en moyenne ?
- Dans quel(s) but(s) / pourquoi êtes-vous en contact, vous rencontrez-vous ?
- Avez-vous déjà été en contact avec les coordinatrices du PEPS 33 ?
- Si oui, à quelle régularité ?

Partie 3 : représentation du dispositif PEPS en Gironde (atouts, limites)

- A votre connaissance, quels sont les atouts du dispositif PEPS en Gironde ?
 - De même, quels sont les freins à son bon fonctionnement en Gironde ?
- en termes d'implémentation sur le territoire = **dimension territoriale**
- en termes de **coopération, de communication** avec les différents acteurs
- en termes de **coordination, de complémentarité, de concurrence avec d'autres dispositifs existants** (maisons sport-santé, structures sportives...)
- en termes de **fonctionnement des points de vue économique, politique**

[Si échanges sur le dispositif maisons sport-santé]

- A votre connaissance, comment s'articulent la/les maison(s) sport-santé de votre territoire avec le PEPS ?
 - Quels en sont selon vous les points forts ?
 - Quels pourraient être les points à améliorer ?
- **Qu'est-ce qu'apporte la complémentarité des dispositifs PEPS et MSS ?**
- Quels effets positifs pour les usagers et usagères, et/ou négatifs s'il y en a...*
- **Si vous deviez résumer en un mot le lien entre PEPS et MSS sur votre territoire, quel serait-il ?**

Partie 4 : avis, pistes d'amélioration, recommandations

- A la suite de notre échange, avez-vous des idées et/ou des recommandations à faire pour faire évoluer le dispositif PEPS dans le département de Gironde ?
- Est-ce qu'il y a des choses concernant le PEPS dont nous n'avons pas parlé et que vous souhaiteriez évoquer ?

Clôture de l'entretien et prise de contact(s)

- **Auriez-vous un médecin (généraliste +/- traitant, spécialiste) de votre secteur à me conseiller de contacter dans le cadre de cette étude ?**

Fin d'entretien : remercier la personne pour son temps et son partage d'expérience, rappeler que l'usage des données recueillies sera fait dans un cadre d'anonymat

Annexe 4 : Profils des personnes enquêtées

Enquêté.e.s	Profil	Territoire		Enquêté.e	Profil	Territoire
E1	Professionnel.le du sport	Bordeaux métropole		E10	Association	Sud Gironde
E2	Professionnel.le du sport	Barval		E11	DD33 ARS	Niveau départemental
E3	SDJES (Jeunesse et Sports)	Niveau départemental		E12	Médecin	Barval
E4	Professionnel.le du sport	Sud Gironde		E13	Collectivité	Sud Gironde
E5	Professionnel.le du sport	Niveau départemental		E14	Professionnel de santé	Médoc
E6	Professionnel.le du sport	Libournais		E15	Professionnel.le du sport	Niveau départemental
E7	Professionnel.le du sport	Haute-Gironde		E16	Médecin	Barval
E8	Association	Médoc		E17	Association	Niveau départemental
E9A-B	Professionnel.le.s du sport (2 personnes)	Médoc		E18	DAC'33	Niveau départemental
				E19	Siège ARS	Niveau régional (NA)

