

L'activité physique au secours de la santé publique

Pistes de réflexion pour faire de l'activité
physique un réel recours contre la sédentarité

Victor Querton

PRÉFACE – LE SPORT-SANTÉ, UN OUTIL À VALEUR SANITAIRE ET POLITIQUE

**Claire Rabès – membre de Point d’aencrage
et professionnelle du monde du sport**

Le « sport-santé » est devenu une évidence dans notre monde post-pandémie. Beaucoup d’acteurs du sport mentionnent le « sport-santé » et le secteur de la santé s’en empare également. Cela correspond au fait, démontré scientifiquement, que le sport est bon pour la santé. Plus précisément, selon l’Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l’activité physique est très bénéfique pour la santé du coeur, du corps et de l’esprit.

Nous voilà bien avancés. Quelle est donc la différence entre faire du sport en général et pratiquer des activités dans le cadre du « sport-santé » ? En réalité, qu’appelons-nous le « sport-santé » ? Si l’on met de côté les sportifs de haut-niveau et le cadre de la performance pour s’intéresser davantage à la pratique de tous et toutes tout au long de la vie, l’expression recouvre de nombreuses réalités et de multiples acteurs publics et privés. D’une part, les institutions, au premier rang desquelles l’Etat, qui a publié sa première stratégie nationale sport-santé 2019-2024 et les collectivités, engagées dans le financement et la mise en place de dispositifs spécialisés. D’autre part, les acteurs privés : médecins, assurances, mutuelles, mais aussi salles de sports et autres acteurs des loisirs sportifs. Cette myriade de parties prenantes se traduit aussi bien par des offres spéciales de loisirs pour bouger, des programmes de prévention contre les comportements sédentaires, des parcours de soins pour lutter contre les affections de longue durée ou maladies chroniques. Une diversité de parcours qui s’adressent à des publics différents : les enfants qui forgent leurs habitudes, les patients en recherche de traitements complets, les seniors afin de poursuivre une activité physique essentielle à la lutte contre la dépendance. Si le « sport-santé » s’est désormais institutionnalisé, il reste difficile de l’appréhender.

Il est aujourd’hui essentiel d’avoir au moins un chiffre en tête, un chiffre qui donne le tournis : 5 millions de personnes décèdent chaque année dans le monde du fait de la sédentarité. Ces morts pourraient être évitées si la population pratiquait une activité physique régulière, quelle que soit sa forme.

L'enjeu est désormais de décloisonner les acteurs mobilisés sur les politiques publique du sport-santé et des programmes liés. Le défi est de convaincre au-delà d'un cercle de sportifs – certes élargi – convaincus des ravages de la sédentarité et des bienfaits du sport. Bien sûr, les progrès sont déjà notables et nous saluons les différentes initiatives lancées comme les maisons sport-santé ou les expérimentations et conventions signées entre les différents acteurs du sport et de la santé. Ce rapport propose un état des lieux précis de la lutte contre la sédentarité en France, nourri d'échanges avec des experts et d'un travail fin sur les programmes existants. Il en tire des recommandations pour une feuille de route ambitieuse, dans l'objectif de mettre toutes les chances du côté des Français pour utiliser le sport comme une boîte à outils, dans le parcours de santé d'une vie.

Si nous pensons que le sujet est consensuel, force est de constater que ce sont les populations les plus précaires qui sont d'abord touchées par la sédentarité. La pratique sportive pour la recherche de bien-être physique ou mental est un privilège. L'accès aux soins, et donc au sport, reste une bataille de chaque jour pour une grande partie de la population. Cette inégalité doit nous alerter pour aller plus vite, plus fort, plus loin, ensemble.

Remerciements

Je suis particulièrement reconnaissant envers Claire Rabès, directrice de Point d'aencrage , et Richard Bouigue, directeur de l'observatoire du sport de la Fondation Jean Jaurès, pour leur confiance et leurs conseils précieux qui m'ont permis de me lancer dans ce travail.

Je tiens à remercier sincèrement l'ensemble des personnes avec qui il m'a été donné d'échanger sur les questions traitées dans ce rapport. Si les réflexions présentées ici ne sauraient être assimilées aux leurs, elles n'auraient pas pu voir le jour sans leur concours.

Je remercie enfin l'ensemble des relecteurs et relectrices, ainsi que les personnes qui m'ont aidé et soutenu dans la rédaction de ce rapport et tout particulièrement Anaïs Maurel qui l'a mis en page. Ce travail est aussi le leur.

INTRODUCTION

Phénomène socio-historique, la sédentarité est devenue un enjeu majeur de santé publique que la pandémie de Covid-19 a mis au centre des préoccupations. Dans un pays comme la France, où le système de santé est centré sur le soin plutôt que la prévention, la sédentarité entraîne des coûts sanitaires, sociaux et économiques majeurs, de l'ordre de dizaines de milliards d'euros chaque année. Pour inverser le processus civilisationnel de sédentarité et remettre nos corps en mouvement pour une meilleure santé de chacun, l'activité physique doit prendre toute sa place dans les politiques publiques.

A ce jour pourtant, seul le ministère des Sports porte à bout de bras et avec son maigre budget une politique de développement des activités physiques et sportives à des fins de santé, sous la dénomination de politique du sport santé. Si son champ comme son ambition sont vastes, cette politique se trouve limitée par la vision restrictive qu'ont du sport les autres ministères, qui ne distinguent souvent que ses dimensions récréative et compétitive.

La sédentarité touchant tous les moments de la vie et toutes les périodes de la journée ne peut être pleinement appréhendée qu'au travers d'une politique transversale et intégrée, aujourd'hui hors de portée du seul ministère des Sports. Cette politique doit impliquer l'ensemble des ministères, mais aussi des directions de collectivités territoriales, touchant à la mise en mouvement des corps. Il est plus que temps pour le monde politique de se saisir de cette question. Il en va de la santé des citoyens mais aussi de la viabilité du système de santé français. En effet, l'activité physique, considérée comme une thérapeutique depuis 2011, a démontré son efficacité dans l'accompagnement des malades souffrant d'affections de longue durée, de cancers et de maladies chroniques, en limitant de manière spectaculaire les réhospitalisations et les dépenses de santé.

Cette note vise à démontrer que la lutte contre le déterminant de santé majeur qu'est devenue la sédentarité ne peut passer que par un investissement transversal des pouvoirs publics dans une politique de l'activité physique. Celle-ci doit impliquer les acteurs du sport, de la santé, mais aussi du travail, de l'éducation, des mobilités, etc. au regard des multiples externalités positives qu'une telle politique peut générer dans nombre de domaines. Cet objectif de remettre les corps en mouvement ne doit pas pour autant être mis en œuvre dans une logique de rentabilité directe, au risque d'en faire le nouvel avatar d'un hygiénisme à la Coubertin. A l'inverse, le développement des activités physiques et sportives à des fins de santé ne connaîtra des effets pérennes qu'à la condition d'en faire un instrument d'éducation populaire à la santé, permettant à chacune et chacun de se réapproprier son corps et ses mouvements et de comprendre les rapports qu'il entretient avec son environnement.

Ce travail s'appuie sur nombre de travaux déjà réalisés dans le domaine du sport, des activités physiques et de la santé. Il s'intéresse d'abord au processus socio-historique de sédentarité et à ses conséquences sur la santé et le système de santé. Il considère ensuite la pertinence de l'activité physique pour lutter contre le couple sédentarité-inactivité physique, avant de se pencher sur les leviers de mise en œuvre d'une action publique transversale pour l'activité physique. Il s'achève par une tentative d'évaluation de la mise en œuvre de l'activité physique adaptée comme thérapeutique et propose des pistes pour accélérer son développement sur l'ensemble du territoire.

RÉSUMÉ EXÉCUTIF

1/ Nos politiques publiques n'ont pas pris la mesure de la sédentarisation de nos modes de vie et de leurs conséquences dramatiques sur la santé. Chaque année, 4 millions de décès dans le monde sont directement imputables à la sédentarité, soit 7,5% du total des décès. Il s'agit également d'un facteur déclencheur ou aggravant des affections de longue durée telles que les cancers et des maladies chroniques comme le diabète. La prévalence des cancers a augmenté de 84% entre 1994 et 2004 et les maladies chroniques touchent aujourd'hui près de 20 millions de personnes en France. Enfin, 54% des hommes et 44% des femmes ayant entre 18 et 74 ans sont en surpoids ou obèses.

2/ Ces chiffres alarmants sont connus depuis des années. L'urgence à agir est d'autant plus aiguë que la sédentarité révèle et accroît les inégalités sociales qui mettent à mal le pacte républicain. Les personnes les plus défavorisées pratiquent le moins d'activité physique et sont les plus sédentaires. Comme le révèle l'Eurobaromètre, les pratiques d'activité physiques quotidiennes et de sport sont liées à des facteurs démographiques : le genre et l'âge ; ainsi qu'à des facteurs sociaux : les études, l'aisance financière et le type d'emploi exercé. Les personnes ayant systématiquement du mal à payer leurs factures ont 63% de chances de plus que les autres de ne jamais pratiquer d'activité physique, augmentant de 30% leurs chances de développer un diabète ou d'avoir un accident vasculaire-cérébral. Le coût des maladies liées à la sédentarité repose donc en majorité sur les personnes disposant des plus faibles moyens pour s'en prémunir.

3/ La sédentarité représente en plus un fardeau financier considérable pour l'Etat. Son coût est estimé chaque année à 16,7Md€ comprenant 81% de coûts directs (dépenses liées à la sédentarité) et 19% de coûts indirects (manque à gagner fiscal lié à la perte de productivité). Plus largement, les soins liés aux maladies chroniques représentent à eux seuls 90Md€ de dépenses annuelles pour l'assurance maladie, soit 38% de l'objectif national de dépenses annuel de l'assurance maladie.

4/ L'activité physique est reconnue depuis longtemps comme une solution de prévention face à l'épidémie de sédentarité. Au-delà d'en limiter les effets en prévention primaire, l'activité physique pratiquée régulièrement contribue à tout âge au renforcement des capacités physiques et cognitives des individus, allongeant ainsi l'espérance de vie en bonne santé et retardant la perte d'autonomie. En effet, 15 minutes d'activité physique quotidienne permettent d'allonger de trois ans l'espérance de vie. Les activités physiques et sportives (APS) ont donc un rôle essentiel à jouer dans la prévention de la sédentarité et des pathologies qui lui sont liées.

5/ Le ministère des Sports porte à bouts de bras et presque seul l'action publique en matière de développement des APS. Toutefois, son budget de moins de 1Md€ ne saurait lui permettre de répondre à l'ampleur de l'enjeu que représente la sédentarité. Le ministère de la Santé cherche également à lutter contre la sédentarité depuis le début du XXIe siècle, et copilote désormais la Stratégie Nationale Sport Santé (SNSS) avec le ministère des Sports.

RÉSUMÉ EXÉCUTIF

Toutefois, cette participation du ministère de la Santé reste marginale et les Agences régionales de santé (ARS) n'utilisent pas, ou très peu, le fonds d'intervention régional (FIR) pour financer le développement des activités physiques. De plus, le sport reste perçu par le secteur de la santé d'abord comme une source de blessure. L'activité physique demeure ainsi enfermée dans un rôle récréatif ou athlétique alors qu'elle constitue un levier global de correction des excès de notre mode de vie.

6/ Alors que la sédentarité s'enracine dans les comportements du quotidien, elle devient un enjeu de santé publique qui dépasse l'univers du sport et touche de nombreuses facettes des politiques publiques. A l'instar du ministère de la Santé, d'autres ministères tels que la Transition Ecologique, le Travail, ou l'Education Nationale tireraient d'importants bénéfices d'un fort développement des activités physiques : meilleure santé en milieu scolaire, professionnel, ou déploiement des mobilités actives. Dès lors, se posent notamment les questions du financement et de la coordination de l'action publique pour le développement des APS.

7/ L'activité physique n'est pas uniquement un moyen de prévenir les conséquences de la sédentarité mais aussi une réelle thérapeutique permettant de soigner les pathologies qui y sont associées. Ainsi, l'activité physique adaptée (APA) est reconnue comme une thérapie non-médicamenteuse par la Haute Autorité de Santé depuis 2011 et il est possible de la prescrire depuis 2017. L'APA consiste en une prescription par un médecin, suivi d'un bilan de conditions physiques et de séances d'activité physique adaptées aux capacités du patient et réalisées sous la supervision d'un professionnel : enseignant en activité physique adaptée, masseur-kinésithérapeute ou éducateur sportif. Ce traitement non médicamenteux permet de réduire considérablement les risques de rechute ou de survenue d'une maladie chronique ou d'une affection longue durée. L'APA est également indiquée pour prévenir l'entrée en dépendance des personnes avançant en âge. En 2022, la loi sur la démocratisation du sport a étendu la prescription d'APA à 22,5M de patients potentiels, contre environ 11M auparavant. Cette généralisation se heurte toutefois au non-remboursement de ce traitement par l'assurance maladie, à la connaissance réduite qu'ont les médecins de ce dispositif, et à l'inorganisation des réseaux de professionnels de l'APA. Puisque la généralisation de l'APA est un levier majeur pour lutter contre les maladies liées à la sédentarité et constitue un vecteur d'économies substantielles pour l'Etat, sa prise en charge par l'assurance maladie doit être mise à l'ordre du jour. En effet la prise en charge des parcours d'APA pour les seules personnes souffrant de maladies cardiovasculaires constituerait déjà une économie de 3,3MD€ pour la sécurité sociale. En ce sens, des propositions sont formulées concernant, d'une part, la prise en charge des traitements APA par l'assurance maladie et, d'autre part, la structuration des réseaux de professionnels.

