

Étude pilote d'une intervention de promotion de la santé au sein de clubs de sport

Benjamin Tezier, Aurélie Van Hoye, Anne Vuillemin, Fabienne Lemonnier, Florence Rostan, Francis Guillemin

DANS **SANTÉ PUBLIQUE** 2024/1 (36), PAGES 7 À 22
ÉDITIONS **S.F.S.P.**

ISSN 0995-3914
DOI 10.3917/spub.241.0007

Article disponible en ligne à l'adresse
<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2024-1-page-7.htm>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Flashez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



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

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

Étude pilote d'une intervention de promotion de la santé au sein de clubs de sport

Pilot study of a health promotion intervention in sports clubs

Benjamin Tezier¹, Aurélie Van Hoyer¹, Anne Vuillemin², Fabienne Lemonnier³, Florence Rostan³, Francis Guillemin¹

➔ Résumé

Le club de sport (CS) est un milieu de vie privilégié pour promouvoir la santé. Cependant, les interventions de promotion de la santé (PS) existantes dans les CS ciblent majoritairement un seul comportement de santé et des pratiquants sportifs masculins, et leurs évaluations renseignent peu leurs déploiements. Pour dépasser ces limites, l'intervention PROSCeSS a été co-construite à partir du modèle théorique du CS promoteur de santé et de stratégies multi-niveaux et multi-déterminants de santé.

L'objectif de cette étude pilote était d'évaluer le déploiement de l'intervention PROSCeSS et d'identifier les facteurs influençant son déploiement. Une étude qualitative comprenant des enregistrements de réunions, des échanges par e-mails et par téléphone, et des entretiens avec les référents de 14 CS a été réalisée.

Même si le nombre de CS qui sont allés au bout de l'intervention est faible, ceux-ci considèrent qu'ils ont un rôle à jouer dans la santé de leurs membres. Leur capacité à développer des activités de PS et à déployer les étapes de l'intervention est influencée par les ressources disponibles, le soutien qu'ils reçoivent de leur fédération sportive et la capacité d'un porteur de projet (référent) à s'impliquer. Les CS qui ont déployé l'intervention ont mis en place plusieurs stratégies qui leur permettent d'intégrer la santé dans les habitudes organisationnelles, sociales, économiques et environnementales du CS et de développer de nouvelles activités de PS, telles que des sessions d'activités sportives adaptées et des activités de sensibilisation à l'échauffement, à l'alimentation et aux gestes de premier secours.

Cette étude montre qu'il est important de comprendre les spécificités des contextes dans lesquels les interventions de PS sont déployées. Parce qu'elle a conduit à retravailler les étapes de l'intervention et à développer un nouveau design d'évaluation, elle met en évidence le rôle essentiel des études pilotes pour le développement et l'évaluation des interventions.

Mots-clés : Promotion de la santé ; Intervention ; Étude pilote ; Clubs de sport ; Déploiement

➔ Abstract

Sports clubs (SCs) are an ideal setting for promoting health. However existing health promotion (HP) interventions in SCs mainly target a single health behavior and men who do sports, and evaluations of such interventions provides little information about their deployment. To overcome these limitations, the PROSCeSS intervention was co-constructed based on the theoretical model of the health-promoting SC and multi-level, multi-determinant health strategies.

The aim of this pilot study was to evaluate the deployment of the PROSCeSS intervention and identify the factors influencing its deployment. A qualitative study, using recordings of meetings, email and telephone exchanges, and interviews with project leaders of fourteen SC, was carried out.

Although a low number of SCs had completed the intervention, they all considered that they have a role to play in helping their members maintain good health. Their ability to develop HP activities and to implement the intervention was influenced by the resources available, the support they received from their sports federation, and the ability of each project leader to get involved in the intervention. The SCs that deployed the intervention implemented several strategies enabling them to integrate health into the organizational, social, economic, and environmental habits of the SCs and to develop new HP activities, such as adapted sports activity sessions and activities to teach members about first aid, nutrition, and good practices for warming up.

This study highlights the importance of understanding the specificities of the contexts in which HP interventions are deployed. Having led to a reworking of the intervention steps and the development of an appropriate evaluation design, it also highlights the essential role of pilot studies in the development and evaluation of interventions.

Keywords: Health promotion; Intervention; Pilot study; Sports clubs; Deployment process

¹ APEMAC, université de Lorraine, France.

² LAMHESS, université Côte d'Azur, France.

³ Département de promotion, Santé publique, France.

Introduction

Les clubs de sport (CS) accueillent une population importante aux caractéristiques variées (12 % de la population de l'Union européenne est membre d'un CS) (1). Cette audience, couplée aux activités sportives proposées (reconnues pour leurs potentiels bénéfiques sur la santé physique, mentale et sociale [2]), leur procure un rôle sociétal et de santé publique de premier plan (3). Néanmoins, tous les contextes de pratique ne sont pas favorables à la santé. La présence de normes et comportements sexistes (4), le risque de blessure (5), la vente de produits « malsains » et alcoolisés dans les cafétérias (6), ou encore l'apparition de comportements de rejet ou d'isolement social (7) démentent l'idée d'une pratique en CS systématiquement favorable à la santé et nourrissent le mythe d'un « sport sain » (8). Ainsi, le potentiel de promotion de la santé (PS) des CS dépend de leur capacité à proposer un environnement, des ressources, des relations sociales et une organisation favorables à la santé (3). Pour développer ces conditions, chercheurs et responsables en santé publique encouragent depuis plusieurs années le développement d'interventions de PS au sein des CS (9). Pour rendre efficaces et durables ces interventions, de nombreux travaux (10-11) soulignent l'importance d'une approche par milieux de vie (12), fondée sur l'idée que la santé ne dépend pas uniquement des individus mais qu'elle est le fruit de nombreux déterminants qui interagissent à différents niveaux de notre environnement (13-14). Au sein du CS, le modèle théorique du CS promoteur de santé (15) permet de se représenter les interactions de quatre types de déterminants de santé (économique, environnemental, social et organisationnel) à sept niveaux : pratiquants, entraîneurs, dirigeants, CS en tant qu'entité, fédérations sportives, acteurs de santé publique et acteurs gouvernementaux (15). Pour agir sur ces déterminants de santé et niveaux et favoriser ainsi l'adoption d'une approche holistique de la santé au sein du CS, 13 stratégies et 69 composantes d'intervention (CI) ont été développées (Annexes 1a et 1b) (16). Une récente revue de la littérature a cependant révélé que la plupart des interventions de PS menées dans les CS n'appliquent pas cette approche et ont tendance à seulement cibler les pratiquants sportifs masculins et des comportements de santé spécifiques (limite n° 1) (17), limitant leurs effets et leur portée (18). Par ailleurs, les méthodes d'évaluation de ces interventions s'intéressent peu aux conditions de leur déploiement (limite n° 2), freinant la compréhension de leur mise en œuvre et leur transférabilité (17).

Pour répondre aux enjeux d'implémentation (limite n° 1), l'intervention PROSCeSS (Promotion de la santé dans les clubs de sport) (figure 1) a été co-construite par des acteurs de terrain, chercheurs et professionnels de la PS (19) à partir du modèle théorique du CS promoteur de santé (16) et des besoins des acteurs de terrain (20-21). Mise en œuvre en sept étapes standardisées sur dix mois, l'intervention a pour objectif de conduire les acteurs des CS à créer un CS qui intègre la santé dans les processus organisationnels, les politiques et les pratiques du CS au-delà de programmes spécifiques (voir tableau 1). En s'appuyant sur une réflexion collective (étape 1 : comité participatif), sur des connaissances et des compétences communes (étape 2 : formation), et sur un diagnostic des besoins, ressources et objectifs du CS (étape 3), les acteurs des CS sont amenés à identifier parmi les 13 stratégies et 69 CI (annexes 1a et 1b) du cadre d'intervention du CS promoteur de santé (16) celles qui répondent le mieux aux besoins, caractéristiques et objectifs de leur CS. Bien que les étapes de l'intervention soient proposées de manière standardisée (figure 1) (car s'inscrivant dans une démarche de recherche et de dissémination à plus grande échelle), chaque CS s'approprie l'intervention et construit son projet de promotion de la santé en fonction de ses réalités et de ses objectifs. Ainsi, la temporalité, la forme et l'enchaînement des étapes, ainsi que les projets de PS (stratégies + actions) développés peuvent être différents en fonction des CS. Pour favoriser l'adoption de l'intervention par les CS, un membre de l'équipe du projet PROSCeSS a pour rôle d'accompagner chaque CS.