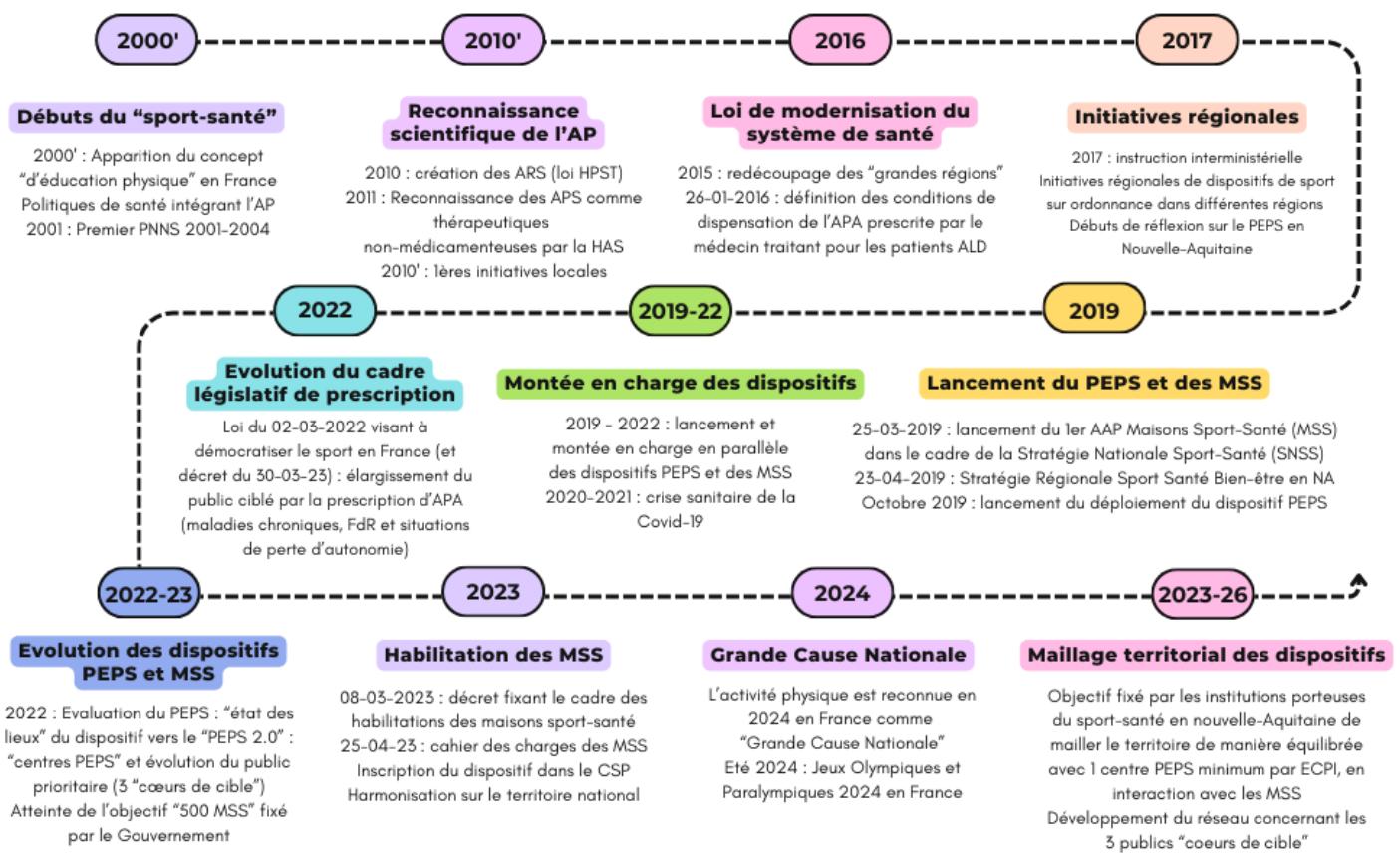
Annexe 5 : Chronologie du sport-santé en France et en Nouvelle-Aquitaine

Dans le cadre du « PEPS 2.0 », les trois publics « coeurs de cible » représentent :

- Les personnes de 18 à 39 ans en situation de surcharge pondérale
- Les personnes de 40 à 59 ans présentant une pathologie : obésité, maladies cardio-vasculaires, diabète, cancers (sein, colon)
- Les enfants de 6 à 18 ans en situation de surcharge pondérale (enfants et adolescents en surpoids ou en situation d'obésité).