8/ Tenant compte des nombreux domaines qu'une action publique des APS est à même de toucher – inclusion sociale, diminution des inégalités, éducation populaire, protection de l'environnement – on ne saurait la subordonner à la politique de santé.

RÉSUMÉ EXÉCUTIF

Au contraire, toute intensification de l'action publique dans le champ des APS devrait être conduit de manière transversale, porté par de fortes coopérations interministérielles, et associer étroitement les collectivités. La présente note insiste sur l'urgence d'un investissement conséquent et coordonné dans une politique publique des activités physiques pour une meilleure santé de toutes et tous.

5 recommandations pour généraliser et démocratiser le recours à l'activité physique

- 1. Recommandation 1 :** mettre en place une prise en charge allant jusqu'à 500€ des parcours d'APA (bilans + séances) par l'assurance maladie pour les personnes souffrant de maladies cardiovasculaires – gain net estimé : 3,28Md€ (coût maximum : 2,05Md€ / dépenses évitées : 5,33Md€).
- 2. Recommandation 2 :** mettre en place une part incompressible de 1% du fonds d'intervention régional des ARS, allouée à la promotion et la structuration de réseaux de professionnels de l'activité physique adaptée dans le cadre de sa mission de prévention et de promotion de la santé – apport estimé 37M€.
- 3. Recommandation 3 :** intégrer les enseignants en activité physique adaptée dans la catégorie des professionnels de santé en tant qu'auxiliaires médicaux (art. L4311-1 à L4394-4 du code de santé publique) et harmoniser la formation des éducateurs sportifs leur permettant de diriger des séances d'APA.
- 4. Recommandation 4 :** structurer les réseaux d'acteurs territoriaux de l'APA (médecins, maisons sport santé, effecteurs) dans le cadre de contrats locaux de santé cofinancés par les ARS et les collectivités.
- 5. Recommandation 5 :** intégrer la prescription d'activité physique adaptée dans la rémunération sur objectifs de santé publique des médecins.

GLOSSAIRE

Activité physique (AP) : tous les mouvements corporels entraînant une augmentation de la dépense énergétique supérieure à la dépense de repos. Il s'agit de tous les mouvements de la vie quotidienne, y compris ceux effectués lors des activités scolaires, de travail, d'école, et de déplacements, domestiques ou de loisirs. (Fédération française de cardiologie)

Activité physique adaptée (APA) : activité physique réalisée sous la supervision d'un professionnel (masseur-kinésithérapeute, ergothérapeute, enseignant APA, éducateur sportif) dans le cadre d'une prescription médicale, régie par le décret n°2016-1990.

Comportement sédentaire : un comportement sédentaire se rapporte à une activité de très faible intensité, caractérisée par une très faible dépense énergétique, par exemple lorsqu'on est assis, allongé ou couché. L'intensité d'une activité est exprimée en équivalent métabolique (MET) et se définit sur une échelle allant de 0,9 (sommeil) à 18 (course à 17,5km/h). Des périodes prolongées de comportements sédentaires nuisent à la santé. (OMS)

Sport : ensemble des exercices physiques se présentant sous forme de jeux individuels ou collectifs, donnant généralement lieu à compétition, pratiqués en observant des règles précises. (Larousse)

Inactivité physique : niveau insuffisant d'activité physique d'intensité modérée à élevée, ne permettant pas d'atteindre le seuil d'activité quotidienne et hebdomadaire recommandé. (Fédération française de cardiologie)

En agrégeant les recommandations de l'OMS et de la Fédération française de cardiologie, on parvient aux seuils minimums de pratique d'activité physique suivants pour demeurer en bonne santé :

- adultes et personnes âgées :

- 30 minutes d'activité physique quotidienne modérée (exemple : marche à un bon pas) ;
- au moins 75 minutes d'activité intense par semaine ;
- au moins deux séances par semaine de 30 minutes d'exercice des principaux groupes musculaires pour renforcer la musculature.

- enfants :

- au moins 60 minutes d'activité intense par jour.

- personnes âgées à mobilité réduite :

- une activité physique nécessaire d'au moins 3 séances par semaine d'activité modérée afin d'améliorer l'équilibre et d'éviter les chutes.

SOMMAIRE

PRÉFACE – LE SPORT-SANTÉ, UN OUTIL À VALEUR SANITAIRE ET POLITIQUE	3-5
INTRODUCTION	6
RÉSUMÉ EXECUTIF	7-9
5 RECOMMANDATIONS POUR GÉNÉRALISER ET DÉMOCRATISER LE RECOURS À L'ACTIVITÉ PHYSIQUE	9
GLOSSAIRE.....	10
1. LA SÉDENTARITE : UNE MUTATION DES MODES DE VIE AUX CONSÉQUENCES DRAMATIQUES SUR LA SANTÉ	13-20
1.1 UN PHÉNOMÈNE SOCIO-HISTORIQUE MIS EN LUMIÈRE PAR LES CONFINEMENTS.....	13-15
1.2 DES CONSÉQUENCES SANITAIRES DRAMATIQUES	15-16
1.3 UNE INACTIVITÉ PHYSIQUE LARGEMENT RÉPANDUE ET RÉVÉLATRICE D'INÉGALITÉS.....	17-20
1.4 UN IMPACT MASSIF SUR LE SYSTÈME DE SANTÉ.....	20
2. LES BÉNÉFICES MULTIPLES DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE	21-29
2.1 LES BÉNÉFICES MULTIPLES DE LA PRATIQUE D'ACTIVITÉ PHYSIQUE SUR LA SANTÉ.....	21-22
2.2 L'ACTIVITÉ PHYSIQUE, UNE THÉRAPEUTIQUE ADAPTÉE POUR UN TIERS DE LA POPULATION FRANÇAISE	23-24
2.3 LA GÉNÉRALISATION DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE, VECTEUR D'ÉCONOMIES SUBSTANTIELLES POUR L'ASSURANCE MALADIE	25-27
2.4 LE SPORT : UN LEVIER POUR DIMINUER LA DEPENSE PUBLIQUE	28-29
3. L'ACTIVITÉ PHYSIQUE : UNE CATÉGORIE D'ACTION PUBLIQUE RÉCENTE, ENCORE TROP PEU TRANSVERSALE	30-48
3.1 UNE POLITIQUE PUBLIQUE DU SPORT HISTORIQUEMENT CENTRÉE SUR LE HAUT NIVEAU ET LE SPORT POUR TOUS.....	30-32
3.2 LE SPORT SANTÉ : DES PRÉOCCUPATIONS ANCIENNES POUR UNE POLITIQUE RÉCENTE	32-42
3.3 UNE MULTIPLICITÉ D'APPROCHES ET D'ACTEURS CONCOURENT AU DÉVELOPPEMENT DU SPORT ET DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE DANS LE BUT D'AMÉLIORER LA SANTÉ	43-46
3.4 APRÈS LE SPORT SANTÉ : PISTES DE RÉFLEXION POUR L'AVENIR DE L'ACTION PUBLIQUE EN MATIÈRE D'ACTIVITÉS PHYSIQUES.....	46-48
4. L'ACTIVITÉ PHYSIQUE À VISÉE THÉRAPEUTIQUE, UN EXEMPLE DE LA NÉCESSITÉ D'UNE ACTION COORDONNÉE ET VOLONTAIRE À DES FINS DE SANTÉ	49-56
4.1 UNE PRESCRIPTION EN DÉVELOPPEMENT MAIS QUI FAIT FACE À DES FREINS IMPORTANTS	49-51
4.2 LES MAISONS SPORT-SANTÉ, RELAIS DE LA POLITIQUE SPORT SANTÉ DANS LES TERRITOIRES	52-53
4.3 RECOMMANDATIONS	54-56
CONCLUSION.....	57
BIBLIOGRAPHIE	59-61
ANNEXE.....	62

1. La sédentarité : une mutation des modes de vie aux conséquences dramatiques sur la santé

1.1 Un phénomène socio-historique mis en lumière par les confinements

1.1.1 Les deux confinements de 2020 nous ont fait prendre conscience d'une nouvelle forme de fatigue, la fatigue de ne rien faire

En novembre 2021, l'essai *Une société fatiguée ?*¹ du groupe d'experts en sciences sociales de la CFDT et la Fondation Jean-Jaurès proposait de s'intéresser à la fatigue révélée, suscitée et amplifiée par la pandémie de Covid-19 et les confinements qu'elle a entraînés. Ce travail restituait notamment une enquête d'opinion selon laquelle, parmi les trois sentiments dominants des Français, arrivent à peu près à égalité l'incertitude, l'inquiétude et la fatigue. Fatigue collective comme individuelle, notre société s'intéresse particulièrement à ses manifestations psychologiques ou sociales. On ne saurait toutefois faire l'économie d'une approche proprement physique de la fatigue du corps confiné. Une fatigue particulière et caractérisée, pour les personnes confinées, par un repos excessif, un corps qui ne sait plus quoi faire de ses membres tant il se trouve pris dans une inertie du ne rien faire. Ainsi notre conception collective de la fatigue a-t-elle basculé.

La diminution de l'activité physique pendant le premier confinement : l'enquête CoviPrev²

Santé publique France a mené une enquête avec le cabinet BVA entre le 4 et le 6 mai 2020 auprès de 2 000 personnes de 18 ans et plus résidant en France métropolitaine afin de suivre l'évolution des comportements et de la santé mentale.

« Parmi l'ensemble des personnes interrogées :

- 57,6% ont fait moins des 30 min jour d'activité physique recommandées pendant le confinement. Ceci a été plus fréquemment le cas des femmes, des 25-49 ans, des moins diplômés, des parents d'enfants de 16 ans ou moins et des personnes vivant en zone urbaine.

Comparé à leurs pratiques d'avant le confinement :

- 47,4% des personnes ont déclaré une diminution de leur activité physique dans son ensemble
- 58,9% une diminution de la marche
- 37,1% une diminution de leur activité sportive

Concernant l'activité sportive, 17,9% ont néanmoins déclaré une augmentation de leur pratique, ceci de façon croissante au cours de la période du confinement (15,4% des personnes interrogées du 14 au 16 avril). »

1 BERGER Laurent & al, *Une société fatiguée*, Fondation Jean Jaurès & CFDT, 2021

2 Santé publique France, *CoviPrev : une enquête pour suivre l'évolution des comportements et de la santé mentale pendant l'épidémie de COVID-19*, 2020

Si elle est indubitablement liée à une lassitude face à la pandémie, la fatigue révélée par les confinements est également causée par une nette diminution de l'activité physique. Cette diminution apparaît de manière flagrante en raison des confinements successifs mais était déjà symptomatique dans notre société bien avant la période Covid. Cependant, il s'agit pour le Covid d'un immobilisme tel que le terme de sédentarité ne peut qu'en exprimer partiellement l'étendue.

1.1.2 La diminution de l'activité physique s'inscrit dans une évolution historique des modes de vie et de production

La notion de sédentarisation est généralement associée à la période néolithique lors de laquelle des communautés de chasseurs cueilleurs se sont fixées dans le croissant fertile pour y développer l'agriculture et l'élevage. Si le processus engagé alors s'est par la suite étendu à la quasi-totalité de l'humanité, on peut considérer qu'il n'est pas achevé pour autant. En effet, la diminution du travail agricole induite par les révolutions industrielles, la mécanisation des tâches et la tertiarisation des économies qui en ont découlé ont conduit à une diminution spectaculaire de l'activité physique quotidienne. Ainsi, selon l'Institut de recherche biomédicale et d'épidémiologie du sport (IRMES), l'activité physique quotidienne en France est passée de 8h en moyenne en 1800 à moins d'une heure dans les années 2000. Cette diminution suit la courbe de « la transition démographique qui voit passer en deux siècles le pourcentage d'emplois directement liés à l'agriculture de 65 à 4% tandis que celui du secteur tertiaire passe de 14 à 72%. »³

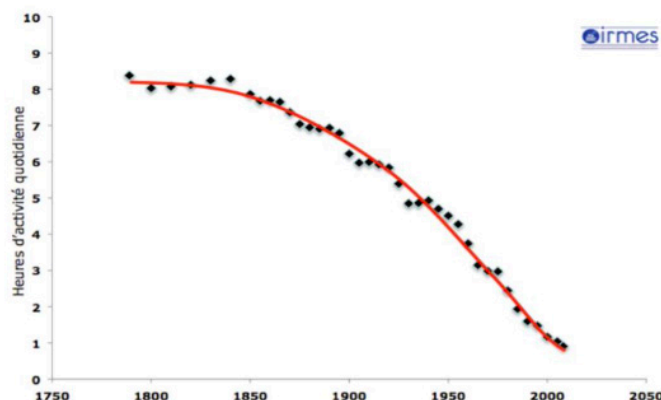


Figure 1 - Evolution séculaire de l'activité physique des Français

Le professeur Jean-François Toussaint, Président de la Commission de prévention sport et santé, qualifiait ce niveau d'activité physique le plus bas que nous ayons collectivement atteint comme « l'absence quasi complète de mouvements, avec une mobilité urbaine totalement passive, entraînant le déconditionnement des principales fonctions de

³ TOUSSAINT Jean-François (dir.), *Rapport préparatoire au Plan National de Prévention par l'Activité Physique ou Sportive (PNAPS)*, Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative, 2008, p.11

l'organisme »⁴. Au niveau collectif, le processus de sédentarisation ne s'est donc pas figé mais bien poursuivi, immobilisant non plus les communautés mais les individus. La tertiarisation de l'économie, fulgurante dans la seconde moitié du XXe siècle, a induit la généralisation d'un travail de bureau caractérisé par l'inactivité physique et, depuis plus d'une vingtaine d'années, doublé par une augmentation du temps passé devant les écrans. Ce temps passé immobile concerne également les personnes exerçant des métiers pénibles tant ces comportements sont ancrés dans le quotidien. Elimination progressive mais inégale de la fatigue du labeur, affirmation des loisirs comme de la liberté individuelle, présence bientôt écrasante de l'être à soi. Georges Vigarello relève là l'apparition de la fatigue moderne, qualifiée par Alain Ehrenberg de « fatigue d'être soi »⁵. Ce triomphe de l'individualité par la normalisation des comportements laisse en réalité transparaître une emprise biopolitique grandissante.