Pour répondre aux enjeux d'évaluation des interventions de promotion de la santé dans les CS présentés ci-dessus (limite n° 2), cette étude présente les résultats de l'étude pilote de l'intervention PROSCeSS qui avait pour objectif d'évaluer le déploiement des étapes standardisées et des stratégies de PS (annexe 1a) et d'identifier leurs effets et les facteurs influençant leur déploiement.

Matériels et méthode

Design

L'intervention PROSCeSS est une intervention complexe qui encourage les parties prenantes à adapter leurs actions et leurs stratégies de PS aux réalités auxquelles ils sont confrontés et aux contextes dans lesquels ils évoluent (figure 1) (22). Par conséquent, une méthodologie permettant d'appréhender la variabilité des effets produits par

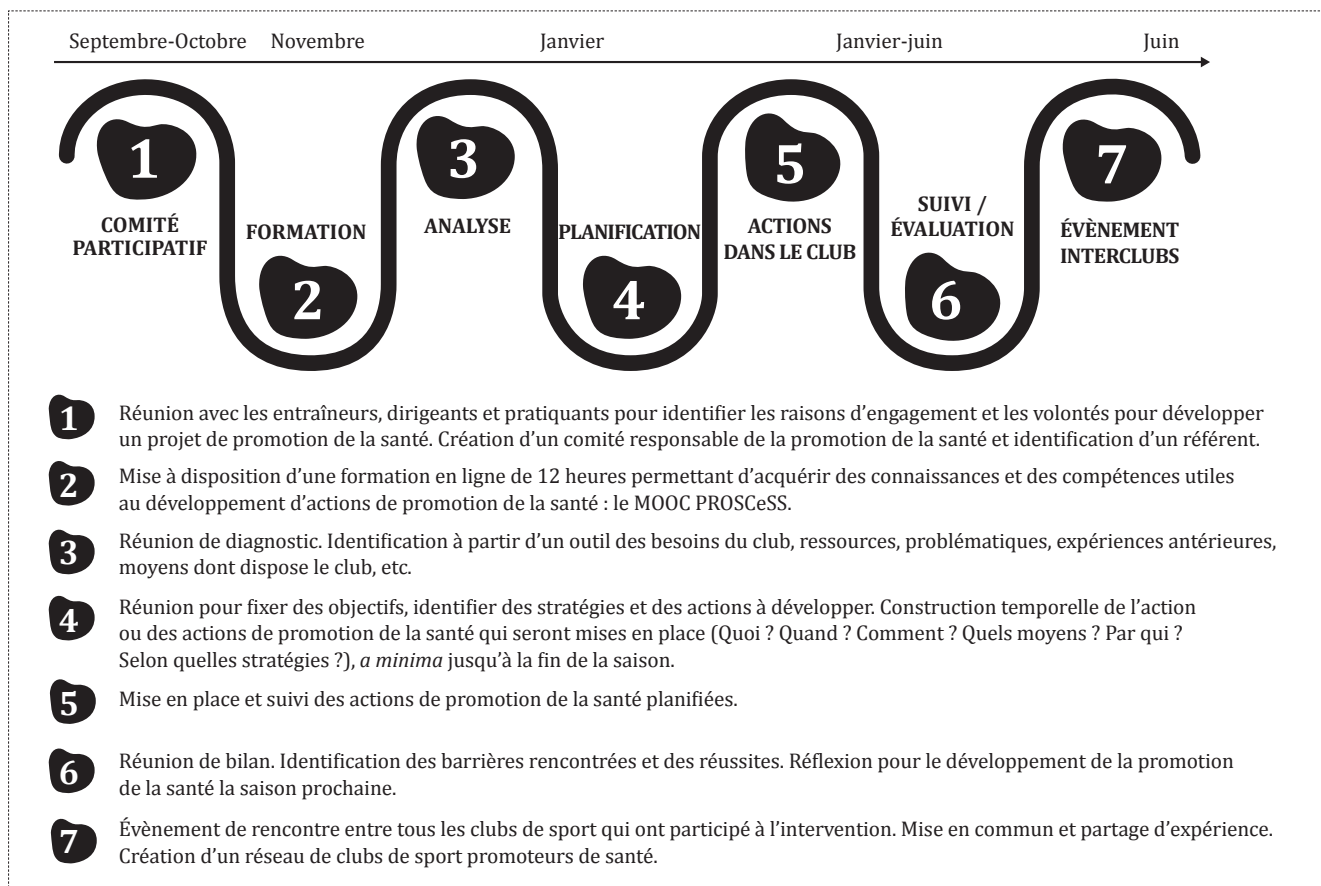


Figure 1 : Étapes de l'intervention

Tableau 1 : Les cinq stades de promotion de la santé dans le club de sport inspiré de Whitelaw (14)

Stades	Application	Exemples de mise en œuvre
Stade passif	Promotion de l'activité physique à des fins de santé	Sport pour tous
Stade actif	Club de sport pour la santé	Club de sport mettant en avant les bénéfices de la pratique pour la santé
Stade transmissif	Promotion de la santé dans le club de sport	Actions sporadiques de promotion de la santé (petit déjeuner sain, journée intégration, etc.)
Stade organique	Promotion de la santé fondée sur les activités du club de sport	Programmes développés au sein du club pour promouvoir la santé : créneau sport-santé, programme de prévention des blessures, programme anti-tabac
Stade compréhensif	Club de sport promoteur de santé	Santé intégrée dans les processus organisationnels, les politiques, les pratiques du club au-delà de programmes spécifiques

le déploiement de l'intervention et par l'influence des caractéristiques des CS sur la capacité à réaliser les étapes et à déployer les stratégies était nécessaire. Pour cela, une

étude qualitative comprenant des enregistrements de réunions, des échanges par e-mails et par téléphone et des entretiens avec les référents de chaque CS a été réalisée.

Participants et procédure

Quatorze CS de Nancy affiliés au CNOSF ont été contactés en juin 2021 pour participer à l'étude. Les CS ont été identifiés par la Ville de Nancy dans le cadre d'un partenariat entre l'équipe projet et la ville. Les données ont été collectées entre septembre 2021 et juin 2022. Le référent de chaque CS a été sollicité pour réaliser des entretiens semi-directifs à la fin de l'étape 6. L'approbation éthique a été obtenue auprès du comité d'éthique de l'université hôte.

Mesures

Traces de déploiement :

Les réunions, les e-mails et les appels ont été enregistrés pour identifier les caractéristiques, problématiques et objectifs de chaque CS ainsi que pour renseigner le déploiement des stratégies de PS et les étapes standardisées et actions de PS.

Entretiens semi-directifs :

Un guide inspiré du modèle PIET (annexe 2) (23) a été utilisé pour réaliser les entretiens et a permis de renseigner les caractéristiques et les besoins des CS, les stratégies utilisées et les actions de PS déployées.

Analyse des données

Les traces de déploiement et les entretiens semi-directifs ont permis de renseigner : 1) le déploiement des étapes standardisées ; 2) le déploiement des stratégies (tableau 3) ; 3) l'effet de l'intervention sur la démarche de promotion de la santé suggérée par l'intervention PROSCeSS ; 4) l'influence de certaines caractéristiques des CS sur la capacité à réaliser les étapes standardisées.

Résultats

Déploiement des étapes standardisées (figure 1)

Seuls 4/14 CS ont réalisé au moins cinq étapes standardisées de l'intervention, 6/14 CS ne se sont pas lancés dans l'intervention et 4 CS ont réalisé moins de trois étapes (tableau 2). Les CS n° 1 et 2 n'étaient pas intéressés par l'intervention et ont déclaré : « *Je ne vois pas ce que l'on peut mettre en œuvre de plus* » (CS n° 2), « *On a déjà*

des séances handisport » (CS n° 1). Les CS n° 3, 4, 5 et 6 étaient intéressés par la démarche et les CS n° 7 et 8 ont commencé l'intervention mais aucun n'a maintenu le contact avec l'accompagnant une fois la saison sportive commencée. Le CS n° 9 s'est désengagé après l'étape 3, car la charge de travail était trop importante. Les principaux freins à la mise en œuvre de la PS dans les CS qui ont été évoqués étaient : (1) le manque de ressources humaines et organisationnelles : « *Le problème, c'était surtout au niveau organisationnel et au niveau des membres qui pouvaient [...] venir se greffer sur le projet* » (réfèrent du CS n° 14) ; (2) le manque de ressources financières : « *Quand on me demande d'acheter un kayak pour du sport-santé, ça me coûte 8 800 euros hors taxes, donc autant vous dire que... voilà* » (réfèrent du CS n° 10) ; (3) le manque de ressources environnementales (et financières) : « *Après, c'est sur le coût de la salle, ça va être compliqué [...] de financer* » (réfèrent du CS n° 13) ; (4) le décalage entre la demande politique de promouvoir la santé dans les CS et le modèle organisationnel et économique sportif utilisé : « *Ce à quoi ils n'ont pas pensé, c'est que ça coûte beaucoup plus cher si on veut viser la santé que si on répond à l'autre demande des fédérations liée au sport de haut niveau* » (réfèrent du CS n° 10).