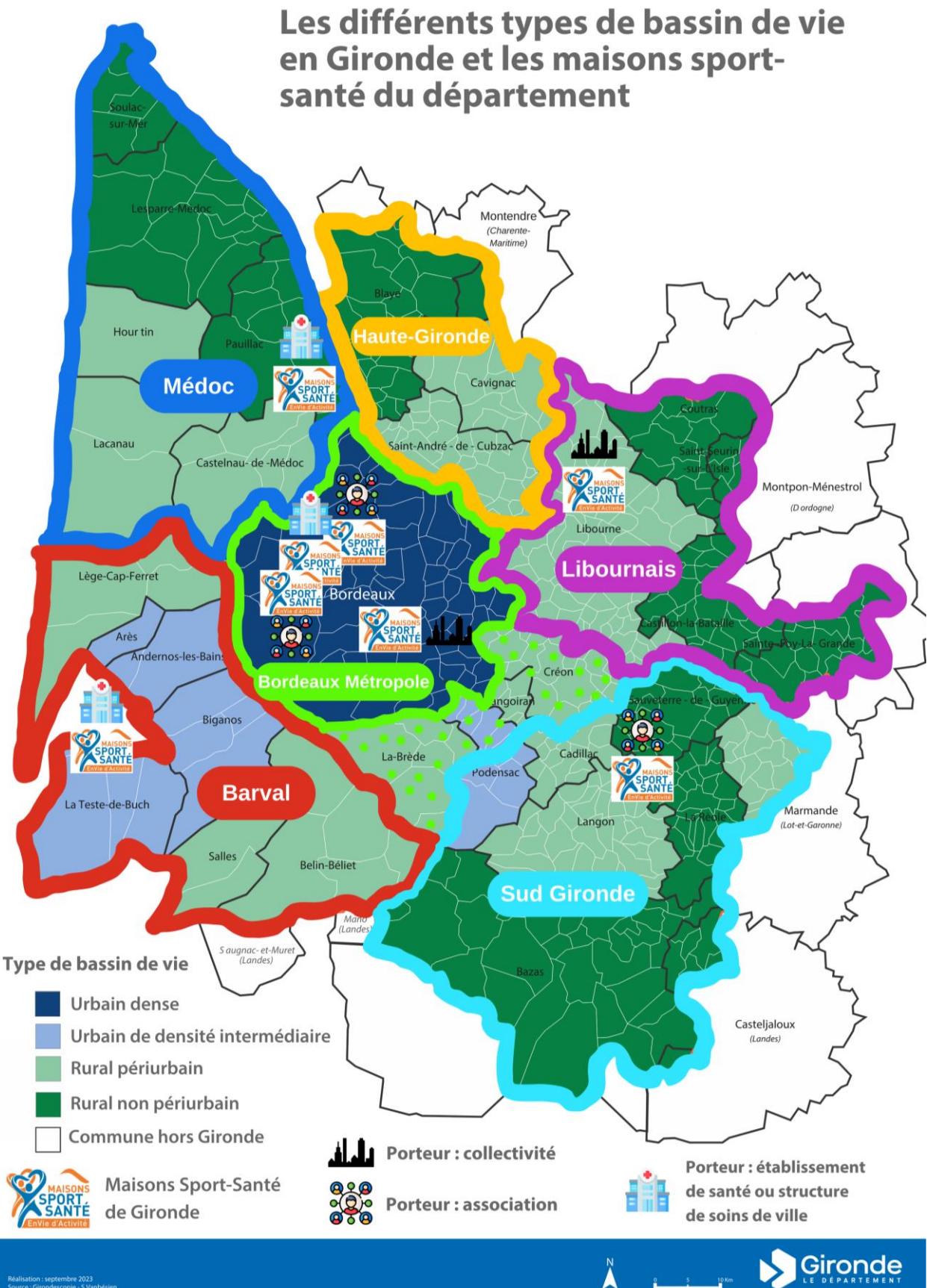
Le dispositif est en cours d'évolution depuis 2000 vers ce public prioritaire, même si l'**ensemble du public historiquement concerné par le PEPS est toujours accueilli au sein de ce parcours de sport sur ordonnance.**