Ainsi, le phénomène socio-historique de sédentarité se poursuit-il sous une nouvelle forme liée à l'inactivité physique croissante des populations et à l'exposition aux écrans qui touche particulièrement les pays à revenu élevé. On peut donc considérer que cet immobilisme chronique touchant nos sociétés existe « sous sa forme épidémique [...] depuis la deuxième moitié du XXe siècle. »⁶ L'un des défis de notre époque semble donc de créer des points de rupture dans les continuums d'immobilité au sein desquels nous sommes pris.

1.2 Des conséquences sanitaires dramatiques

1.2.1 Les incidences massives des comportements sédentaires sur la santé

- **La sédentarité est devenue un déterminant de santé à part entière**

La sédentarité et l'inactivité physique forment un couple particulièrement dangereux pour la santé des individus. En effet, ces deux phénomènes se renforcent mutuellement et la pratique régulière d'une activité physique d'intensité modérée est loin d'effacer totalement les conséquences négatives des comportements sédentaires sur la santé. En effet, en 2016, seuls 5% de la population française entre 18 et 64 ans avait une pratique d'activités physiques

et sportives suffisante pour protéger des conséquences négatives de la sédentarité et de l'inactivité physique.⁷ Plusieurs affections touchant un très grand nombre de personnes sont liées à la sédentarité ou au manque d'activité physique :

- La sédentarité est la cause directe de 4 millions de décès chaque année dans le monde⁸;
- être assis plus de 3 heures par jour est responsable de 3,8% des décès en France, et ce, indépendamment du niveau d'activité physique des personnes concernées (ONAPS) ;

4 *Ibid*

5 EHRENBERG Alain, *La fatigue d'être soi : dépression et société*, Odile Jacob, Paris, 1998

6 Jean-François Toussaint (dir.), op. cit., p. 11

7 ANSES, *AVIS de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail relatif à l'évaluation des risques liés aux niveaux d'activité physique et de sédentarité des adultes de 18 à 64 ans, hors femmes enceintes et ménopausées*, 2022, p. 76

8 KATZMARZYK Peter T., FRIEDENREICH Christine, SHIROMA Eric J., & al, "Physical inactivity and non-communicable disease burden in low-income, middle-income and high-income countries", *British Journal of Sports Medicine*, n°56, 2022.

- les personnes ayant une activité physique insuffisante ont un risque de décès de 20% à 30% supérieur par rapport aux personnes suffisamment actives (OMS) ;
- 54% des hommes et 44% des femmes ayant entre 18 et 74 ans sont en surpoids ou obèses (Santé publique France) ;
- La prévalence du diabète traité pharmacologiquement en France est passée de 4,6% en 2012 à 5,3% en 2020, soit plus de 3,5 millions de personnes (Santé publique France) ; le taux de prévalence du diabète est en constante augmentation depuis 2000 car « les déséquilibres nutritionnels et la sédentarité participent de plus en plus à la propagation du diabète de type 2 »⁹, et l'on estime encore que 20% à 30% des adultes diabétiques ne sont pas diagnostiqués (INSERM).

Considérant l'ensemble de ces éléments, il est clair que la sédentarité est devenue un véritable déterminant de santé, au même titre que le tabac ou l'alimentation. A ce titre, nous verrons plus loin qu'elle fait l'objet de dispositifs de prévention qui peinent encore à se déployer pleinement. De tels dispositifs doivent non seulement permettre à la population d'atteindre les niveaux de pratique d'activité physique minimums de manière régulière, mais aussi de rompre la sédentarité quotidienne en évitant au maximum d'être assis plusieurs heures de suite.

• Des effets particulièrement visibles chez les jeunes

L'existence de la sédentarité et de l'inactivité physique comme déterminants de santé est particulièrement visible chez les jeunes. Selon le professeur François Carré, cardiologue au CHU de Rennes, « En 40 ans, nos collégiens ont perdu environ 25 % de leur capacité physique [...] C'est-à-dire qu'ils courent moins vite et moins longtemps... En 1971, un enfant courait 800 mètres en 3 min, en 2013 pour cette même distance, il lui en faut 4 »¹⁰. Pour expliquer cette perte dramatique de capacité physique, le professeur Carré rappelle que la diminution de l'activité physique et le temps passé assis contribuent à l'augmentation du surpoids et de l'obésité, dont l'accroissement dégrade proportionnellement l'endurance.

L'évaluation des risques sanitaires associés à la sédentarité publiée par l'ANSES en 2020 rappelle deux seuils sanitaires spécifiques aux 6-17 ans :

- lorsqu'il est supérieur à 2h par jour, le temps passé assis ou allongé devant un écran de loisir peut constituer un risque pour la santé ;
- lorsque l'activité physique est inférieure à 60 minutes par jour, incluant le sport pratiqué pendant le temps scolaire, les jeunes sont considérés comme insuffisamment actifs.

Or, 87% des 11-17 ans ne pratiquent pas l'heure d'activité physique quotidienne et 66% des 11-17 ans présentent un risque sanitaire particulièrement préoccupant caractérisé par le dépassement simultané des deux seuils sanitaires. L'Agence indiquait également que le dépassement de ces seuils était plus fréquent chez les jeunes issus de milieux moins favorisés. Ce constat alarmant devrait, selon l'ANSES, nous faire considérer la sédentarité et l'insuffisance d'activité physique comme un facteur de risque sanitaire à part entière.

9 INSERM, *Diabète de type 2. Un trouble du métabolisme principalement lié au mode de vie*, Dossiers, 2019

10 Fédération Française de Cardiologie, *Depuis 40 ans, les enfants ont perdu près de 25% de leur capacité cardio-vasculaire !*. Communiqué de presse, 2016, p.1

1.3 Une inactivité physique largement répandue et révélatrice d'inégalités

1.3.1 L'inactivité physique touche les pays européens de manière différenciée

Selon l’OMS, « le développement économique est associé à des niveaux croissants d’inactivité physique »¹¹ et les taux d’inactivité physique sont deux fois plus élevés dans les pays à revenu élevé (36,8%) que dans les pays à revenu faible (16,2% en 2016). Ces données corroborent le lien entre sédentarité et développement économique. De plus, au niveau mondial, « 28 % des adultes (1,4 milliard) ont une activité physique insuffisante pour se protéger des maladies chroniques courantes ou pour améliorer leur santé et leur bien-être physique, mental et social »¹².

L’Eurobaromètre 2018, relatif à l’état des pratiques sportives et d’activité physique au sein de l’UE, atteste cette sédentarité massive¹³. Au niveau européen, 46% des répondants disent ne jamais pratiquer de sport et 35% ne jamais pratiquer d’activité physique. En France, la proportion de répondants disant ne jamais pratiquer de sport est également de 46%, et celle des personnes disant ne jamais pratiquer d’activité physique est de 34%. A ces 34% s’ajoutent également 18% de répondants disant ne pratiquer d’activité physique que rarement. Ainsi, sans prendre en considération une potentielle (et probable) sous-déclaration de la part des personnes qui ne pratiquent que rarement ou jamais, il s’agit déjà de plus de la moitié (52%) de l’échantillon interrogé qui ne pratique pas d’activité physique régulière – et donc suffisante au regard des préconisations de l’OMS.

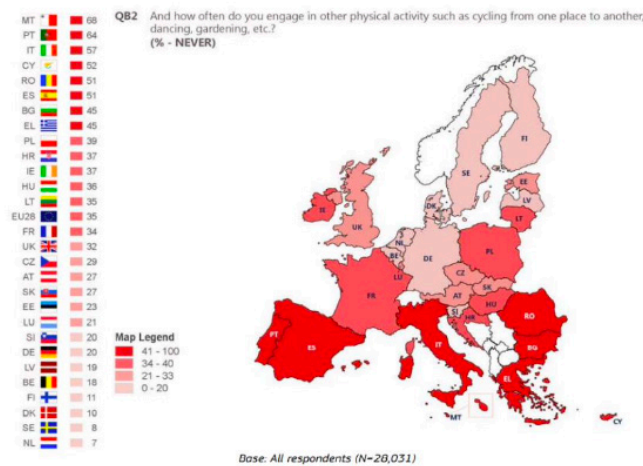


Figure 2 - Cartographie de la pratique d'activité physique au sein des pays de l'Union Européenne sur la base des répondants disant ne jamais pratiquer d'activité physique (source Eurobaromètre 2018, n°472)

Au-delà du cas français, on remarque des disparités importantes de pratique d’activité physique au niveau européen. Les pays du sud et de l’est de l’Europe présentent des niveaux parfois extrêmement élevés d’inactivité physique (Malte 68%, Portugal 64%, Italie 57%, Roumanie 51%) tandis que les pays du nord présentent des taux particulièrement bas d’inactivité physique (Pays-Bas 7%,

11 OMS, *Actifs. Module technique pour promouvoir l'activité physique*, 2018, p. 10

12 *Ibid*

13 TNS opinion & social, *Eurobaromètre 472. Sport et activité physique*, 2018

Finlande 11%, Allemagne 20%). De cette comparaison européenne, on peut observer que les pays avec les niveaux les plus faibles d'inactivité physique sont ceux où les mobilités actives sont particulièrement développées et où les activités physiques et sportives ont une part prépondérante dans l'éducation des enfants.

Les derniers chiffres publiés par l'Institut national de la jeunesse et de l'éducation populaire (INJEP) en matière d'activités physiques révèlent toutefois un certain rebond post-covid. En effet, d'après le *Baromètre national des pratiques sportives 2022*¹⁴, 60% des Français de 15 ans ou plus ont pratiqué une activité physique au moins une fois par semaine en 2022 contre 54% en 2018. Cette hausse s'accompagne d'une réduction de 6 à 4 points de pourcentage de l'écart de pratique entre les hommes et les femmes.

1.3.2 Le niveau d'activité physique : cause et conséquence d'inégalités sociales de santé

La répartition géoéconomique de la sédentarité vient corroborer l'approche historique de l'IRMES évoquée plus haut, ainsi que la répartition géographique de l'inactivité physique en Europe. Toutefois, cette division n'est pas uniquement interétatique mais également intraétatique puisque la pratique d'activité physique est sujette à des disparités sociodémographiques importantes, comme le montre l'*Eurobaromètre 2018*.

- **Le genre, l'âge, l'instruction et l'aisance financière sont les principaux déterminants de la pratique d'activité physique**

Sur le plan démographique, le genre et l'âge apparaissent comme des facteurs importants de différenciation des niveaux de pratique. Il existe une réelle différence de genre avec 40% des femmes européennes disant ne jamais pratiquer d'activité physique contre 31% pour les hommes. De plus, la part de répondants disant ne jamais pratiquer de sport ou d'activité physique décroît systématiquement à partir de 24 ans au fur et à mesure que l'âge des répondants augmente.

Sur le plan social, l'instruction et l'aisance financière sont également des facteurs déterminants. En effet, plus de la moitié (57%) des personnes ayant quitté l'école

à 15 ans ou moins indiquent ne jamais pratiquer d'activité physique, une proportion qui passe à 37% pour les personnes ayant quitté l'école entre 16 et 19 ans, et chute à 24% des personnes ayant poursuivi leur parcours éducatif après 20 ans. Concernant le facteur financier, 49% des répondants disant avoir régulièrement des difficultés à payer leurs factures ne pratiquent jamais d'activité physique, contre 45% de ceux rencontrant quelquefois des difficultés à les payer et 31% de ceux n'ayant jamais de difficulté à les payer.

- **Le niveau d'activité physique suit un gradient social de santé, particulièrement visible chez les enfants et adolescents**

Comme le révèle le tableau ci-après, les inégalités de pratique d'activité physique et sportive sont particulièrement prégnantes chez les enfants et les adolescents.

14 INJEP, *Baromètre national des pratiques sportives 2022*, pp. 9-10, 2023

Les inégalités de pratique sportive chez les jeunes en France¹⁵

La pratique sportive des jeunes âgés de 12 à 17 ans suit un gradient social : plus le niveau de diplôme des parents est élevé, plus la proportion d'enfants pratiquant un sport augmente.

- Plus les revenus du foyer augmentent plus la pratique sportive des enfants augmente.
- Les enfants scolarisés dans les quartiers prioritaires de la ville pratiquent moins fréquemment un sport en dehors de l'école que ceux scolarisés dans un quartier non prioritaire.

Les enfants scolarisés dans les quartiers prioritaires sont moins actifs que les enfants des quartiers non prioritaires.

Les différences de pratiques chez les jeunes contribuent à mettre en lumière l'existence d'un gradient social de santé au sein de la population française. Le gradient de santé est le phénomène impliquant une distribution pyramidale de l'état de santé de la population relative à leur condition sociale. Il est ainsi avéré que les personnes situées au sommet de la pyramide sociale bénéficient d'un meilleur état de santé que les personnes situées juste en-dessous, etc. Ces inégalités sont dues à des facteurs sociaux, notamment l'éducation, les conditions de travail, l'accès aux soins, le revenu, les loisirs ou la qualité de l'habitat.