Les principaux éléments facilitateurs à la mise en œuvre des étapes standardisées qui ont été évoqués étaient : (1) le fait que le référent soit intéressé et soit une personne influente et ayant un rôle important dans le CS : « *Je suis à l'initiative du projet et de pas mal de choses, donc j'ai assez de liberté là-dessus* » (réfèrent du CS n° 13) ; (2) le fait de s'appuyer sur un CS qui dispose d'une structure organisationnelle élaborée et « professionnalisée » : « *Les structures qui étaient structurées et professionnalisées arrivent à développer des choses* » (réfèrent du CS n° 10) ; (3) le fait de s'appuyer sur des personnes volontaires (autres que les entraîneurs et dirigeants) et sur une personne accompagnante extérieure au CS : « *Nous sommes allés chercher des personnes qui étaient disponibles dans le CS* », « *Le projet s'est fait plus facilement grâce à l'aide de "Prénom de l'accompagnant PROSCeSS"* » (réfèrent du CS n° 14).

Étape 1 : Parmi les 8 CS qui ont réalisé l'étape 1, 6 CS ont réussi à mobiliser un « comité participatif ». Les comités participatifs se sont créés à partir de la première réunion planifiée avec l'accompagnant de l'équipe projet ou bien à la suite de la réunion par des discussions informelles en interne dans le CS. Le nombre de personnes impliquées dans ces comités participatifs était faible (2 ou 3). L'engagement des membres du comité participatif était varié, allant du simple soutien moral à la réalisation de tâches spécifiques (ex : planifier les réunions, faire un

Tableau 2 : Principales caractéristiques des clubs de sport

Numéro d'ID	Type de sport	Nombre de licenciés (à 10 près)	Étapes complétées	Rôle dans le club du référent (hors référent)	Comité participatif	Actions de PS envisagées	Actions de PS mises en place
1	VTT	260	0				
2	Judo	200	0				
3	Badminton	160	0				
4	Basket	550	0				
5	Volley	250	0				
6	Escrime	150	0				
7	Rugby	400	3 (excepté l'étape 2)	Entraîneur salarié		- Section de rugby adaptée - Suivi psychologique des sportifs	
8	Handball	180	1	Dirigeant du club	Le secrétaire	- Section handisport	
9	Aviron	180	3 (excepté l'étape 2)	Entraîneur salarié	Le dirigeant du club	- Préservation des cours d'eau - Alimentation du sportif	
10	Kayak	180	1 et 7	Dirigeant du club		- Pratique adaptée pour les personnes en rémission d'un cancer - Pratique adaptée pour des personnes en situation de handicap	- Dragon boat santé (kayak adapté pour les personnes en rémission d'un cancer) - Handi-kayak (kayak adapté pour des personnes en situation de handicap)
11	Athlétisme	500	6 (excepté l'étape 2)	Dirigeant du club	Un stagiaire et un secrétaire	- Activité pour les personnes âgées - Séminaire sur plusieurs thématiques de santé (alimentation, sommeil, etc.)	- Marche nordique pour les personnes âgées - Séminaire sur trois thématiques de santé : alimentation, sommeil et échauffement
12	Handball	300	7	Directeur sportif salarié	Un entraîneur	- Pratique adaptée pour les parents en parallèle des séances pour les enfants	- Séance de handball adaptée pour les parents en parallèle des séances pour les enfants
13	Tennis	600	6 (excepté l'étape 2)	Directeur sportif	Une personne en contrat service civique	- Formation à l'échauffement et l'alimentation du sportif	- Flyer de sensibilisation sur l'échauffement + conseils pratiques
14	Arts martiaux	450	7 (excepté l'étape 2)	Entraîneur salarié	Le dirigeant du club	- Actions de sensibilisation sur différentes thématiques de santé en fonction des besoins - Formation aux gestes de premiers secours	- Formation aux gestes de premiers secours - Actions de prévention du cancer du sein - Intégration de la santé dans les différentes séances par le discours des entraîneurs - Évaluation des besoins en matière de santé des pratiquants et entraîneurs

Tableau 3 : Stratégies et composantes d'intervention (CI) mises en œuvre par club de sport (CS)

Stratégies	CS n° 11	CS n° 12	CS n° 13	CS n° 14	Nombre de CI déployées par stratégie
Approche participative	APP2 : Identifier et valoriser les actions de promotion de la santé (PS) des entraîneurs APP5 : Impliquer les dirigeants, entraîneurs, pratiquants dans le processus de décision	APP2 : Identifier et valoriser les actions de promotion de la santé (PS) des entraîneurs APP5 : Impliquer les dirigeants, entraîneurs, pratiquants dans le processus de décision	APP3 : Identifier et valoriser les actions de PS des dirigeants	APP4 : Identifier et valoriser chaque action de PS APP5 : Impliquer les dirigeants, entraîneurs, pratiquants dans le processus de décision	6
Communication	COM3 : Assurer la communication interne au CS COM4 : Assurer la communication externe du CS	COM3 : Assurer la communication interne au CS COM4 : Assurer la communication externe du CS	COM3 : Assurer la communication interne au CS	COM1 : Créer un plan de communication COM3 : Assurer la communication interne au CS COM4 : Assurer la communication externe du CS COM6 : Communiquer sur les bénéfices de la mise en place des activités de PS	9
Dynamique	DYN2 : Tenir compte des interactions entre l'individu et son environnement, lors de la définition des objectifs de PS		DYN2 : Tenir compte des interactions entre l'individu et son environnement, lors de la définition des objectifs de PS	DYN2 : Tenir compte des interactions entre l'individu et son environnement, lors de la définition des objectifs de PS	3
Éducation		EDU1 : Soutenir les dirigeants et les entraîneurs à s'engager activement dans l'acquisition de connaissances et de compétences pour promouvoir la santé		EDU1 : Soutenir les dirigeants et les entraîneurs à s'engager activement dans l'acquisition de connaissances et de compétences pour promouvoir la santé	2
Expérience	EXP1 : Identifier les expériences antérieures du CS en matière de PS EXP2 : Identifier la volonté organisationnelle en faveur de la PS EXP6 : S'appuyer sur un diagnostic évaluant les besoins et attentes pour mettre en place les actions de PS	EXP1 : Identifier les expériences antérieures du CS en matière de PS EXP6 : S'appuyer sur un diagnostic évaluant les besoins et attentes pour mettre en place les actions de PS EXP7 : S'appuyer sur des expériences d'autres clubs de sport dans le développement de la PS	EXP1 : Identifier les expériences antérieures du CS en matière de PS EXP6 : S'appuyer sur un diagnostic évaluant les besoins et attentes pour mettre en place les actions de PS	EXP2 : Identifier la volonté organisationnelle en faveur de la PS EXP4 : Identifier le degré d'engagement en faveur de la PS EXP6 : S'appuyer sur un diagnostic évaluant les besoins et attentes pour mettre en place les actions de PS	11
Faisabilité				FAIS2 : Évaluer régulièrement les ressources humaines mobilisées	1

Stratégies	CS n° 11	CS n° 12	CS n° 13	CS n° 14	Nombre de CI déployées par stratégie
Mobilisation	MOB3 : Identifier et mobiliser un ou plusieurs représentants en interne en PS au CS	MOB3 : Identifier et mobiliser un ou plusieurs représentants en interne en PS au CS MOB5 : Mobiliser les décideurs et élus locaux pour promouvoir la santé au sein des clubs de sport	MOB1 : Mobiliser des icônes sportives pour soutenir le développement de la PS au sein de votre CS MOB3 : Identifier et mobiliser un ou plusieurs représentants en interne en PS au CS	MOB3 : Identifier et mobiliser un ou plusieurs représentants en interne en PS au CS	6
Monitoring	MON3 : Suivre les effets des actions à court terme (changements sur 1 saison sportive)	MON1 : Collecter ou répertorier les petites améliorations en vue d'atteindre les objectifs de PS MON3 : Suivre les effets des actions à court terme (changements sur 1 saison sportive)	MON2 : Suivre toutes les activités de PS entreprises dans le CS MON3 : Suivre les effets des actions à court terme (changements sur 1 saison sportive)	MON2 : Suivre toutes les activités de PS entreprises dans le CS MON3 : Suivre les effets des actions à court terme (changements sur 1 saison sportive)	7
Motivation	MOT3 : Tenir compte de la motivation des entraîneurs et de leurs attentes futures	MOT2 : Tenir compte des compétences des entraîneurs à gérer les situations MOT3 : Tenir compte de la motivation des entraîneurs et de leurs attentes futures MOT4 : Renforcer l'autonomie des entraîneurs à/pour promouvoir la santé	MOT4 : Renforcer l'autonomie des entraîneurs à/pour promouvoir la santé	MOT2 : Tenir compte des compétences des entraîneurs à gérer les situations	6
Objectifs	OBJ1 : Définir des objectifs de la PS	OBJ1 : Définir des objectifs de la PS	OBJ1 : Définir des objectifs de la PS	OBJ1 : Définir des objectifs de la PS	4
Partenariats				PART1 : Identifier des partenaires pour mettre en œuvre des actions de PS (clubs sport, agences, collectivités territoriales, professionnels de santé, etc.)	1
Planification	PLAN1 : Inclure les objectifs principaux dans le plan de mise en œuvre PLAN3 : Inclure les financements dans le plan de mise en œuvre PLAN5 : Inclure les étapes clés dans le plan de mise en œuvre	PLAN1 : Inclure les objectifs principaux dans le plan de mise en œuvre PLAN4 : Inclure les personnes référentes en PS dans le plan de mise en œuvre PLAN8 : Fonder la planification des actions futures sur l'évaluation des actions en cours		PLAN4 : Inclure les personnes référentes en PS dans le plan de mise en œuvre	7