Chronologie du sport-santé en France et en Nouvelle-Aquitaine

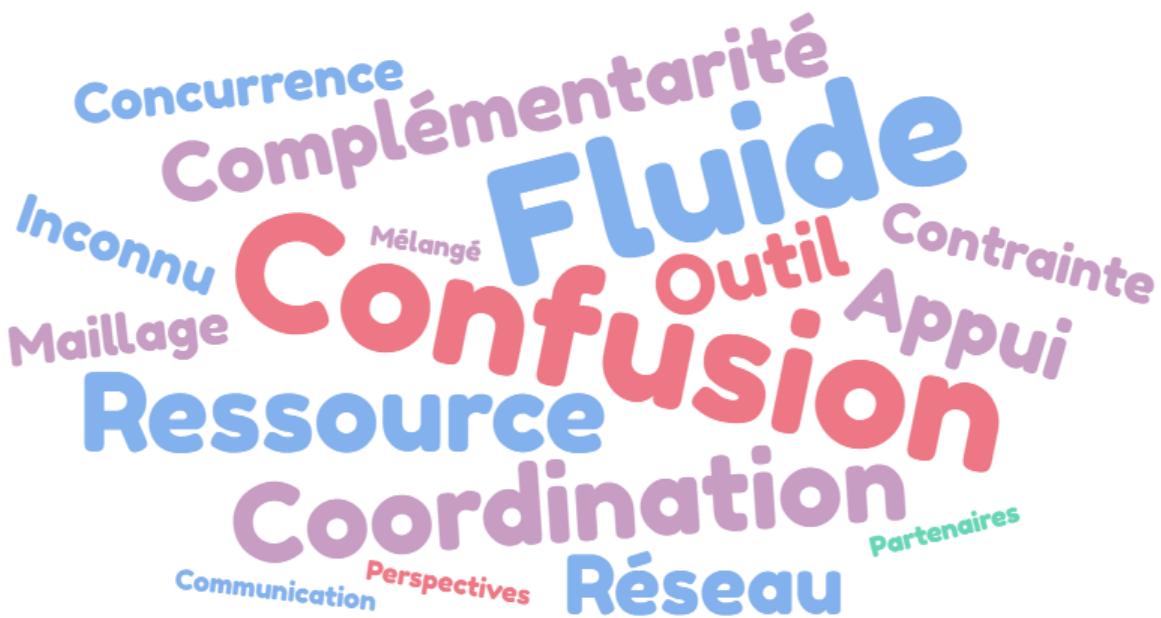


EPCI : Etablissement Public de Coopération Intercommunale

Annexe 6 : Les différents bassins de vie en Gironde et les maisons sport-santé du département (47)



**Annexe 7 : Nuage des mots-clefs proposés par les acteurs
pour représenter la relation entre le PEPS et les maisons sport-santé
de Gironde**



DONTENWILLE	Marguerite	11/09/2024
Master 2 Promotion de la Santé et Prévention		
Promotion 2024		
Implantation d'un dispositif de sport sur ordonnance dans un département présentant des disparités territoriales : illustration par le dispositif PEPS en Gironde		
PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : Université de Rennes		
<p>Résumé :</p> <p><i>Introduction</i> : Le PEPS, pour « Prescription d'Exercice Physique pour la Santé », représente le dispositif de sport sur ordonnance de la région Nouvelle-Aquitaine, coconstruit par l'institution Jeunesse et Sports, par l'Agence Régionale de Santé (ARS) et par le Conseil Régional. Nos missions à l'ARS portant sur l'animation territoriale de la politique de santé en Gironde, nous avons souhaité étudier l'implantation du dispositif PEPS en fonction des territoires infra-départementaux, dans le but de formuler des recommandations d'évolution propres à la mise en œuvre du dispositif dans le département.</p> <p><i>Méthode</i> : Afin de répondre à cette problématique, nous avons utilisé une méthodologie issue de la capitalisation d'expériences des acteurs impliqués dans le dispositif en Gironde. Pour ce faire, nous avons mené des entretiens semi-directifs avec des représentants des institutions et des acteurs « de terrain » du PEPS. Nous avons également réalisé une revue de littérature complémentaire, afin de mettre en perspective l'analyse réalisée des points de vue scientifique, étymologique et historique.</p> <p><i>Résultats et Discussion</i> : Grâce à la revue de littérature réalisée, nous avons défini les termes relatifs au champ du sport-santé et présenté les éléments historiques permettant la compréhension de cette discipline. Nous avons interrogé 19 acteurs girondins liés au dispositif PEPS, exerçant au sein des 7 territoires des Contrats Locaux de Santé de Gironde. Parmi les atouts identifiés par ces acteurs, nous avons relevé l'organisation fonctionnelle entre les acteurs institutionnels, ainsi que la coordination départementale du PEPS. Cependant, les acteurs s'accordent sur le manque de financements et d'investissement de la part des professionnels de la santé associés au déploiement du dispositif. De plus, la compréhension du PEPS entre acteurs et entre territoires semble différente, menant à des partenariats plus établis dans les territoires urbains proches de Bordeaux que dans les zones rurales. Afin d'améliorer l'implantation du PEPS en Gironde, les acteurs proposent de travailler sur la lisibilité du parcours des bénéficiaires, sur les outils informatiques permettant d'alléger la charge administrative des coordinatrices et de mieux associer les bénéficiaires au dispositif, grâce à plus de moyens financiers et humains.</p>		
<p>Mots clés :</p> <p>Sport sur ordonnance ; PEPS ; Agence Régionale de Santé ; territoires ; Maisons Sport-Santé ; implantation ; capitalisation d'expérience ; cultures professionnelles</p>		
<p><i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p>		