Comme l'explique le bulletin de l'ONAPS :

« selon la position d'un individu sur l'échelle socio-économique, plus un individu occupe une position socio-économique défavorable plus il est en mauvaise santé. Cela se traduit par des écarts d'espérance de vie, des fréquences de maladies chroniques et d'incapacités plus élevées et plus globalement une mortalité et une mortalité prématurée plus élevées mais aussi un état de santé déclaré moins bon, chez les personnes dont la position socio-économique est plus basse comparées à la plus élevée. »

En l'occurrence, on peut établir en parallèle du gradient social de santé un « gradient d'activités physiques et sportives » au sein duquel les niveaux de pratique d'activités physiques et sportives (APS) se distribueraient en miroir des niveaux de santé relatifs à la position sociale des individus.

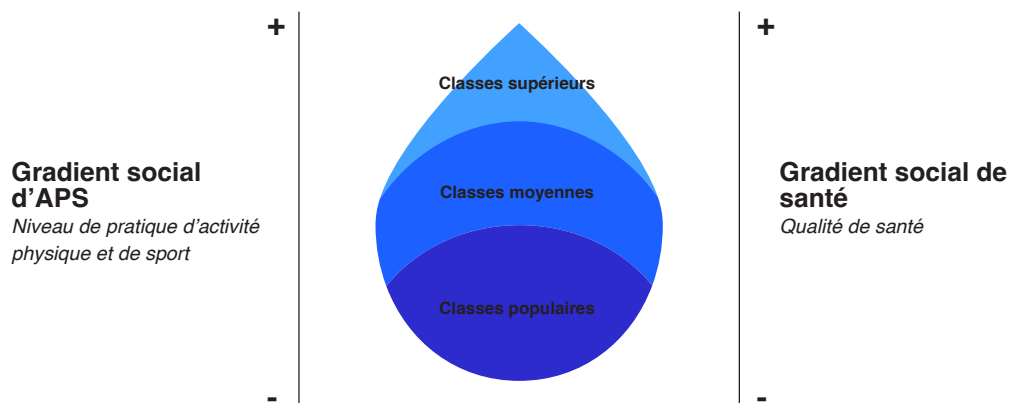


Figure 3 - Illustration de la distribution sociale quasi identique entre le gradient de santé et le gradient d'APS

A ce titre, le *Baromètre 2022*¹⁶ de l'INJEP indique clairement que la pratique d'activité physique est plus régulière et répandue au sein des catégories socioprofessionnelles les plus favorisées. Les titulaires d'un Bac+5 et les plus hauts revenus présentent en effet un taux de pratique de plus de 80% lorsque les plus bas revenus n'ont un taux de pratique que de 66% en 2022. Plus encore, les personnes sans diplôme ont un taux de pratique inférieur à 60%.

Ces différences sociales entre taux de pratiques se sont toutefois réduites ces dernières années. Le *Baromètre 2022* révèle une certaine dynamique de rattrapage social puisqu'il indique un accroissement de 8 points de pourcentage de la pratique d'une activité physique, même occasionnelle, pour les ouvriers et les personnes n'ayant pas le bac.

1.4 Un impact massif sur le système de santé

L'inactivité physique, élément déterminant du phénomène sédentaire, représente un coût indéniable pour le système de santé français. Deux études ont cherché à chiffrer ce coût, à la fois en termes directs (dépenses de santé réalisées par l'Etat) et indirects (pertes de production, dépenses liées aux incapacités, coût de la mortalité) :

- la note d'analyse *Activité physique et sportive, santé et qualité des finances publiques* du ministère des Sports de 2018 chiffrait ce coût à 16,7Md d'euros par an pour les finances publiques, répartis en 81% de coûts directs (13,36Md€) et 19% de coûts indirects¹⁷;
- la note de France Stratégie *L'intégration des bénéfices de santé liés à l'activité physique dans la conception des projets d'aménagement*¹⁸ estime le coût de l'inactivité pour la société française à 140Md€ par an, dont 90% étaient liés au coût social de la mortalité, 5% au coût des pertes de bien-être liées à la maladie et 5% (7Md€) aux dépenses de soins.

Enfin, chacune des études chiffrant le coût de l'inactivité physique à plusieurs milliards d'euros, cette dernière doit être considérée à la fois comme un problème de santé publique et de finances publiques. En effet, les dépenses de santé liées aux maladies chroniques s'élèvent à 90Md d'euros par an¹⁹ en France. Enfin, d'après l'OCDE, le surpoids et les maladies associées coûtent chaque année 654€/habitant à la France en moindre productivité et participation au marché du travail, soit un manque à gagner de l'ordre de 43Md€ de PIB. Dès lors, tout investissement ayant pour but d'accroître la pratique d'activité physique et sportive parmi la population répond à un impératif sanitaire et, par ricochet, constitue un vecteur de bénéfices économiques conséquents.

15 VUILLEMIN Anne, « Place à la science », in PRAZNOCY. C (dir.), *Inégalités sociales et activité physique, Debout l'info !*, ONAPS, novembre 2016, p. 2

16 INJEP, *op. cit.*, pp. 30-31, 2023

17 Bureau de l'économie du sport, *Activité physique et sportive, santé et qualité des finances publiques*, Direction des sports, Note d'analyse n°11, janvier 2018, p. 6

18 LESUEUR Thomas (dir.), *L'intégration des bénéfices de santé liés à l'activité physique dans la conception des projets d'aménagement*, Théma, France Stratégie, 2022, p. 3

19 GATEL Françoise, CORMIER-BOULIGEON François, *Faire de la France une vraie nation sportive*, 2019, p. 43

2. Les bénéfices multiples de l'activité physique

2.1 Les bénéfices multiples de la pratique d'activité physique sur la santé

Dire que les ravages de la sédentarité et de l'inactivité doivent être combattus par une large promotion de l'activité physique est une évidence. Selon le bulletin du 9 octobre 2012 de l'Académie nationale de médecine, les bénéfices d'une activité physique « régulière, raisonnée et raisonnable »²⁰ sur la santé sont multiples. Les principaux avantages en sont restitués dans le tableau ci-dessous.

CAPACITÉS PHYSIQUES

Population Générale	Diminution du risque de prise de poids excessive ; augmentation des capacités physiques ; maintien du capital osseux ; amélioration de la coordination neuromusculaire.
Adultes (18-65ans)	Ralentissement du vieillissement osseux ; maintien des capacités physiques pendant et après la grossesse + bénéfices pour le fœtus.
Personnes âgées (65 et +)	Ralentissement du vieillissement osseux ; renforcement de la résistance ligamentuse.
Jeunes (0-18 ans)	Augmentation de la force et de l'endurance ; augmentation de la densité osseuse.

CAPACITÉS COGNITIVES

Population Générale	Augmentation du bien-être général (libération d'endorphine) ; augmentation des fonctions cognitives ; diminution des risques de dépression.
Adultes (18-65ans)	
Personnes âgées (65 et +)	Retardement de l'occurrence d'Alzheimer
Jeunes (0-18 ans)	Améliore des performances académiques et intellectuelles

²⁰ Académie nationale de médecine, *Bulletin de l'académie nationale de médecine*, n°7/2012, pp. 1429-1442

OCCURENCE DES MALADIES

Population Générale	Diminution du risque d'hypertension, diminution des risques de maladies cardiovasculaires ; prévention et traitement du diabète de type 2 ; augmentation des fonctions immunitaires.
Adultes (18-65ans)	Diminution du risque de cancer du sein (de 30 à 40%) et diminution du risque de décès et récurrence de 20 à 50% ; diminution du risque de cancer du côlon (40 à 50%) ; diminution du risque de cancer du poumon (20% notamment chez les hommes) ; diminution du risque de cancer de l'endomètre (30%) ; diminution des risques d'AVC ; diminution des risques d'ostéoporose.
Personnes âgées (65 et +)	Retardement du déclin des facteurs immunitaires ; diminution des risques d'AVC.
Jeunes (0-18 ans)	

ESPÉRANCES DE VIE ET QUALITÉ DE VIE

Population Générale	Diminution d'au moins 30% de la mortalité ; réduction de risque de mort subite.
Adultes (18-65ans)	Amélioration de la qualité de vie
Personnes âgées (65 et +)	Augmentation signification de l'espérance de vie en bonne santé ; diminution du risque de chute ; retardement de l'entrée en dépendance.
Jeunes (0-18 ans)	Amélioration de l'intégration sociale.

Encadrés - Bénéfices de la pratique d'activité physique régulière, raisonnée et raisonnable sur la santé selon les classes d'âges (source : Point d'aencrage à partir des données de l'Académie nationale de Médecine)

L'activité physique apparaît donc non seulement comme un moyen de lutter contre la sédentarité mais également de prévenir d'autres maladies telles qu'Alzheimer, le diabète de type 2, l'obésité, l'ostéoporose ou différents cancers. Au-delà d'un allongement de l'espérance de vie, l'activité physique permet surtout d'améliorer l'espérance de vie en bonne santé et, par conséquent, de repousser l'âge d'entrée dans la dépendance. C'est donc tout au long de la vie que l'activité physique quotidienne trouve sa justification et génère des bénéfices pour la santé des individus.

2.2 Développer l'activité physique adaptée comme réponse aux enjeux posés par la sédentarité

2.2.1 L'activité physique, une thérapeutique adaptée pour un tiers de la population française

La Haute Autorité de Santé reconnaît l'activité physique comme une thérapeutique non médicamenteuse depuis 2011. Le 21 janvier 2016, la loi de modernisation de notre système de santé a introduit la possibilité pour les médecins généralistes de prescrire une activité physique adaptée aux personnes souffrant d'une affection longue durée (ALD), soit environ 10,7M de personnes en 2021. A la suite de cette prescription, le patient réalise un bilan de condition physique puis réalise sous la supervision d'un professionnel (masseur-kinésithérapeute, ergothérapeute, psychomotricien, enseignant en activité physique adaptée (enseignant APA), éducateur sportif) un parcours d'activité physique, adapté à ses capacités fonctionnelles.

La loi sur la démocratisation du sport en France en 2022 a élargi le périmètre de la population pouvant bénéficier d'une prescription d'activité physique adaptée. Désormais, l'ensemble des personnes souffrant d'une maladie chronique (21M dont ALD), les personnes en situation de perte d'autonomie (1,3M) et les personnes présentant des facteurs de risque cardiovasculaires dans le cadre d'une pratique physique peuvent également bénéficier d'une prescription. Les personnes en situation de perte d'autonomie sont les personnes de plus de 60 ans qui touchent l'allocation d'autonomie. Cette dernière est attribuable aux personnes de plus de 60 ans pour lesquelles l'indicateur iso-ressource est situé entre 1 et 4 (sur une échelle de 1 à 6, 1 étant une personne complètement dépendante et 6 une personne complètement autonome) ; l'APA étant destinée essentiellement aux personnes dont l'indicateur est situé entre 2 et 4. L'ensemble des personnes pouvant bénéficier d'une prescription est donc désormais d'au moins 22,3M de personnes, soit 32% de la population française. En 2019, un large travail d'expertise collective de l'INSERM a mis en exergue les caractéristiques des programmes d'activité physique adaptée les plus efficaces en fonction des caractéristiques des patients et de leurs pathologies²¹ pour améliorer les parcours proposés.

Selon l'INJEP, selon son *Baromètre national des pratiques sportives de 2020*²², 16% des Français disaient avoir bénéficié d'une prescription médicale pour pratiquer une activité physique ou sportive : 11% par un médecin et 5% par un autre professionnel de santé²³. Plus précisément, 39% des personnes souffrant d'une ALD se sont vu prescrire une activité physique adaptée par leur médecin en 2019. La prescription apparaît légèrement supérieure parmi les personnes se considérant en moins bonne santé et celles aux plus bas revenus. Selon l'INJEP, il est possible que le chiffre de 16% soit toutefois quelque peu supérieur à la réalité en raison d'une possible confusion par les personnes interrogées entre prescription d'APA et de séances de kinésithérapeute à des fins de rééducation. D'après le baromètre, le dispositif d'activité physique adaptée a des effets positifs sur la pratique sportive des personnes qui en bénéficient puisque « 77 % des bénéficiaires déclarent au moins une activité sportive dans l'année »²⁴, 12 points de plus que pour l'ensemble de la population.

21 INSERM, 2019, *Activité physique – prévention et traitement des maladies chroniques*, Expertise collective

22 INJEP, *Baromètre national des pratiques sportives 2020*, INJEP notes et rapports, 2021, p. 41

23 *Ibid*, p41

24 *Ibid*, p.43

2.2.2 Des expérimentations démontrant les bénéfices d'une prise en charge des dépenses liées à l'activité physique adaptée.

Les difficultés énumérées empêchent le développement de l'APA comme thérapeutique. Pourtant, son efficacité prouvée sur un grand nombre de pathologies pourrait permettre de réduire considérablement les dépenses publiques liées à certains traitements médicaux ou opérations chirurgicales, notamment concernant les maladies cardiovasculaires. Les résultats de l'expérimentation « As du cœur » portée par l'association Azur Sport Santé entre 2014 et 2015 montrent une réelle efficacité des parcours APA puisque le groupe ayant bénéficié du programme a vu ses dépenses de santé chuter de 30% (environ 1300€ de moins par patient sur une année), alors que celles du groupe témoin sont restées stables. De plus, les ré-hospitalisations et les consultations sont apparues moindres dans le groupe APA²⁵. Cette expérimentation est basée sur un public sortant de centres de soins de suite et de réadaptation cardiaque pour lesquels un forfait de 592€ est pris en charge au titre du parcours APA.