Stratégies	CS n° 11	CS n° 12	CS n° 13	CS n° 14	Nombre de CI déployées par stratégie
Ressources	RES2 : Évaluer les ressources humaines disponibles (temps consacré au bénévolat, turnover du personnel) à investir dans la PS RES3 : Évaluer les compétences et les connaissances actuelles dans le CS disponibles pour promouvoir la santé RES4 : Repérer et mobiliser des outils de développement de la PS au sein des clubs de sport	RES1 : Évaluer les ressources financières disponibles (subventions, sponsors) pour investir dans la PS RES2 : Évaluer les ressources humaines disponibles (temps consacré au bénévolat, turnover du personnel) à investir dans la PS RES4 : Repérer et mobiliser des outils de développement de la PS au sein des clubs de sport RES5 : Identifier les financements mobilisables pour la PS	RES1 : Évaluer les ressources financières disponibles (subventions, sponsors) pour investir dans la PS RES2 : Évaluer les ressources humaines disponibles (temps consacré au bénévolat, turnover du personnel) à investir dans la PS RES3 : Évaluer les compétences et les connaissances actuelles dans le CS disponibles pour promouvoir la santé RES4 : Repérer et mobiliser des outils de développement de la PS au sein des clubs de sport	RES1 : Évaluer les ressources financières disponibles (subventions, sponsors) pour investir dans la PS RES2 : Évaluer les ressources humaines disponibles (temps consacré au bénévolat, turnover du personnel) à investir dans la PS RES3 : Évaluer les compétences et les connaissances actuelles dans le CS disponibles pour promouvoir la santé RES4 : Repérer et mobiliser des outils de développement de la PS au sein des clubs de sport	15
Nombre total de stratégies déployées	10	10	9	13	
Nombre total de CI déployées (/69)	18	23	15	23	

* Seul le déploiement des stratégies et CI des CS qui ont réalisé au moins 5 étapes est présenté dans ce tableau. Le déploiement des stratégies et CI dans les autres CS n'a pas pu être renseigné à cause d'un manque de données.

compte rendu) ou encore à l'implication dans toutes les tâches liées au déploiement de la PS. Au cours des étapes, plusieurs comités participatifs ont vu leur effectif changer (personnes qui quittent ou rejoignent le comité participatif).

Étape 2 : Seul le comité participatif du CS n° 12 a réalisé la formation. Les référents des CS n° 11, 13 et 14 ont déclaré qu'elle était « *trop longue* » ou qu'ils n'avaient « *pas encore eu le temps de regarder* ».

Étape 3 : Cette étape a été considérée comme « *importante* » pour structurer les actions de PS et déterminer les stratégies (annexe 1a) les plus utiles. L'outil de diagnostic a amené les membres du comité participatif à réfléchir aux différentes caractéristiques (ex : besoins du CS, ressources disponibles, partenaires existants, etc.) du CS à prendre en compte pour identifier les stratégies (annexe 1a) et actions de PS appropriées mais n'a pas été complété à l'écrit. Plusieurs CS (4/7) ont souhaité aller au-delà d'une réunion d'analyse en interrogeant leurs membres sur

leurs besoins lors des entraînements, par e-mails ou par questionnaires, notamment en développant des questionnaires spécifiques.

Étape 4 : Dans l'ensemble, cette étape a été peu ou rapidement réalisée. Si quelques CS (4) ont pris le temps de penser et de discuter des objectifs de promotion de la santé du CS, des ressources à déployer, des temporalités d'implémentation ou encore de la possibilité de solliciter des partenaires, aucun n'a pris le temps de structurer la démarche autour d'un document écrit. Les actions de PS sont principalement nées d'idées déjà existantes. Cette étape a surtout permis d'identifier les stratégies nécessaires pour mettre en œuvre ces actions de PS (à partir du diagnostic, d'un outil les référençant et des conseils de l'accompagnant).

Étape 5 : Cinq CS ont déployé des actions de PS, dont un (le CS n° 10) qui a été perdu de vue à partir de l'étape 2. Si aucun suivi n'a été mis en œuvre (mesures, outils, consultations, etc.), les comités participatifs ou référents

ont assuré le déploiement des actions. Les actions de PS ont été mises en œuvre à la fin de la saison sportive (mois d'avril).

Étape 6 : Quatre CS ont réalisé le bilan du déploiement de l'intervention. Ce dernier a été réalisé sous différentes formes (par e-mail pour le CS n° 11, par téléphone pour le CS n° 12 et lors d'une réunion en présentiel pour les CS n° 13 et 14). Ces bilans comprenaient des retours de personnes touchées par les actions de PS, les principales barrières rencontrées lors de leur déploiement et les orientations futures en matière de PS du CS.

Étape 7 : Cette étape consistait en une réunion avec la Ville de Nancy et les membres de l'équipe projet PROSCeSS. Seulement 3 CS l'ont réalisée. Cette réunion a permis aux CS de se rencontrer, de présenter leur projet de PS et les problématiques rencontrées, et d'échanger avec un acteur politique local.

Déploiement des stratégies (tableau 3)

Les 13 stratégies et 39/69 CI du cadre d'intervention du CS promoteur de santé ont été déployées, avec un minimum de 9 stratégies et 15 CI pour le CS n° 13 et un maximum de 13 stratégies et 23 CI pour le CS n° 14 (tableau 3). Les stratégies « Expérience », « Ressources » et « Communication » ont été les plus déployées et les stratégies « Partenariats », « Éducation » et « Faisabilité » les moins déployées.

Certaines stratégies ont été déployées du fait qu'elles avaient été priorisées par l'équipe projet lors de la construction des étapes standardisées, comme la stratégie « Expérience » à travers le diagnostic réalisé à l'étape 3 ou bien la stratégie « Mobilisation » à travers l'identification d'un référent à l'étape 1. La stratégie « Approche participative » a souvent été mise en œuvre par l'organisation de réunions entre entraîneurs, dirigeants et pratiquants, et par la valorisation des actions que ces derniers mettaient en place. La stratégie « Communication » a majoritairement été mise en œuvre par l'intermédiaire des réseaux sociaux, des sites Internet et de l'affichage dans le CS. La mise en œuvre de la stratégie « Dynamique » s'est faite par la prise en considération des spécificités des CS dans les réunions et actions de PS et a été inhérente à la phase d'évaluation des besoins, objectifs et caractéristiques du CS. La stratégie « Éducation » n'a pas été mise en œuvre par les acteurs des CS (sauf le CS n° 12), bien qu'elle ait été proposée lors de l'étape 2 de l'intervention. La stratégie « Faisabilité » a été déployée de manière formelle par un CS (dans les réunions et échanges d'e-mails) par la mise en adéquation régulière des objectifs de PS avec les

ressources humaines disponibles. Sinon, cette stratégie a été peu mise en place. La stratégie « Monitoring » a été mise en œuvre par tous les CS et a été considérée comme inhérente au développement du projet. Certains entraîneurs et dirigeants ont préféré organiser des réunions à la fin du déploiement des actions et stratégies de PS pour faire le point et d'autres de manière hebdomadaire pour faire évoluer le projet en continu. Aucun compte rendu écrit n'a été produit. La stratégie « Motivation » a majoritairement été mise en œuvre lors du développement du comité participatif par la prise en considération du rôle et des motivations de chacun des membres impliqués. La stratégie « Objectifs » a été mise en œuvre grâce à l'étape 4 de l'intervention. Bien qu'aucun CS ne les ait rédigés, les objectifs ont été définis par les CS qui sont allés le plus loin dans l'intervention. La stratégie « Partenariats » a été mise en œuvre par un seul CS, qui a travaillé avec des associations ou des services publics (pompiers) pour développer des actions isolées (présentation des gestes de premier secours et actions de prévention contre le cancer du sein). La stratégie « Planification » a été mise en œuvre durant les réunions des comités participatifs par l'évocation à l'oral des différentes étapes dans le déploiement des stratégies et actions de PS. Tout comme la stratégie « Ressources », la stratégie « Planification » a été mise en œuvre durant les réunions liées aux étapes d'analyse (étape 3) et de planification (étape 4). Elles ont été mises en place par la prise en compte des ressources financières, matérielles et humaines, et par la prise en considération de la temporalité des événements sportifs déjà planifiés.