L'étude As du cœur a repris depuis octobre 2021 à l'échelle nationale et ses résultats devront apporter des précisions quant aux meilleures conditions de mise en œuvre des programmes APA et de maintien de la motivation des patients. Elle n'est pas la seule ; au total, ce sont 26 études visant à évaluer l'efficacité et les modalités des parcours APA qui sont permises par l'Article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale, visant à financer les expérimentations innovantes en santé.

L'enjeu majeur de ces expérimentations est de démontrer que le remboursement des prescriptions de APA par la Sécurité sociale (le coût total du parcours pouvant varier entre 600€ et 800€, comprenant le bilan de condition physique, la construction d'un programme personnalisé, et la réalisation des séances d'APA prévues par ce programme) est pertinent en termes de santé publique et soutenable par le système de santé. En d'autres termes, il s'agira, à partir de ces études, de confirmer ce que la première étude As du cœur avait déjà prouvé, à savoir que le remboursement des parcours prescrits permet de générer des économies pour le système de santé tout en assurant l'accès de l'APA aux personnes à faible revenu. Il s'agira également d'étendre ce constat aux autres pathologies chroniques.

Alors que les bénéfices multiples de l'APA sont largement démontrés et promus par le ministère des Sports, c'est le manque d'une forte volonté politique du côté du ministère de la Santé qui a pour l'instant laissé le sujet de la prise en charge de cette thérapeutique en suspens.

25 BAILLY Laurent (dir.), « As du Coeur” study: a randomized controlled trial on quality-of-life impact and cost effectiveness of a physical activity program in patients with cardiovascular disease », *BMC cardiovascular disorder*, n°225, décembre 2018

2.3 La généralisation de l'activité physique adaptée, vecteur d'économies substantielles pour l'assurance maladie

2.3.1 D'importantes économies possibles, mais conditionnées à un changement de paradigme de l'assurance maladie

- Les bénéfices d'une prise en charge de l'APA pour les malades cardiovasculaires

Les résultats de l'étude « As du Cœur » établissent que les personnes souffrant de maladies cardiovasculaires prises en charge ont vu leurs dépenses de santé diminuer en moyenne de 30% en une année, soit environ 1300€, par rapport au groupe test. Une extrapolation de ces résultats à l'ensemble des personnes souffrant de maladies cardiovasculaires appliquée aux personnes traitées pour des maladies cardio-neurovasculaires (4,1M de personnes en France en 2018) permet d'estimer à 3,07Md€ le coût de prise en charge de ces traitements (pour un coût moyen annuel de 750€, bilan + parcours) et à 5,33Md€ les dépenses de santé évitées grâce à cette thérapeutique. Ce seraient donc 2,26Md€ d'économies réalisées grâce à une prise en charge intégrale des parcours d'APA par l'assurance maladie.

En l'état, l'élargissement de la prescription prévu par la loi de démocratisation du sport rend la prescription possible pour potentiellement 22,3 millions de personnes. Dans l'hypothèse d'une prescription généralisée auprès de l'ensemble des personnes potentiellement bénéficiaires pour un coût moyen annuel de 750€ par personne, le remboursement total des bilans et des parcours par la Sécurité sociale présenterait un coût direct potentiel de 16,7 milliards d'euros. Ce coût très important rend à ce stade illusoire une prise en charge généralisée de l'APA par l'assurance maladie. Toutefois, la voie ouverte par la première étude As du cœur permet le développement d'expérimentations concernant l'APA et il serait nécessaire que ces études s'intéressent également à des maladies chroniques autres que les ALD, notamment le diabète, la bronchopneumopathie chronique obstructive et l'obésité.

- La nécessaire évolution de l'assurance maladie vers la prévention

L'objectif national de dépenses de l'assurance maladie (ONDAM) a été fixé à 236,8 Md d'euros par la LFSS 2022. La prise en charge intégrale de l'APA pour l'ensemble des personnes éligibles représenterait donc une augmentation maximale de ce seuil de 7%, ce qui est considérable dans une période de déficit de l'assurance maladie. En revanche, l'étude « As du cœur » a démontré l'extrême efficacité de l'activité physique adaptée pour les personnes atteintes de maladies cardiovasculaires. Dans la configuration de l'étude, la rentabilité de la thérapeutique pour l'assurance maladie est en effet supérieure à 200%. Alors que la Cour des comptes appelait en 2021 à une indispensable « articulation plus rigoureuse entre les objectifs de maîtrise des dépenses d'assurance maladie et les actions visant à une meilleure satisfaction des besoins de santé de la population par des soins plus pertinents et de qualité »²⁶ ; la prise en charge d'une partie des parcours APA pour les personnes souffrant de maladies cardiovasculaires par l'assurance maladie contribuerait

²⁶ Cour des comptes, *La sécurité sociale. Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, 2021 p. 16

à ce double objectif, tout en réduisant les inégalités de santé. Vu le poids de la protection sanitaire dans les finances publiques, une transition plus systémique vers la prévention serait également à même de diminuer la part des dépenses de santé dans le budget des administrations de sécurité sociale. Cette participation viendrait également sécuriser l'engagement des collectivités dans l'organisation et la prise en charge de ce traitement, tout en pérennisant la dynamique de cofinancement développée ces dernières années.

Considérant que certaines mutuelles garantissent déjà une prise en charge partielle des dépenses liées à un parcours APA, l'assurance maladie aurait intérêt à développer sa prise en charge des parcours en partenariat avec les mutuelles qui bénéficient également de la diminution des dépenses de santé des patients. Si la garantie de prise en charge de l'APA n'est plus un réel élément différenciant entre les mutuelles, elles se concurrencent désormais principalement sur le montant de celle-ci.

Le système de l'assurance maladie est aujourd'hui particulièrement centré sur le soin, comme le démontrait le rapport sénatorial Construire la sécurité sociale écologique du XXI^e siècle. Dès lors, la prise en charge d'un traitement APA pour les personnes pouvant bénéficier d'une prescription ne semble pouvoir passer que par un changement de paradigme au sein de l'assurance maladie. Le rapport sénatorial appelle justement à une évolution de l'assurance maladie vers un modèle basé sur la prévention, notamment en termes de santé environnementale. Cette approche peut légitimement être appliquée à l'activité physique adaptée. En effet, elle s'adresse aussi bien aux personnes malades (maladies chroniques, ALD), qu'aux personnes en perte d'autonomie ou présentant des facteurs de risque. Ainsi, elle permet simultanément la prévention et le soin, redonnant au patient les clés d'une vie active et en santé sur le plus long terme tout en évitant des dépenses de santé

En cela, l'élargissement de la prescription aux personnes en situation de perte d'autonomie acté par la loi de 2022 suppose notamment que l'APA devienne un outil de prévention et de retardement de l'entrée dans la dépendance. Le remboursement à destination des publics en situation de perte d'autonomie contribuerait donc d'une part à faciliter le maintien à domicile de nos aînés et d'autre part, à limiter les dépenses de santé liées aux chutes.

Ce changement de paradigme ne peut intervenir que sous l'impulsion d'une volonté politique forte, à même de remettre en question la doctrine de l'assurance maladie. En effet, le rapport de la Cour des comptes traitant de la prévention de l'obésité indiquait que « l'assurance maladie n'a pas vocation à rembourser l'ensemble des activités ayant des externalités positives sur la santé »²⁷. Par cette formulation restituant la doctrine de la sécurité sociale, on comprend que la prise en charge des parcours n'est pas encore à l'ordre du jour. Quand on sait que l'investissement dans la prévention s'avère systématiquement rentable, on ne peut comprendre ce refus que comme la manifestation d'une doctrine comptable centrée sur le soin, encore peu à même de considérer la prévention comme un réel levier de santé publique²⁸. Ainsi, la direction de la sécurité sociale indique que

27 Cour des Comptes, *La prévention et la prise en charge de l'obésité*, 2019, p. 94

28 LEPETIT Christophe (dir.), *Etude nationale sur les attentes et les besoins des acteurs du sport. Une ambition commune pour le sport de demain*, CDES, 2022.

l'horizon de prise en charge ne sauraient dépasser la prescription médicale et, selon les pathologies, la prise en charge d'un bilan d'activité physique afin d'initier un changement dans les habitudes de vie, espérant que cela motive les patients à payer les parcours de leur poche. Consciente des bienfaits de l'APA mais réticente à la prendre en charge, l'assurance maladie ne fait donc que proposer une solution incitative qui ne règle en rien la problématique des inégalités sociales de santé et d'accès à la pratique d'activité physique. Il semble donc que seule une volonté politique forte de mettre la prévention au cœur de notre système de santé permette d'aller vers une prise en charge des parcours d'APA dont la nécessité est démontrée. En cela, l'existence d'un ministère de la Santé et de la Prévention est un signal positif qu'il conviendra de traduire en actes forts.

2.3.2 La voie à une prise en charge de l'activité physique adaptée par l'assurance maladie reste entrouverte.

La loi de 2016 introduisant la possibilité pour les médecins de prescrire une APA à des patients souffrant d'ALD a constitué un premier et essentiel pas vers la reconnaissance et l'institutionnalisation de l'APA comme une réelle thérapeutique. D'autres thérapeutiques non-médicamenteuses dont les bénéfices sont reconnus scientifiquement, comme la rééducation ou la kinésithérapie, sont prises en charge par l'assurance maladie. En 2017, Emmanuel Macron écrivait même dans son programme : « Nous rembourserons le coût des licences sportives des personnes atteintes d'affection longue durée qui se sont vu prescrire la pratique d'une activité physique par leur médecin ». Bien qu'il soit ici question des licences, non des parcours, une volonté était affichée de prendre en compte la dimension financière de la prescription. Dès lors, il est difficilement compréhensible de ne pas tendre vers une prise en charge forfaitaire de l'APA.

Du fait de l'impossibilité pour le Parlement d'accroître la charge budgétaire en dehors des lois de finance et lois de financement de la sécurité sociale (Article 40 de la Constitution), la loi sur la démocratisation du sport ne statue pas sur le remboursement de l'APA. L'Article 3 de la loi dispose néanmoins que le Gouvernement doit remettre un rapport sur la question au Parlement pour le 1er septembre 2022. Cet article ne figurait pas dans la proposition de loi initiale mais est issu d'un amendement proposé par le groupe France Insoumise en commission lors de la première lecture du texte mais rejeté par la majorité. A l'inverse, au Sénat, c'est le groupe Union Centriste qui l'a repropoé pour des motifs similaires à ceux déjà exposés dans cette partie : « Aujourd'hui, un problème majeur se pose : la prise en charge financière de ces prescriptions, tant par l'assurance maladie que par les complémentaires santé. Aujourd'hui, seule une partie de ces dernières s'est engagé sur un financement forfaitaire, mais il est important que cela puisse bénéficier à tous les citoyens, et donc que l'assurance maladie s'en saisisse. »²⁹

Cette volonté transpartisane de poser la question du remboursement d'un traitement auquel les assurés ont droit est à saluer. Alors que le Gouvernement affiche une certaine volonté de lutter contre la sédentarité par la promotion de l'activité physique adaptée, il se révèle attentiste dans la discussion concernant sa prise en charge. Pour preuve, le rapport dont il est question à l'Article 3 n'a pas été remis au 1er septembre 2022. On peut donc souhaiter que les oppositions continuent de nourrir la réflexion sur cette question essentielle relevant de la politique de santé et que le Gouvernement ne tardera pas à s'en saisir également.

29 Sénat, *Proposition de loi Démocratiser le sport en France, 1ère lecture*, Dossier législatif, 2022.

2.4 Une diminution des inégalités sociales de santé

Puisque la pratique d'activité physique est socialement et démographiquement distribuée, toute augmentation du niveau d'activité physique parmi les publics qui en pratiquent le moins participera à la réduction des inégalités sociales de santé, identiquement distribuées. Comme le rappelle l'Observatoire national de l'activité physique et sportive (ONAPS), les effets bénéfiques de l'activité physique « sont d'autant plus prononcés que la personne est inactives »³⁰. De manière plus diffuse, la pratique d'une APS régulière, voire quotidienne, est un pas important vers le mieux-être de chaque individu. Dès lors, toute augmentation de la régularité et de l'intensité des pratiques d'APS d'un individu contribuerait à son bien-être global, impactant positivement autant sa santé physique que mentale.

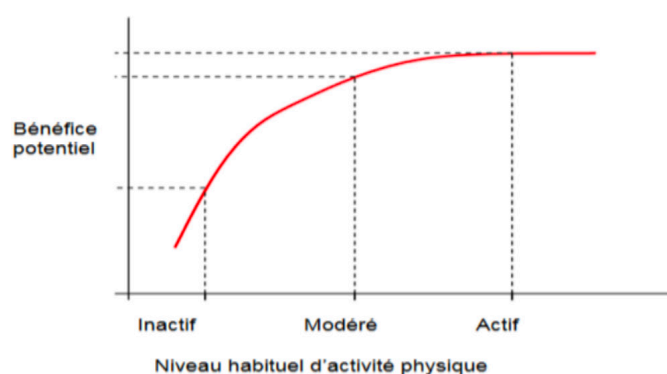


Figure 4 - Relation entre le volume d'AP et les bénéfices pour la santé en fonction du niveau d'AP originel³¹

L'augmentation du niveau d'activité physique doit donc non seulement concerner l'ensemble de la société mais également s'avérer plus prononcée chez les publics les plus éloignés de la pratique d'APS, qui sont également les plus vulnérables socialement et économiquement.