Effet de l'intervention sur la démarche de promotion de la santé suggérée par l'intervention PROSCeSS

Seuls 5/14 CS ont déployé des actions de PS (tableau 2). Quatre CS après avoir réalisé au moins 5 étapes de l'intervention et 1 CS en suivant seulement l'étape 1 et l'étape 7. Les actions de PS étaient des séances de sport adaptées pour des personnes âgées, sédentaires, en situation de handicap ou en rémission de cancer, et des actions d'éducation sur des thématiques de santé : premier secours, alimentation, blessure et sommeil. Les stratégies mises en place par les CS ont permis de développer ces actions, mais également d'intégrer progressivement la santé dans les habitudes, processus organisationnels ou encore activités des CS. Elles ont permis à différents niveaux (CS en tant qu'entité, dirigeants, entraîneurs et pratiquants) d'être impliqués et ciblés. L'hétérogénéité des stratégies a également permis d'agir sur des déterminants organisationnels

(ex : réunions autour de la promotion de la santé), économiques (ex : prise en compte de la promotion de la santé dans les plans de financement), sociaux (ex : prise en compte de la promotion de la santé dans les esprits des membres) ou encore environnementaux de la santé (ex : recherche de matériel et d'une salle pour le développement de la promotion de la santé) (voir tableau 3 et annexe 1a).

Influence de certaines caractéristiques des CS sur la capacité à réaliser les étapes standardisées

Les CS qui ont mis en œuvre le plus d'étapes ont un nombre moyen de licenciés supérieur aux 14 CS (462 vs 311). 3/6 CS de sport collectif et 1/3 d'arts martiaux ont déployé des étapes standardisées. Le statut des référents n'a pas été déterminant dans la capacité à déployer des actions de PS (2/5 étaient dirigeants, 2/5 directeurs sportifs et 1/5 entraîneur), mais les CS avec des référents salariés (CS n° 12 et 14) ont déployé plus de CI. Les référents ont influencé le déploiement de certaines stratégies par leur rôle, leur influence et leur expérience dans le CS. Par exemple, les référents étant au CS depuis plus longtemps ont eu plus de facilité à « identifier les expériences antérieures du CS en matière de PS » (EXP1).

DISCUSSION

Même s'ils considéraient avoir un rôle à jouer dans la PS de leurs membres, également mis en exergue dans la littérature (24), la plupart des CS n'ont pas réussi à mettre en œuvre l'intervention PROSCeSS. Pour cause, il peut être difficile pour les entraîneurs et dirigeants de s'engager dans des projets qui s'ajoutent à ceux déjà menés par leur CS et de conserver un engagement individuel ou collectif sur le long terme. Le manque de ressources humaines, financières et matérielles des CS peut largement expliquer ces difficultés. Du fait qu'ils reposent sur le bénévolat, des budgets et des infrastructures limités (25) et que leur mission principale est de proposer une offre d'activités sportives, ils ne peuvent que difficilement déployer des moyens pour s'investir dans de nouvelles tâches, qui plus est liées à un projet peu reconnu à l'heure de son déploiement. Cette question de la reconnaissance semble d'ailleurs être déterminante dans la volonté des CS à s'investir dans un projet puisque plusieurs CS se sont saisis de

l'intervention PROSCeSS pour développer des activités en lien avec les programmes portés et mis en valeur par leur fédération sportive. En tant qu'instances décisionnaires et structurantes du mouvement sportif, ces dernières, qui peuvent octroyer des ressources et des compétences, pourraient être investies pour favoriser le développement de la PS au sein des CS (21, 26). D'autant plus que, à l'heure actuelle, elles sont pointées du doigt pour leur investissement limité et non structuré dans la PS (27-28).

En parallèle, les résultats de l'étude mettent en avant le fait que, si les représentants des CS avec qui les membres de l'équipe projet entrent en contact ne portent pas un intérêt pour la PS au-delà de leurs activités habituelles, ne sont pas reconnus et influents au sein du CS ou n'ont pas la possibilité de s'investir, le déploiement de l'intervention est largement compromis. Dès lors, il pourrait être intéressant d'inverser le sens de la démarche de recrutement des CS : les laisser manifester leur intérêt et leur capacité à s'investir dans l'intervention plutôt que les sélectionner en essayant de cibler des profils hétérogènes (comme cela a été fait par la Ville de Nancy et l'équipe de recherche dans cette étude).

Si les difficultés à déployer l'intervention PROSCeSS démontrent une inadéquation entre le contenu et la temporalité proposés et les réalités de certains CS, les résultats laissent transparaître que l'intervention a la capacité d'amener les CS à déployer des stratégies. Par ce déploiement, les CS ont pu développer des actions de PS en lien avec les besoins de leurs membres et surtout développer des habitudes favorables à la création d'un environnement promoteur de santé. Ces stratégies, qui sont parfois déjà habituelles pour les acteurs des CS (comme le fait d'identifier des partenaires [« Partenariats »] ou d'inclure les financements dans les plans de mise en œuvre [« Planification »] [29]) ou au contraire qui font habituellement défaut dans le déploiement de la PS dans les CS (21), permettent en effet de créer des conditions économiques, sociales, environnementales et organisationnelles favorables à la PS, qui conduisent progressivement à devenir un CS promoteur de santé (tableau 1). Ainsi, l'identification d'un comportement de santé spécifique (comme dans les actions de PS développées par les CS n° 10,11,12,13 et 14), pointé du doigt comme limitant l'implémentation des interventions de PS dans les CS (17), apparaît comme un prétexte pour déployer de nombreuses stratégies de PS et adopter une approche globale de la santé au sein du CS (12) et l'intégrer au quotidien et progressivement dans les activités et l'organisation du CS (21). Les stratégies de PS pourraient alors être intégrées aux activités et objectifs courants (30) des CS. Cela permettrait d'améliorer la santé et l'engagement de leurs membres (31-32), renforçant le

rôle sociétal des CS, le soutien humain et financier des institutions et créant ainsi un cercle vertueux (19).

Bien qu'il existe un besoin de standardisation pour la recherche scientifique, le déploiement à grande échelle ou bien même pour les CS d'avoir des lignes directrices, il est paradoxal de constater que les CS ne se sont pas saisis de l'intervention de la même manière. La richesse de l'intervention et la possibilité de la déployer semblent alors résider dans sa capacité à s'adapter aux contextes et aux réalités des CS. Ces résultats, similaires à ceux d'autres études (3), soulignent l'importance de créer des interventions sur mesure et adaptées aux contextes dans lesquels elles sont déployées (28).

Pistes d'amélioration de l'intervention

Cette étude pilote a mis en avant la capacité de certains CS à développer des actions de PS sans suivre toutes les étapes et surtout la difficulté de certains CS à réaliser les étapes standardisées, pointant le besoin de repenser l'intervention en matière de contenu et de temporalité (33). En gardant en tête le besoin fondamental de flexibilité dans l'intervention, plusieurs suggestions peuvent être faites. Si on propose l'intervention sur une zone géographique large ou à un nombre plus important de CS, l'engagement des CS pourrait se faire sur la base du volontariat et donc être optimisé. Cet engagement pourrait également être plus formel (ex : charte d'engagement) et pris en connaissance de cause (outil expliquant la charge de travail du référent) pour éviter l'écueil lié à la perte de contact. Malgré l'importance qui lui est donnée dans la littérature (34), la création d'un comité participatif pourrait être optionnelle ou progressive étant donné les difficultés à mobiliser des membres. La formation initiale devrait être raccourcie au vu des retours des référents. Les étapes de planification et d'évaluation pourraient être facilitées grâce à des outils appropriés. Les étapes d'analyse, de formation et de planification pourraient être réalisées avant le début de la saison sportive pour éviter de surcharger les CS à la rentrée et leur permettre de développer leurs projets sur l'ensemble de la saison. Par ailleurs, puisque la réussite de l'intervention dépend de la capacité de l'équipe à comprendre les besoins, problématiques et objectifs propres aux CS et à interagir avec un référent, il semble essentiel d'identifier un accompagnant ayant des compétences en management et en développement de projet. Dans un objectif de dissémination à plus grande échelle, la formation des accompagnants apparaîtrait alors comme un enjeu primordial.

Conclusion

Cette étude a permis de comprendre les mécanismes de l'intervention PROSCeSS et les facteurs principaux influençant son déploiement. Parce qu'il a conduit par la suite à retravailler les étapes de l'intervention et à développer une méthodologie d'évaluation « faisable » avec un protocole (publié par ailleurs [35]), ce travail met en exergue le rôle essentiel des études pilotes pour le développement et l'évaluation des interventions, notamment dans le contexte du CS (33). Les résultats suggèrent également, malgré de grandes difficultés d'implémentation, la valeur ajoutée d'un cadre théorique et d'une intervention multi-niveaux et multi-déterminants de santé, pour adopter une approche par milieux de vie.

Références

1. European Commission. Directorate General for Education, Youth, Sport and Culture. Sport and Physical Activity: Full Report [En ligne]. 2022 [cité le 1^{er} mai 2023]. Disponible sur: <https://data.europa.eu/doi/10.2766/356346>
2. Eime RM, Young JA, Harvey JT, Charity MJ, Payne WR. A Systematic Review of the Psychological and Social Benefits of Participation in Sport for Children and Adolescents: Informing Development of a Conceptual Model of Health Through Sport. *Int J Behav Nutr Phys Act.* août 2013;10(1):1-21.
3. Kokko S. Sports Clubs as Settings for Health Promotion: Fundamentals and an Overview to Research. *Scand J Public Health.* nov 2014;42(15_suppl):60-5.
4. Fink JS. Hiding in Plain Sight: The Embedded Nature of Sexism in Sport. *J Sport Manag.* 2016;30(1):1-7.
5. Emery CA. Risk Factors for Injury in Child and Adolescent Sport: A Systematic Review of the Literature. *Clin J Sport Med.* juill 2003;13(4):256-68.
6. Kelly B, Baur LA, Bauman AE, King L, Chapman K, Smith BJ. Views of Children and Parents on Limiting Unhealthy Food, Drink and Alcohol Sponsorship of Elite and Children's Sports. *Public Health Nutr.* janv 2013;16(1):130-5.
7. Mahoney JL, Stattin H. Leisure Activities and Adolescent Antisocial Behavior: The Role of Structure and Social Context. *J Adolesc.* avr 2000;23(2):113-27.
8. Skille EÅ. Competitiveness and Health: the Work of Sport Clubs as Seen by Sport Clubs Representatives - A Norwegian Case Study. *Int Rev Sociol Sport.* fév 2010;45(1):73-85.
9. Hills S, Walker M, Barry AE. Sport as a Vehicle for Health Promotion: A Shared Value Example of Corporate Social Responsibility. *Sport Manag Rev.* 2019;22(1):126-41.
10. World Health Organization. The Ottawa Charter for Health Promotion, 1986 [En ligne]. WHO; 1986. 2 p. Disponible sur: <https://www.who.int/publications/i/item/WH-1987>
11. Dooris M. Health Promoting Settings: Future Directions. *Promot*

- Educ. fév 2006;13(1):2-4.
12. Whitelaw S, Baxendale A, Bryce C, Machardy L, Young I, Witney E. "Settings" Based Health Promotion: A Review. *Health Promot Int.* déc 2001;16(4):339-53.
 13. Dooris M. Holistic and Sustainable Health Improvement: The Contribution of the Settings-Based Approach to Health Promotion. *Perspect Public Health.* janv 2009;129(1):29-36.
 14. Whitelaw S, Baxendale A, Bryce C, Machardy L, Young I, Witney E. "Settings" Based Health Promotion: A Review. *Health Promot Int.* déc 2001;16(4):339-53.
 15. Johnson S. Promouvoir la santé au sein des clubs de sport (PROSCeSS): du développement de la théorie à l'intervention [Thèse de doctorat]. Nice, France: Université Côte d'Azur; 2021.
 16. Van Hoya A, Johnson S, Geidne S, Donaldson A, Rostan F, Lemonnier F, et al. The Health Promoting Sports Club Model: An Intervention Planning Framework. *Health Promot Int.* août 2021;36(3):811-23.
 17. Geidne S, Kokko S, Lane A, Ooms L, Vuillemin A, Seghers J, et al. Health Promotion Interventions in Sports Clubs: Can We Talk About a Setting-Based Approach? A Systematic Mapping Review. *Health Educ Behav.* août 2019;46(4):592-601.
 18. Damschroder LJ. Clarity out of Chaos: Use of Theory in Implementation Research. *Psychiatry Res.* janv 2020;283:112461.
 19. Tezier B, Guillemin F, Vuillemin A, Johnson S, Lemonnier F, Rostan F, et al. Development of a Health-Promoting Sports Club's Intervention in France Applying Participatory Action Research. *Health Promot Int.* déc 2022;37(6):daac145.
 20. Johnson S, Vuillemin A, Geidne S, Kokko S, Epstein J, Van Hoya A. Measuring Health Promotion in Sports Club Settings: A Modified Delphi Study. *Health Educ Behav.* fév 2020;47(1):78-90.
 21. Van Hoya A, Johnson S, Lemonnier F, Rostan F, Crochet L, Tezier B, et al. Capitalization of Health Promotion Initiatives Within French Sports Clubs. *Int J Environ Res Public Health.* janv 2021;18(3):888.
 22. Craig P, Dieppe P, Macintyre S, Michie S, Nazareth I, Petticrew M. Developing and Evaluating Complex Interventions: The New Medical Research Council Guidance. *Int J Nurs Stud.* mai 2013;50(5):587-92.
 23. Schloemer T, Schröder-Bäck P. Criteria for Evaluating Transferability of Health Interventions: A Systematic Review and Thematic Synthesis. *Implement Sci.* juin 2018;13(1):1-17.
 24. Misener L, Misener KE. Examining the Integration of Sport and Health Promotion: Partnership or Paradox? *Int J Sport Policy Polit.* 1^{er} oct 2016;8(4):695-712.
 25. Casey M, Harvey J, Eime R, Payne W. Examining Changes in the Organisational Capacity and Sport-Related Health Promotion Policies and Practices of State Sporting Organizations. *Ann Leis Res.* 2012;15(3):261-76.
 26. Meganck J, Seghers J, Scheerder J. Exploring Strategies to Improve the Health Promotion Orientation of Flemish Sports Clubs. *Health Promot Int.* août 2017;32(4):681-90.
 27. Mountjoy M, Sundgot-Borgen J, Burke L, Ackerman KE, Blauwet C, Constantini N, et al. International Olympic Committee (IOC) Consensus Statement on Relative Energy Deficiency in Sport (RED-S): 2018 Update. *Int J Sport Nutr Exerc Metab.* juill 2018;28(4):316-31.
 28. Van Hoya A, Geidne S, Vuillemin A, Dowd K, Glibo I, Heck S, et al. Health Promoting Sports Federations: Theoretical Foundations and Guidelines. *Front Public Health.* juill 2023;11:1147899.
 29. Horch HD, Schütte N. Competencies of Sport Managers in German Sport Clubs and Sport Federations. *Manag Leis.* janv 2003;8(2):70-84.
 30. Kokko S, Kannas L, Villberg J, Ormshaw M. Health Promotion Guidance Activity of Youth Sports Clubs. *Health Educ.* oct 2011;111(6):452-63.
 31. Van Hoya A, Heuzé JP, Van den Broucke S, Sarrazin P. Are Coaches' Health Promotion Activities Beneficial for Sport Participants? A Multilevel Analysis. *J Sci Med Sport.* déc 2016;19(12):1028-32.
 32. Van Hoya A, Johnson S, Geidne S, Vuillemin A. Relationship Between Coaches' Health Promotion Activities, Sports Experience and Health Among Adults. *Health Educ J.* juin 2020;79(7):763-74.
 33. Thabane L, Cambon L, Potvin L, Pommier J, Kivits J, Minary L, et al. Population Health Intervention Research: What Is The Place For Pilot Studies? *Trials.* mai 2019;20(1):1-6.
 34. Kokko S. Guidelines for Youth Sports Clubs to Develop, Implement, and Assess Health Promotion Within Its Activities. *Health Promot Pract.* mai 2014;15(3):373-82.
 35. Tezier B, Guillemin F, Vuillemin A, Johnson S, Lemonnier F, Rostan F, et al. Evaluation of Implementation and Effects of a Health-Promoting Sports Club Intervention Using a Mixed-Method Design: PROSCeSS Protocol. *BMJ Open Sport Exerc Med.* oct 2022;8(4):e001444.