Pour assurer la pratique la plus large d'activités physiques au sein de la population, il est essentiel de se servir du sport comme d'un levier de prévention. Par sa capacité à fédérer autour de pratiques sportives des personnes de tous horizons, le modèle associatif français a été et doit continuer à être un levier d'intégration du plus grand nombre. La préservation de la liberté d'action associative est en cela essentielle. Comme le montre l'étude du Centre de droit et d'économie du sport de Limoges (CDES) de 2022 concernant les attentes des acteurs du sport, la capacité du sport à réduire les inégalités est conditionnée par « la pérennité des tissus associatifs locaux, espaces de lien social et de vivre ensemble »³². Par une action intégratrice et la prévention de l'inactivité physique, le sport est à la fois un levier de prévention en santé et d'actions sociale, d'autant plus lorsqu'il s'inscrit dans une logique d'éducation populaire.

30 VUILLEMIN Anne, 2016, *op. cit.*, p. 3

31 Haute Autorité de Santé, *Guide de promotion, consultation et prescription médicale d'activité physique et sportive pour la santé chez les adultes*, 2019, p. 23

32 LEPETIT Christophe (dir.), *op. cit.*, p.112

2.5 Le sport : un levier pour diminuer la dépense publique

Par-delà les bénéfices majeurs que la France pourrait tirer d'une politique volontariste en matière d'activité physique adaptée, le sport en général est également un vecteur d'économies. Le Bureau de l'économie du sport du ministère des Sports a montré dans une note de 2018 que tout accroissement du niveau de pratique sportive en France générerait systématiquement un gain financier net positif, une fois les coûts supplémentaires, engendrés par cet accroissement déduits des économies réalisées. Le calcul coût-bénéfice proposé constitue une première approche des gains potentiels que le pays pourrait tirer d'une politique volontariste de lutte contre l'inactivité physique et la sédentarité.

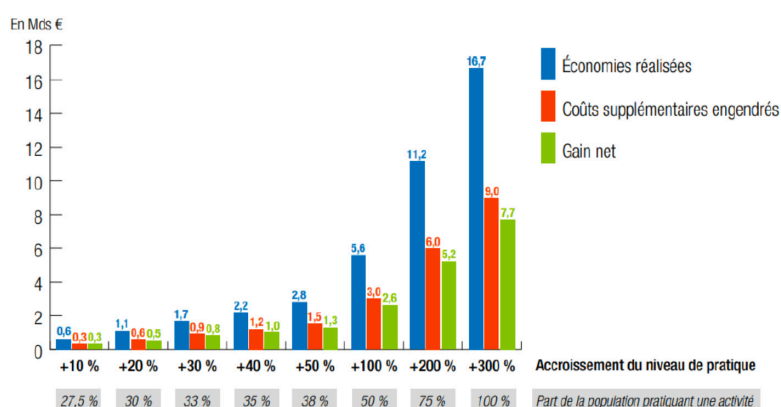


Figure 5 - Economies générées par un accroissement de la pratique sportive en France (source Direction des Sports³³)

Avec un gain net estimé entre 0,3 milliard d'euros et 7,7 milliards d'euros en fonction de l'investissement public en direction d'un accroissement des pratiques, le financement du sport dans une logique de développement des pratiques révèle systématiquement un formidable effet de levier budgétaire.

Le ministère des Sports cherche à ce titre à stimuler le nombre et la qualité des publications scientifiques permettant de modéliser les gains socio-économiques liés à l'accroissement des pratiques d'activités physiques. En effet, une revue de littérature produite par le ministère des Sports en 2022 confirme que « la lutte contre la sédentarité et la promotion des activités physiques et sportives relevant de la politique sportsanté peut générer des économies substantielles »³⁴. Alors que ces études ne sauraient prétendre embrasser de manière exhaustive l'ensemble des externalités positives provoquées par cet accroissement, elles constituent un levier déterminant dans la justification de politiques publiques ambitieuses en la matière.

33 Bureau de l'économie du sport, 2018, *op. cit.*, p. 7

L'estimation se base sur des données de 2013, période à laquelle 43% des Français pratiquaient une activité physique et sportive assez régulièrement

34 GAUTIER Christèle & al, *Evaluer les impacts socio-économiques du sport-santé en France*, Ministère des Sports, 2022

3. L'activité physique : une catégorie d'action publique récente, encore trop peu transversale

3.1 Une politique publique du sport historiquement centrée sur le haut niveau et le sport pour tous

3.1.1 Le Front populaire, premier bâtisseur d'une politique sportive à destination de tous

Si le sport en Europe se développe comme un fait social chez les plus aisés entre la fin du XIXe et le début du XXe siècle avec des sports comme le football ou le cyclisme, l'après-guerre marque le début de la démocratisation du sport. C'est principalement sous le Front populaire que les loisirs et la notion de temps libre se développent, marqués par la figure du socialiste Léo Lagrange³⁵, sous-secrétaire d'Etat aux Sports et à l'Organisation des loisirs. Le sport prend alors sa dimension de fait social et s'émancipe de la pratique de gymnastique et des exercices physiques qui étaient cantonnés au cadre militaire. Sa popularité va croissante, notamment dans les milieux ouvriers. A cette époque s'affirme également la dimension de bien-être procuré par le sport, pourtant promue dès le XIXe siècle par le physiologiste Fernand Lagrange. Son homonyme, Léo Lagrange, exprime ainsi les vertus attendues de la pratique sportive : « Nous voulons que l'ouvrier, le paysan et le chômeur trouvent dans [le sport] la joie de vivre et le sens de leur dignité ». Dans cette perspective, le gouvernement du Front populaire s'engage « sur le terrain des réalisations concrètes : équipement sportif [...], création d'un Brevet sportif populaire, mise en place d'un Conseil supérieur des sports [...] effort pour structurer les instances de médiation et de coordination à l'échelon départemental, sans parler des mesures prises en faveur du sport scolaire. »³⁶

Le régime de Vichy a poursuivi l'institutionnalisation du sport, a fortiori de l'éducation physique, dans les politiques publiques. Toutefois, comme le rappellent Serge Durali et Guillaume Dietsch, le développement de la promotion du sport à cette période procède d'un effort d'endoctrinement, conformément au récit de la « Révolution Nationale », et rompt avec la logique d'émancipation par le sport portée par le Front populaire.³⁷ Par la suite, les travaux du Conseil national de la Résistance posent les bases d'une nouvelle organisation du sport avec notamment la mise en place des Centres régionaux d'éducation physique et sportive (CREPS). Toutefois, le sport français continue de manquer d'équipements sur l'ensemble du territoire.

35 Le sous-secrétariat d'Etat au Sport et à l'Organisation des loisirs était en 1936 rattaché au ministère de la Santé. A la suite d'un remaniement en 1937, Léo Lagrange devient sous-secrétaire d'Etat aux Sports, Loisirs, et Education physique, rattaché au ministère de l'Education nationale.

36 CALLEDE Jean-Paul, « Les politiques du sport en France », *L'année sociologique*, n°57, 2002/2, pp. 437-457

37 DURALI Serge, DIETSCH Guillaume, *Une histoire politique de l'EPS*, deboeck supérieur, Sciences et pratiques du sport, 2022, p. 135-137

3.1.2 La Ve République, porteuse d'un renouveau sportif

La Ve République apporte un nouvel élan à la politique sportive française. En 1960, les Jeux Olympiques (JO) de Rome sont un fiasco pour la délégation française qui ne décroche que 5 médailles, aucun titre, et se classe 25e au classement des nations. En réaction à cet échec flagrant, une nouvelle politique sportive est portée par Maurice Herzog autour du triptyque sport de masse, sport d'élite et sport scolaire³⁸. Cette politique sportive se matérialise au travers de deux lois de programmation d'équipements sportifs et socio-éducatifs entre 1961 et 1970, censés redonner à la France les moyens d'une réelle excellence sportive. Le nombre de licenciés passe de 4 millions de personnes en 1966 à 12 millions en 1985 ; un essor particulièrement prononcé au sein classes moyennes. Dès lors, l'action sportive s'organise au niveau local sur un modèle associatif, porté par :

- la construction d'équipements sportifs par les communes
- la subvention aux clubs sportifs par les collectivités ;
- la proposition d'une offre sportive (initiation, loisir, compétition) par les clubs ;
- le soutien des clubs par des bénévoles.

La mise en œuvre de cette nouvelle politique du sport sur un modèle associatif impulsé par l'Etat et soutenue par les collectivités s'accompagne d'une augmentation du nombre de licenciés et de pratiquants en général, jusqu'aux années 2000. En revanche, depuis le début du XXIe siècle, les pratiques se sont largement autonomisées, échappant de plus en plus au cadre fédéral. En 2010, sur 34M de personnes pratiquant une APS régulière, 16M étaient licenciées et 18M avaient une pratique libre³⁹. Il faut cependant garder à l'esprit que les pratiques libres ne sont pas nécessairement autonomes mais peuvent s'appuyer sur des applications, des coachs privés ou des salles de sport proposant un éventail d'accompagnements.

3.1.3 L'Agence nationale du Sport, un nouvel opérateur pour une politique publique dont les limites restent les mêmes

L'Agence nationale du Sport est, depuis 2019, l'entité chargée d'assurer la concertation des acteurs du sport : Etat, collectivités, mouvement sportif (CNOSF) et monde économique. Elle constitue également l'opérateur de la politique sportive du pays. Pensée d'abord comme cadre de développement de la haute performance en vue des Jeux Olympiques et Paralympiques (JOP) de Paris 2024, l'agence recouvre également le champ du développement des pratiques sportives, donc du sport santé. Au niveau national comme territorial, avec les conférences régionales du sport, l'ANS est censée être un lieu de concertation des acteurs du sport pour répondre à des besoins concrets et débloquer des financements.

³⁸ *Ibid*

³⁹ GATEL Françoise, CORMIER-BOULIGEON François, 2019, *op. cit.*, p. 16

Le chiffre de 16M de licenciés est toutefois à prendre avec précaution puisqu'il s'agit du nombre total de licences, non de personnes licenciées.

Un récent rapport de la Cour des comptes pointe cependant les difficultés de mise en oeuvre de ces outils de concertation et de financement, notamment en raison d'une faible implication des régions. Comme le relève la Cour : « A ce jour, non seulement aucun contrat pluriannuel d'orientations et de financement n'est adopté ou même prévu de l'être en 2022, mais aucune initiative en ce sens n'a été engagée dans les treize régions métropolitaines. »⁴⁰ En sus de difficultés à mettre en oeuvre la nouveauté, la Cour réitère les principales critiques qu'elle avait formulées par le passé au Conseil national du Sport, prédécesseur de l'ANS: actions «trop dispersées » et « insuffisamment orientées vers la réduction des inégalités sociales et territoriales. »⁴¹

Se pose désormais la question de la prise de décision et de l'initiative de la politique entre une agence fortement dotée et une direction des sports dont les effectifs sont restreints. Le Conseil d'Etat pointait justement la nécessité de clarifier les compétences entre l'ANS et le gouvernement à l'occasion de son avis portant sur la loi créant ce groupement d'intérêt public : « les agences ne constituent pas des entités indépendantes et doivent intervenir dans un cadre qui leur est fixé par l'Etat. »⁴² Un risque existe que la présence de l'ANS ne freine l'interministérialité qui, on le verra lorsqu'il sera question des chantiers de gouvernance (3.4), doit devenir un élément intégrant de la politique publique du sport. Un risque existe que la présence de l'ANS ne freine l'interministérialité qui, on le verra lorsqu'il sera question des chantiers de gouvernance (3.4), doit devenir un élément intégrant de la politique publique du sport. La ministre des Sports a précisé en 2022 que le ministère tenait la barre de la stratégie sportive et que l'Agence avait pour rôle de décliner ces orientations de manière opérationnelle. Cette volonté de clarification est à saluer et devra se traduire concrètement en matière de décision quant à la politique mise en oeuvre.

3.2 Le sport santé : des préoccupations anciennes pour une politique récente

3.2.1 Aux origines du sport santé

Comme le montre Bernard Andrieu dans son *Histoire du sport santé*⁴³, la notion de sport santé renvoie à des pratiques anciennes. Dès le XIXe siècle, le docteur Fernand Lagrange étudiait les bienfaits de l'activité physique et la préconisait à ses patients. Dans la première moitié du XXe siècle, médecins et entraîneurs se disputaient la supervision des sportifs, et ce sont finalement les premiers qui ont instauré un contrôle médical de l'intervention des seconds. Dans les années 1950, c'est encore un médecin, Philippe D'Encausse, qui invente le terme de sport santé, dans la foulée de ses constats sur la dénutrition de la population pendant la Seconde Guerre mondiale.

Au cours des années 1970, les mouvements New Age ont mis en avant l'éveil spirituel et corporel au travers de nouvelles pratiques comme le Yoga ou le Tai Chi. Dans le même temps, les dépenses de santé des ménages augmentent et des magazines comme *Maigrir et rester jeune* (1974) et *Santé magazine* (1976) sont lancés. Cette tendance s'inscrit dans

40 Cour des comptes, *L'Agence nationale du Sport et la nouvelle gouvernance du sport*, 2022, p. 91-92

41 *Ibid*, p. 80

42 Conseil d'Etat, *Avis sur un projet de loi - voies réservées et à la police de la circulation pour les jeux Olympiques et Paralympiques de 2024*, 2019

43 ANDRIEU Bernard, *Histoire du sport santé. Du naturisme à la médecine du bien-être*, Paris, L'Harmattan, 2019

le même mouvement que l'émergence de l'être à soi, pointé par Georges Vigarello dans *Histoire de la fatigue*. L'ensemble de ces pratiques participe au développement d'une autosanté que Bernard Andrieu définit comme « l'idée que le patient devient l'acteur de sa propre guérison, au-delà de l'effet placebo et des illusions de l'auto-guérison. »⁴⁴ Le prisme de l'autosanté permet de mieux comprendre le développement des pratiques d'activités physiques en dehors des cadres fédéraux classiques comme une tentative de réappropriation et de découverte de son corps par l'individu qui n'est alors plus un patient mais un agissant.