ANNEXES

Annexe 1a : Les stratégies d'intervention du club de sport promoteur de santé

Approche participative : Valoriser une approche participative pour promouvoir la santé à travers le club de sport et au-delà

- **APP1** : Identifier et valoriser les actions de promotion de la santé des pratiquants
- **APP2** : Identifier et valoriser les actions de promotion de la santé des entraîneurs
- **APP3** : Identifier et valoriser les actions de promotion de la santé des dirigeants
- **APP4** : Identifier et valoriser chaque action de promotion de la santé
- **APP5** : Impliquer les dirigeants, entraîneurs, pratiquants dans le processus de décision
- **APP6** : Impliquer les parents (et l'entourage) dans les démarches de la promotion de la santé

Communication : Développer et mettre en place une communication pour attirer l'attention sur les actions entreprises pour promouvoir la santé au sein du club de sport

- **COM1** : Créer un plan de communication
- **COM2** : Communiquer avec 1 seul message, un slogan (clair, explicite et compréhensible)
- **COM3** : Assurer la communication interne au club de sport
- **COM4** : Assurer la communication externe du club de sport
- **COM5** : S'assurer que le club de sport communique avec tous les partenaires
- **COM6** : Communiquer sur les bénéfices de la mise en place des activités de promotion de la santé

Dynamique : Créer des stratégies d'amélioration du sentiment d'appartenance au club de sport en tenant compte des individus et de leur environnement (approche socio-écologique) pour définir les objectifs de promotion de la santé les plus pertinents

- **DYN1** : Dans la définition des objectifs, prendre en compte le sentiment d'appartenance au club de sport
- **DYN2** : Tenir compte des interactions entre l'individu et son environnement, lors de la définition des objectifs de promotion de la santé

Éducation : Soutenir les clubs de sport, les dirigeants et les entraîneurs, en variant le type d'éducation qu'ils

reçoivent, en tenant compte des spécificités des pratiquants qu'ils encadrent

- **EDU1** : Soutenir les dirigeants et les entraîneurs à s'engager activement dans l'acquisition de connaissances et de compétences pour promouvoir la santé
- **EDU2** : Adapter individuellement le soutien aux dirigeants et entraîneurs en fonction du public qu'ils encadrent (tutorat, cours, e-learning)
- **EDU3** : Encourager les dirigeants et les entraîneurs à se soutenir mutuellement pour promouvoir la santé
- **EDU4** : Proposer aux clubs de sport des modalités de sensibilisation variées à la promotion de la santé
- **EDU5** : Créer des outils et des formations pour soutenir la promotion de la santé au sein des clubs de sport

Expérience : Identifier les expériences antérieures, la volonté organisationnelle, les raisons et la qualité de l'engagement du club de sport en faveur de la promotion de la santé

- **EXP1** : Identifier les expériences antérieures du club de sport en matière de promotion de la santé
- **EXP2** : Identifier la volonté organisationnelle en faveur de la promotion de la santé
- **EXP3** : Identifier les raisons de l'engagement en faveur de la promotion de la santé
- **EXP4** : Identifier le degré d'engagement en faveur de la promotion de la santé
- **EXP5** : S'appuyer sur des outils probants existants en promotion de la santé
- **EXP6** : S'appuyer sur un diagnostic évaluant les besoins et attentes pour mettre en place les actions de promotion de la santé
- **EXP7** : S'appuyer sur des expériences d'autres clubs de sport dans le développement de la promotion de la santé

Faisabilité : Évaluer régulièrement la capacité du club de sport à atteindre ses objectifs de promotion de la santé

- **FAIS1** : Évaluer régulièrement les ressources financières mobilisées
- **FAIS2** : Évaluer régulièrement les ressources humaines mobilisées
- **FAIS3** : Évaluer régulièrement la faisabilité de l'atteinte des objectifs
- **FAIS4** : Évaluer régulièrement le temps dédié à l'atteinte des objectifs

Mobilisation : Mobiliser des personnes pour soutenir le développement de la promotion de la santé

- **MOB1** : Mobiliser des icônes sportives pour soutenir le développement de la promotion de la santé au sein de votre club de sport
- **MOB2** : Mobiliser des experts en promotion de la santé

- **MOB3** : Identifier et mobiliser un ou plusieurs représentants en interne en promotion de la santé au club de sport
- **MOB4** : Mobiliser les parents (et l'entourage) pour soutenir les démarches de promotion de la santé
- **MOB5** : Mobiliser les décideurs et élus locaux pour promouvoir la santé au sein des clubs de sport
- **MOB6** : Faire du plaidoyer auprès des fédérations sportives pour un soutien aux clubs sur la promotion de la santé

Monitoring : Faire le suivi des activités de promotion de la santé au quotidien, en appliquant la philosophie « chaque petit progrès est important », et analyser chaque changement

- **MON1** : Collecter ou répertorier les petites améliorations en vue d'atteindre les objectifs de promotion de la santé
- **MON2** : Suivre toutes les activités de promotion de la santé entreprises dans le club de sport
- **MON3** : Suivre les effets des actions à court terme (changements sur 1 saison sportive)
- **MON4** : Suivre les effets des actions à long terme (changements au-delà d'une saison sportive)
- **MON5** : Suivre les politiques de promotion de la santé du club de sport

Motivation : Comprendre ce qui motive les entraîneurs à mettre en place des actions de promotion de la santé et leur donner les capacités d'agir

- **MOT1** : Favoriser des relations interpersonnelles positives entre les parties prenantes
- **MOT2** : Tenir compte des compétences des entraîneurs à gérer les situations
- **MOT3** : Tenir compte de la motivation des entraîneurs et de leurs attentes futures
- **MOT4** : Renforcer l'autonomie des entraîneurs à/pour promouvoir la santé
- **MOT5** : Renforcer le sentiment d'appartenance des entraîneurs au club de sport

Objectifs : Écrire les objectifs de promotion de la santé du club de sport, en utilisant des messages positifs, adaptés au langage du club, à la culture et à la place de la promotion de la santé dans le club, en tenant compte des inégalités sociales de santé

- **OBJ1** : Définir des objectifs de la promotion de la santé
- **OBJ2** : Rédiger et documenter formellement les objectifs de promotion de la santé
- **OBJ3** : Écrire les objectifs dans un langage sportif positif adapté à la culture du club de sport

- **OBJ4** : Prendre en compte la manière dont les personnes appréhendent leur santé lors de la définition des objectifs de promotion de la santé

Partenariats : Lier des partenariats avec d'autres organisations pour créer une culture commune et des processus collaboratifs pour promouvoir la santé

- **PART1** : Identifier des partenaires pour mettre en œuvre des actions de promotion de la santé (clubs de sport, agences, collectivités territoriales, professionnels de santé, etc.)
- **PART2** : Définir les modes de collaboration avec les partenaires existants et à venir (définir les rôles, partager les expériences, les termes du contrat, l'évaluation des résultats, le pouvoir égal des partenaires, etc.)
- **PART3** : Construire une culture commune avec les partenaires existants et à venir (confiance, reconnaissance, temps partagé, etc.)

Planification : Créer un plan de mise en œuvre pour atteindre les objectifs de promotion de la santé fixés