Au tournant des années 2000, le mouvement sportif s'est approprié le terme de sport santé pour en faire un nouvel objet visant à attirer de nouveaux adhérents au travers d'une hybridation des pratiques proposées. Dans le même temps, la santé publique a réalisé des efforts de prévention portant sur l'alimentation et la nutrition, pensées comme des facteurs de bien-être et d'épanouissement de la personne dans une perspective globale de prévention en santé.

Une confusion existe cependant autour du terme de sport santé. S'il est aujourd'hui le nom d'une politique, il se trouve encore associé à des pratiques. C'est pourquoi les contours de l'objet désigné semblent encore flous. Plutôt qu'une synthèse d'approches très diverses sous la bannière du sport santé, il semble important de mettre en avant les dénominations spécifiques des pratiques aujourd'hui regroupées sous cette appellation, qu'il s'agisse d'une activité physique médicalisée, d'une pratique libre relevant de l'autosanté ou d'une pratique fédérale spécifique, en les intégrant à une politique dite, de sport santé.

3.2.2 L'activité physique pour la santé, un investissement récent qui peine à s'affirmer dans les politiques publiques

Alors que les bienfaits de la pratique d'activités physiques et sportives sont démontrés depuis les années 1950, la conception de l'activité physique comme un levier de santé publique ne s'est affirmée que récemment. En 2001, le Plan national nutrition santé (PNNS), piloté par le ministère de la Santé, vise à améliorer la santé de la population générale en promouvant la nutrition, principalement dans sa dimension alimentaire. L'un des neuf objectifs est toutefois celui d'une augmentation de 25% du nombre de personnes pratiquant 30 minutes d'activité physique modérée par jour. En 2019, la quatrième génération du PNNS réaffirme le caractère central de l'activité physique pour une bonne nutrition : « Sur le plan biologique, la nutrition demeure un sujet complexe où une alimentation satisfaisante, des comportements sédentaires limités et une activité physique suffisante réduisent fortement la probabilité de survenue de pathologies chroniques qui sont multifactorielles. »⁴⁵ En 2006, le rapport *Stratégies nouvelles de prévention*, commandité par le ministère de la Santé,

44 ANDRIEU Bernard, *L'autosanté*, Recherches, Paris, Armand Colin, 2012, pp. 9-34

45 Ministère des Solidarités et de la Santé, *Plan national nutrition santé n°4 2019-2023*, 2019, p. 9

propose une association renforcée des professionnels de l'éducation et du sport dans la promotion de l'activité physique. En 2008, le Plan national de prévention par les activités physiques ou sportives (PNAPS) devait être le premier plan de prévention spécifiquement dédié à la promotion des APS auprès de l'ensemble de la population. Bien que ce travail ne soit resté qu'à l'état de rapport⁴⁶, il est notable que la ministre des Sports de l'époque, Roselyne Bachelot, fut alors également ministre de la Santé.

3.2.3 Au sein d'une multitude de plans, la Stratégie nationale sport santé : un périmètre large pour le développement des activités physiques

La promotion de l'activité physique a pris une place grandissante dans les programmes de prévention au cours des dernières années. En 2018, le Plan national de santé publique attribue notamment une priorité à la prévention et à la promotion de la santé, et évoque la promotion d'une activité physique régulière à tous les âges de la vie pour lutter contre la sédentarité.

La Stratégie nationale sports et handicaps portée par le ministère des Sports fixe des objectifs de développement des activités physiques et sportives pour les personnes en situation de handicap (PSH) sur la période 2020-2024. Elle contribue évidemment au développement des pratiques d'APS auprès du public prioritaire que constituent les personnes en situation de handicap. Par ailleurs, la stratégie 2020-2022 Vieillir en bonne santé, portée par le ministère de la Santé, liste l'inactivité physique et les comportements sédentaires comme des déterminants de santé impactant à long terme l'autonomie des individus.

En 2019 Stratégie nationale sport santé 2019-2024 (SNSS) consacre une nécessaire transversalité de l'action publique en matière d'activité physique puisqu'elle est co-portée par le ministère de la Santé et celui des Sports. Elle a pour ambition de promouvoir l'activité physique et sportive tout au long de la vie afin de répondre à deux problématiques : « celle de l'inactivité physique et de la sédentarité, [...], et celle des inégalités dans l'accès aux activités physiques et sportives en favorisant l'accès de tous sur l'ensemble du territoire.»⁴⁷ La SNSS s'inscrit donc dans une dynamique de lutte contre les inégalités sociales de santé par l'activité physique. Y sont mis en avant le développement de la pratique d'activités physiques et sportives en milieu professionnel, chez les étudiants, chez les seniors, la santé des sportifs de haut niveau, ou encore le déploiement d'ici à fin 2022 de 500 Maisons Sport-Santé sur l'ensemble du territoire. Au cœur de la SNSS, ces Maisons Sport-Santé sont censées devenir des centres de ressources pour les personnes souhaitant commencer une activité physique. Elles sont également des relais pour les personnes bénéficiant d'une prescription d'activité physique, leur permettant de réaliser des bilans et d'être orientées vers des professionnels à même de mettre en œuvre la prescription.

46 TOUSSAINT Jean-François, 2008, *op. cit*

47 Ministère des Solidarités et de la Santé, Ministère des Sports, *Stratégie nationale sport santé 2019-2024*, 2019, p.4

Depuis lors, deux feuilles de route complémentaires ont été élaborées : la feuille de route Sport au féminin et la feuille de route Sport et éducation.

Le sport santé, tel que compris dans la SNSS recouvre donc des éléments d'action publique très différents sous une même taxonomie. Or, on a vu que le sport santé en tant que politique s'inscrivait dans un mouvement de préoccupation grandissante autour de l'inactivité physique, renforcée par la perte continue d'adhérents pour les fédérations sportives. Dès lors, la SNSS apparaît comme l'aboutissement d'une logique de promotion des activités physiques sous le terme de sport santé, qui a cherché à développer de nouvelles offres de pratiques pour de nouveaux publics mais dont les contours restent flous. Si elle fait mention d'un « Plan national de développement des activités physiques et sportives », ce dernier n'a toujours pas été rendu public. Il semble donc que la SNSS regroupe seule à ce jour – avec les diverses feuilles de route – l'ensemble des pistes d'action publique clairement formulées concernant le développement de l'activité physique. Enfin, la SNSS ne fait pas mention d'une enveloppe financière spécifique allouée à son déploiement. Alors qu'elle doit être déployée régionalement par les Agences régionales de santé (ARS) et les Délégations régionales académiques à la jeunesse, à l'engagement et aux sports (DRAJES)⁴⁸, la cohérence de la transposition régionale qui en est faite met en question la coordination du financement qui pourra y être apporté.

Bien que ces documents formalisent les orientations et actions engagées au niveau ministériel, ils ne constituent pas à ce jour des documents dont le justiciable pourrait se saisir devant le juge administratif. En effet, au-delà d'une information publique, ces documents ne produisent pas en tant que tel d'effet notable sur les droits ou la situation des acteurs de l'écosystème sportif. Dès lors, la portée même de ces documents dépend entièrement des décisions ministérielles, sujettes à variation en fonction des remaniements.

48 Les DRAJES, anciennement DRJSCS, sont les services déconcentrés qui répondent à la fois au ministère des Sports et des JOP et au ministère de la Jeunesse

3.2.4 Une coordination régionale à développer : l'héritage de la stratégie nationale sport santé bien-être

La SNSS remplace la Stratégie nationale sport santé bien-être (SNSSBE) 2012- 2018 qui abordait déjà ces thématiques. Cette stratégie était déclinée en plans régionaux sport santé bien-être (PRSSBE). Si la SNSSBE a été remplacée par la SNSS, il n'en est pas de même pour les PRSSBE qui continuent de tracer les orientations de la promotion du sport santé dans les régions et ce, selon des temporalités différentes :

- PRSSBE Île-de-France 2018-2020
- PRSSBE Pays de la Loire 2018-2022
- PRSSBE Nouvelle-Aquitaine 2018-2024
- PRSSBE Occitanie 2019-2024
- PRSSBE Bretagne 2019-2024
- etc.

On remarque que les PRSSBE de deuxième génération ont été développés lors de la période 2018-2019 qui souffrait d'un vide stratégique concernant la politique du sport santé. Un travail de mise en cohérence a donc dû être réalisé entre le niveau régional et le niveau national lorsque la SNSS est devenue le document de référence. En ce sens, un courrier joint des ministres de la Santé et des Sports a été adressé aux pilotes régionaux pour intégrer la SNSS dans les PRSSBE, avec une attente particulière quant à la comitologie prévue. En effet, le comité de pilotage de la SNSS est particulièrement large, impliquant notamment les acteurs de la prévoyance et les financeurs de la perte d'autonomie. Cette importance accordée à la coordination apparaît d'autant plus importante que le rapport du CDES indique que, selon les représentants de l'Etat, la « déclinaison locale [de la SNSS] peine à être effective. »⁴⁹

49 LEPETIT Christophe (dir.), *op. cit.*, p.79

3.2.5 Les JOP de Paris 2024, quel héritage pour la pratique d'activités physiques et sportives ?

• Objectifs et actions du Comité d'organisation des Jeux Olympiques

Dans son objectif de développer le sport dans la société, le Comité d'organisation des Jeux Olympiques (COJO) s'engage à mettre en avant les bienfaits de l'activité physique, tout en soutenant des initiatives promouvant la pratique d'APS. L'objectif affiché à la fois par le COJO et par le gouvernement est que les JOP 2024 laissent un héritage de 3 millions de pratiquants supplémentaires en France, alors que l'on compte 24M de personnes pratiquant un sport au moins une fois dans l'année (dont environ 11M de licenciés). Toutefois, au-delà du nombre de pratiquants supplémentaires, l'indicateur d'impact de cet héritage devra également s'attacher à mesurer la fréquence de ces pratiques.

Quatre dispositifs sont mis en place pour le développement du sport pour tous comme héritage des JOP 2024. D'abord, l'appel à projets Impact 2024 finance des projets portés par des acteurs publics, des fédérations ou des associations sportives. Pour être éligibles, les projets doivent promouvoir le sport dans une ou plusieurs dimensions, comprenant notamment la santé et le bien-être.

Les trois autres dispositifs du COJO pour la construction d'un héritage immatériel de développement du sport dans la société s'adressent plus particulièrement aux jeunes. Il s'agit d'abord de la semaine Olympique et Paralympique qui vise à sensibiliser les élèves et étudiants aux valeurs du sport, à utiliser le sport comme

outil pédagogique et à promouvoir l'activité physique et la pratique d'un sport. Il s'adresse à la Génération 2024, considérée comme celle qui vivra pleinement les JOP 2024. Pour sensibiliser plus fortement cette génération aux bienfaits du sport, les ministères de l'Education nationale, de la Jeunesse, des Sports et des JOP et de la Recherche et l'Enseignement supérieur attribuent le label Génération 2024 aux établissements qui répondent aux critères suivants :

- développer des projets structurants avec les clubs sportifs du territoire ;
- participer aux événements olympiques et paralympiques ;
- accompagner ou accueillir des sportifs de haut niveau ;
- ouvrir les équipements sportifs des établissements aux associations sportives locales pour favoriser la pratique sportive.

Lancé en 2018, le label Génération 2024 comptait 5 229 établissements labellisés en avril 2022. On peut craindre que la liberté accordée aux chefs d'établissements dans l'adhésion ou non au label Génération 2024 n'accroisse les inégalités territoriales d'accès aux pratiques. En effet, ce label étant optionnel, il favorise mécaniquement l'investissement des établissements situés dans des territoires bien dotés en équipements et clubs sportifs, au détriment des territoires carencés.

• **Les « 30 minutes d'activité physique quotidienne », une mesure ouvertement concurrente de l'EPS**

Le programme d'héritage immatériel des JOP 2024 ayant fait le plus de bruit est le dispositif « 30 minutes d'activité physique quotidienne » (30 minutes APQ) qui s'adressait aux enfants scolarisés dans l'enseignement primaire. Sa mise en œuvre, intégrée à la SNSS, était d'abord liée à une initiative de l'équipe éducative mais la loi sur la démocratisation du sport a imposé ces 30 minutes APQ dans l'ensemble des établissements de l'enseignement primaire. Ce programme témoigne d'une prise de conscience progressive du politique autour de l'enjeu que représente l'activité physique. Il doit contribuer à l'éducation à la santé de l'enfant en l'amenant à appréhender son mouvement dans son environnement. Ce programme n'est toutefois pas de l'éducation physique et sportive (EPS) et sa description dans le jaune budgétaire « Sport » pour 2023 est à ce titre révélatrice : « Son intérêt est essentiellement de réduire les méfaits de la sédentarité, même s'il peut aussi contribuer à donner le goût du sport. »⁵⁰ Malgré ce qu'ont pu en dire les ministres de l'Éducation nationale successifs, ce dispositif n'a donc pas une vocation éducative mais sanitaire. La ministre des Sports Amélie Oudéa-Castéra a d'ailleurs mis ce dispositif au cœur de son allocution aux Recteurs d'académie, le 12 janvier 2023, au détriment de l'EPS qu'elle n'a quasiment pas mentionné.