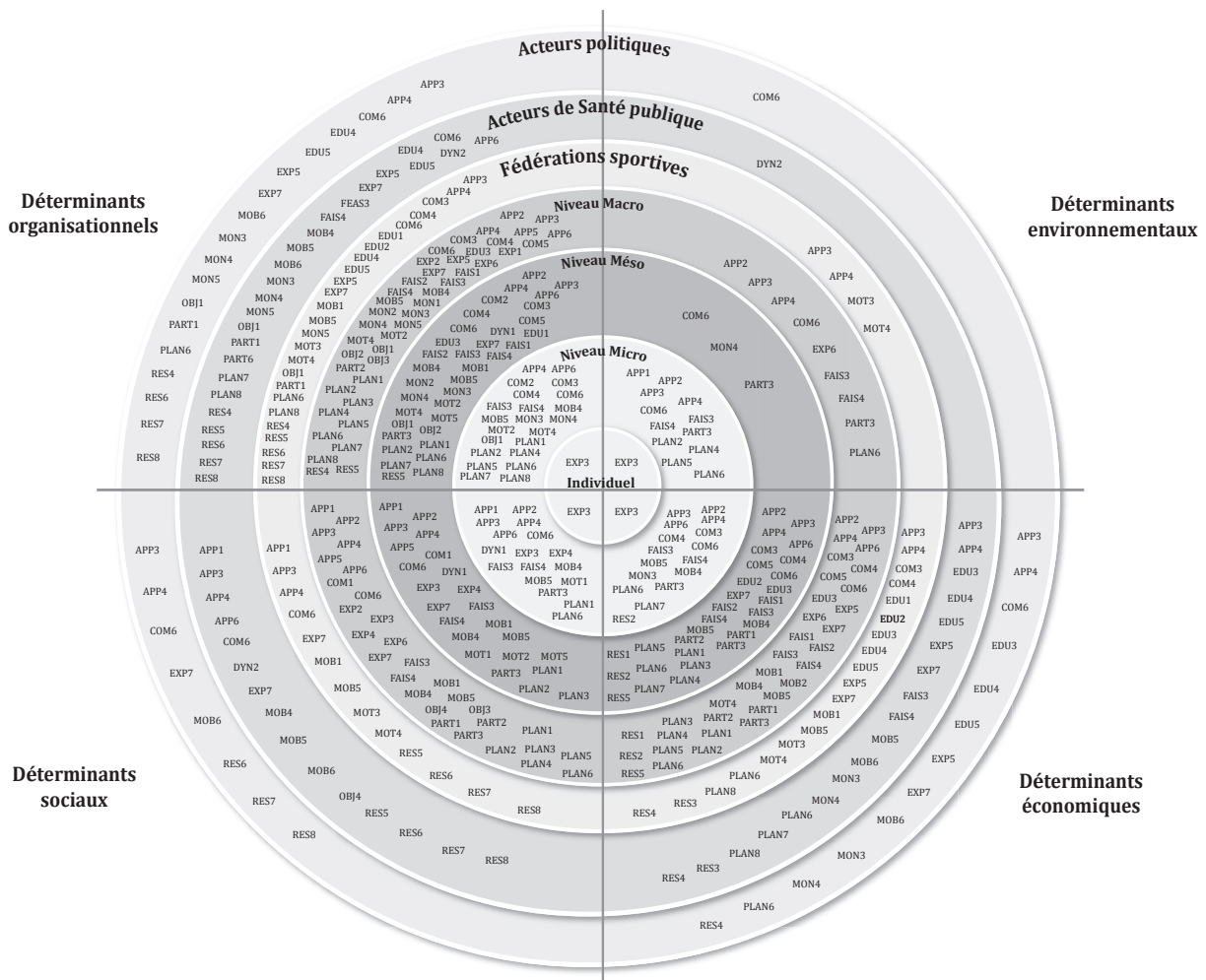
- **PLAN1** : Inclure les objectifs principaux dans le plan de mise en œuvre
- **PLAN2** : Inclure la population cible dans le plan de mise en œuvre
- **PLAN3** : Inclure les financements dans le plan de mise en œuvre
- **PLAN4** : Inclure les personnes référentes en promotion de la santé dans le plan de mise en œuvre
- **PLAN5** : Inclure les étapes clés dans le plan de mise en œuvre
- **PLAN6** : Tenir compte de la durabilité des actions de promotion de la santé
- **PLAN7** : Créer des politiques futures fondées sur l'évaluation des actions en cours
- **PLAN8** : Fonder la planification des actions futures sur l'évaluation des actions en cours

Ressources : Identifier, développer ou évaluer les ressources financières, matérielles, humaines et de pouvoir d'agir disponibles pour investir en/dans la promotion de la santé

- **RES1** : Évaluer les ressources financières disponibles (subventions, sponsors) pour investir dans la promotion de la santé
- **RES2** : Évaluer les ressources humaines disponibles (temps consacré au bénévolat, turnover du personnel) à investir dans la promotion de la santé
- **RES3** : Évaluer les compétences et les connaissances actuelles dans le club de sport disponibles pour promouvoir la santé

- **RES4** : Repérer et mobiliser des outils de développement de la promotion de la santé au sein des clubs de sport
- **RES5** : Identifier les financements mobilisables pour la promotion de la santé
- **RES6** : Mettre en place un site national de ressources pour la promotion de la santé au sein des clubs de sport
- **RES7** : Mettre en place un référent national pour la promotion de la santé au sein des clubs de sport
- **RES8** : Créer et animer un réseau régional et local de référents en promotion de la santé au sein des clubs de sport (partage de pratiques)

Annexe 1b : Les stratégies d'intervention du club de sport promoteur de santé appliquées au modèle théorique (15)



Annexe 2 : Le guide d'entretien

Amorce

Pourriez-vous nous dire comment vous avez vécu cette saison sportive au sein de votre club ?

Quels ont été les moments forts de cette saison dans la mise en place de la démarche PROSCeSS ?

Qu'envisagez-vous pour la saison prochaine ?

Thème 1 : Population

Population (caractéristiques, besoins, représentation de la santé et du club, attitude à l'égard de l'intervention)

« Nous sommes dans un club de ... licenciés, de ... bénévoles et de ... salariés... »

- 1) Est-ce que les actions de promotion de la santé mises en place ont touché un public particulier, j'entends par là avec des caractéristiques sociodémographiques particulières, par exemple des femmes, des personnes âgées, des jeunes de quartier, etc. ?
- 2) Est-ce qu'à un moment donné vous avez eu l'impression que cette population avait un ou des besoins particuliers ?
- 3) Comment l'a-t-elle exprimé ?
- 4) Suite à la démarche PROSCeSS, pensez-vous que la conception de la santé a évolué au sein de votre club ? pratiquants ? entraîneurs ? dirigeants ?
- 5) Selon vous, quel est le lien que font les membres entre leur club de sport et leur santé ?
- 6) Quelle a été la réaction des membres du club quand ils ont entendu parler de l'action de promotion de la santé au départ ?
- 7) Et comment la population a-t-elle participé à cette ou ces initiatives ? Et, aujourd'hui, quelle est leur perception de ce qui est mis en place ?

Thème 2 : Intervention

Intervention (caractéristiques, conception, stratégies et implémentation)

« Vous avez mis en place une action de promotion de la santé sur *telle thématique*, vous avez touché *tel public*... »

- 1) Pouvez-vous décrire plus précisément en quoi consiste cette ou ces actions (durée, coût, caractéristiques, etc.) ?
- 2) Pourquoi avez-vous décidé de mettre en place ces actions ? D'agir sur tel comportement (quel est l'élément déclencheur de cette ou ces actions) ?
- 3) Sur quoi vous êtes-vous appuyé pour la/les penser, la/les construire (expériences d'autres clubs, accompagnement, etc.) ?
- 4) Comment la/les avez-vous mises en place (planification précise, outils, actions, etc.) ?

- 5) Qu'est-ce qui a bien marché et moins bien marché ?
- 6) Dans l'accompagnement proposé, quelles sont les stratégies qui ont été utiles, quelles étapes ont été essentielles, moins essentielles ?
- 7) Quels ont été les éléments les plus compliqués à gérer ? Quelles problématiques avez-vous rencontrées ?
- 8) Comment améliorerez-vous cette intervention ?

Thème 3 : Environnement

Environnement (physique, organisationnel, partenarial, points forts/points faibles)

« Nous savons, vous et moi, que le club de sport est une organisation qui a une place importante dans notre société. Pourtant, l'environnement dans lequel il évolue est souvent déterminant. Vous disposez de *tant de salles, de tant de m²...* »

- 1) Dans quel environnement a évolué votre club cette saison (structure, contexte social, culturel, organisation du club, etc.) ?
- 2) Est-ce que vos relations avec les acteurs locaux ont changé lors de cette saison ?
- 3) Est-ce que vos relations avec les pouvoirs publics ont changé lors de cette saison ?
- 4) Est-ce que vos relations avec d'autres clubs ont changé lors de cette saison ?
- 5) Avez-vous l'impression d'avoir une influence sur votre environnement proche ?
- 6) Avez-vous développé des partenariats pour cette action de PS et quelle relation entretenez-vous avec vos partenaires ?
- 7) Avez-vous débloqué des moyens financiers, matériels, humains externes au club pour soutenir vos actions ?
- 8) Quels sont les atouts de votre environnement pour l'intervention et quels sont les points faibles et ce qu'il faudrait améliorer ?

Thème 4 : Transfert

Transfert (revient en quelque sorte à interroger sur les stratégies utilisées)

- 1) Quel(s) étai(en)t le ou les objectifs de cette/ces actions de PS ?
- 2) Avez-vous eu à les adapter et/ou à les réorienter pendant la saison ?
- 3) Quelles stratégies ont été utiles dans votre club et pourraient être proposées à d'autres clubs ?
- 4) Quels conseils pourriez-vous fournir à d'autres clubs qui souhaitent se lancer ?
- 5) Quelles compétences avez-vous développées cette saison ?
- 6) Quelles compétences manquent encore et devraient être développées ?