La décorrélation ainsi posée entre les dimensions éducatives et sanitaires s'inscrit dans la continuité des solutions de maintien de la pratique physique des élèves développées en temps de pandémie. Malgré le réflexe positif d'avoir considéré l'activité physique comme un élément essentiel de la santé des élèves, ces dispositifs ont amorcé une mutation de l'éducation physique en pandémie qui « ne contribuerait pas au développement global et à long terme des enfants et des adolescent.es, une EP externalisée qui oublie le « E » de EP, et enfin une EP uniformisée qui retomberait dans les travers d'une one-size-fits-all approach.»⁵¹

En l'espèce, les 30 minutes APQ ne peuvent être qu'un facteur d'une activité physique imposée et uniformisée dans la mesure où elles ne s'accordent pas avec la formation initiale des instituteurs. De surcroît, elle n'inscrit pas la pratique physique dans une approche holistique. Pour Lenzen & al, « cette dimension ne peut suffire au développement global et à long terme des enfants et des adolescent.es, surtout si elle se réduit à des finalités et des pratiques hygiénistes dont on sait qu'elles entraînent chez les élèves un rapport [...] peu favorable à un engagement durable dans une vie physique active. »⁵² Plus largement, cette orientation délibérée empêche une réelle réflexion sur le volume, la conception et les finalités de l'enseignement d'EPS.

50 Direction des sports, *Rapport relatif à l'effort financier dans le domaine du sport*, Annexe au PLF 2023, p.13

51 LENZEN Benoît & al. « L'éducation physique en temps de pandémie : quelles leçons en tirer pour le « monde d'après » ? », *Raisons éducatives*, vol. 26, no. 1, 2022, pp. 25-44

52 *Ibid*

On peut donc questionner la volonté politique autour du sport scolaire dont le dispositif 30 minutes APQ ne semble pas être une revalorisation mais plutôt une dilution. La rentrée scolaire a d'ailleurs mis en exergue les difficultés et disparités de mise en place de ce programme⁵³.

Alors qu'il s'agissait d'une promesse de campagne du Président Emmanuel Macron, la décision de déployer les 30 minutes APQ comme un programme olympique semble aller plus vers une fragilisation de l'enseignement de l'EPS là où elle devrait le renforcer. L'augmentation des pratiques escomptée à la suite des JOP ne saura être mécanique. Une récente revue de littérature a d'ailleurs démontré que la diffusion du sport d'élite ne participait pas d'un accroissement des pratiques en population générale.⁵⁴ Il convient donc déjà de s'interroger sur la politique de promotion du sport post 2024, soit un héritage de l'héritage. En ce sens, il n'est pas certain que les 30 minutes d'activité physique quotidienne deviennent réellement le support pédagogique et l'assurance sanitaire qu'elles sont censées être.

En réalité, Guillaume Dietsch et Serge Durali rappellent que l'éducation à la santé à l'école ne passe que de manière très marginale par l'enseignement d'EPS et que l'EPS n'est pas intégrée aux politiques de santé publique en direction des jeunes. Les objectifs des 30 minutes APQ pourraient pourtant être intégrés au sein d'un enseignement d'EPS revalorisé et mettant clairement l'éducation à la santé et l'amélioration de la santé des élèves dans ses objectifs pédagogiques : « Cette prise en compte [...] participerait de manière effective à la connaissance de soi, de son corps, de ses aptitudes et des possibilités de les transformer et de les entretenir. »⁵⁵

Par-delà ces programmes spécifiques et leurs limites, les autres acteurs publics doivent trouver dans les JOP l'occasion de s'insérer dans un moment olympique fédérateur en conjuguant l'activité physique avec leur domaine d'action. Pour les villes, cela peut être l'occasion d'investir dans des designs urbains incitant à la pratique ; pour le ministère de la Santé et celui du Travail, de continuer à mettre l'accent sur l'activité physique en milieu professionnel ; etc.

3.2.6 Un enjeu central de coordination

Les différents plans, stratégies et textes législatifs prennent désormais en compte l'activité physique comme un levier permettant d'atteindre une meilleure santé de la population. La coordination entre les différents acteurs de cette politique est identifiée par l'INSERM comme un élément déterminant de son succès puisqu'elle appelle à des « collaborations entre tous les acteurs des secteurs sanitaire, social et médico-social, de l'activité physique et sportive »⁵⁶. Comme on l'a vu, la multiplicité de ces plans n'en facilite a priori pas l'articulation. C'est ainsi que les députés Régis Juanico et Marie Tamarelle-Verhaeghe « s'inquiètent du pilotage de la politique de prévention une fois les plans définis »⁵⁷. En général, les rapporteurs ont pointé une coordination difficile entre les différents plans,

53 ALFONSI Mathieu, 08/09/2022, *À l'école, ces enseignants sont en difficulté pour organiser les 30 minutes de sport par jour*, Huffington Post

54 Lion, A. & al (2023). « Effect of Elite Sport on Physical Activity Practice in the General Population: A Systematic Review », *Journal of Physical Activity and Health*, n°20(1), 77-93

55 DURALI Serge, DIETSCH Guillaume, *op. cit.* 2022, p. 343

56 INSERM, 2019, *op. cit.*, p.15

57 JUANICO Régis, TAMARELLE-VERHAEGHE Marie, *Rapport d'information n°4400 sur l'évaluation des politiques de prévention en santé publique*, Assemblée Nationale, Quinzième législature, 2021, p. 73

une mise en œuvre des stratégies manquant d'interministérialité et le peu d'objectifs chiffrés qu'elles contiennent. De plus, nombre de ces politiques sont mises en œuvre à l'échelle régionale par les ARS, dont la volonté et la capacité de soutenir les dispositifs favorisant les APS, et plus spécifiquement l'activité physique adaptée, sont questionnées par les rapporteurs. Ces derniers formulent notamment le vœu que les plans et stratégies promouvant les APS et l'APA « soient soutenus dans la durée, aussi faut-il souhaiter que toutes les agences régionales se montrent ouvertes à un champ d'action relativement récent, dont les bénéfices ne se produiront qu'à moyen et long terme »⁵⁸. Apparaît dès lors la nécessité d'une plus grande coordination autant que d'un plus grand suivi dans la mise en œuvre des politiques de promotion des APS.

Le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie mettait en avant dans un avis de 2018 les principales raisons du manque d'efficacité des politiques de prévention en santé : « Les trois principales raisons qui peuvent être évoquées sont relatives : à une organisation construite sur un modèle conceptuel biomédical et individuel ; à une dispersion des actions et des financements entre les champs sanitaire et médico-social, entre niveau national et niveau local ; à une distinction artificielle entre prévention et soins alors que l'activité de prévention ne peut se développer que pleinement intégrée aux soins. »⁵⁹ La difficulté à intégrer l'APA dans l'offre de soins relève plus particulièrement du dernier point. A fortiori, l'activité physique adaptée s'adresse désormais même aux personnes à risques de développer des maladies et couvre l'ensemble du champ de prévention et de soin.

3.2.7 Par-delà les stratégies, un budget des sports qui ne suit pas

Le fait que la SNSS ne fasse pas mention d'une enveloppe financière dédiée n'est pas un hasard. Copilote de la SNSS, le ministère des Sports est doté d'une enveloppe famélique, systématiquement inférieure à 1Md€. En 2019, le financement public du sport se portait à 18,2Md€ mais il se décomposait en un apport essentiel de la part des collectivités (13,4Md€, principalement au titre des équipements sportifs) et un financement conséquent de la part de l'Etat pour assumer la masse salariale des professeurs d'EPS (4Md€)⁶⁰.

Le financement du sport a donc un caractère partagé du fait de la transversalité même du sport qui touche aux politiques de santé, de handicap, de la jeunesse, d'inclusion, d'éducation, etc. dans lesquels les compétences sont partagées entre l'Etat et les collectivités. Le financement de la politique menée par le ministère des Sports n'en reste pas moins extrêmement faible. Dans le projet de loi de finance pour 2023, le programme sport, hors crédits visant l'organisation des Jeux Olympiques et Paralympiques, ne s'élevait qu'à 759M€ ; 390M€ pour la promotion du sport et le développement des pratiques. Cela explique les difficultés pointées précédemment dans la construction d'une politique publique du sport cohérente et approfondie, y compris dans le large domaine de l'activité physique.

⁵⁸ *Ibid*, p. 76

⁵⁹ HCAAM, *La prévention dans le système de soins. Organisation, territoires et financement*, 2018, p. 4

⁶⁰ GATEL Françoise, CORMIER-BOULIGEON François, *op. cit*, p. 28

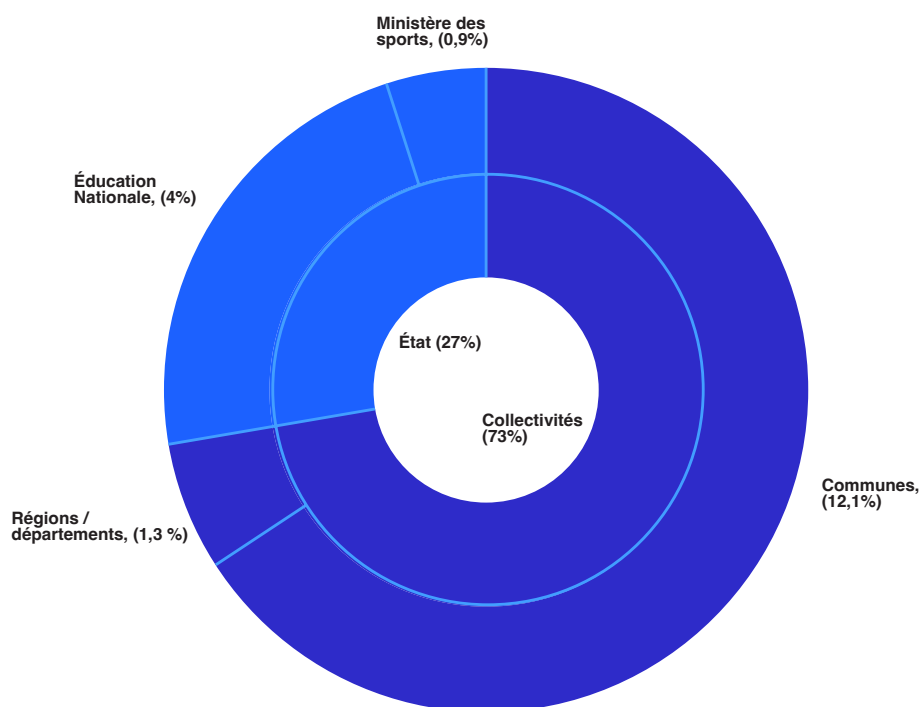


Figure 6 - Le financement public du sport en France en 2019, en Md€ (source Gatel. F, Cormier-Bouligeon. F)

Focus sur l'étude BPCE : Les collectivités territoriales, 1ers financeurs du sport⁶¹

D'après cette étude commandée par la BPCE, les communes constituent le premier financeur du sport en France avec près de 8Md€, soit leur deuxième poste de dépenses derrière l'éducation. De surcroît, les intercommunalités financent le sport à hauteur de 3,1Md€, en direction d'équipements particulièrement onéreux ou d'une densification des équipements des plus petites communes. Par ailleurs, ces données ne prennent pas en compte le subventionnement indirect que représente la mise à disposition à titre gracieux ou pour une somme modique de locaux pour les associations. Représentant plus de la moitié du financement du sport français, les crédits du bloc communal répondent donc à une réelle logique de péréquation entre les territoires, dont la dimension redistributive demeure toutefois difficile à estimer. Les subventions de l'ANS en direction des territoires carencés s'inscrivent donc également dans cette logique de péréquation.

L'étude insiste sur la grande hétérogénéité des territoires qui ont chacun leurs atouts et leurs besoins. Pour autant, les auteurs identifient trois pivots de l'évolution de la politique sportive locale :

- une politique d'investissement recentrée sur des équipements plus flexibles, économes et autonomes, parallèle à un éloignement des équipements d'envergure et du soutien au sport professionnel ;

61 BPCE, *Les collectivités territoriales, 1er financeur public du sport*, 2022

- une évolution de la relation aux associations teintée d'une volonté d'affirmer un lien avec l'utilisateur final ;
- une ouverture progressive à la cogestion d'équipements avec les entreprises privées.

L'étude révèle un besoin de visibilité – qui ne se limite pas au secteur sportif – de la part des collectivités quant aux dotations sur lesquelles ils pourront compter. Dès lors, la position structurante des collectivités sur le volet sportif plaide en faveur de la mise en œuvre d'un cadre budgétaire pluriannuel concerté permettant de mieux aborder l'évolution des pratiques et d'adapter le service public du sport en conséquence.

3.2.8 Une administration sanitaire qui rechigne à s'engager pour le sport santé : l'exemple du Fonds d'intervention régional des ARS

Le sport santé pourrait s'appuyer sur d'autres outils de financements publics que les budgets sports de l'Etat et des collectivités, notamment dans une perspective de santé publiques. Le fond d'intervention régional (FIR) a été créé par la Loi de financement de la sécurité sociale en 2012. Il vise à donner une plus grande latitude aux ARS dans la conduite de leur politique de santé, en s'adaptant au mieux aux spécificités de leurs territoires avec un budget de 3,7Md€ réparti entre les 18 Agences de santé en 2019, et 4,1Md€ en 2020 (l'augmentation peut être attribuée aux dépenses de crise)⁶². Parmi les 5 missions dévolues au FIR, la première est la promotion de la santé et la prévention des maladies. En 2019, 17,2% des financements issus du FIR étaient alloués à cette mission toutes ARS confondues.

Alors que la majorité des crédits FIR sont fongibles, c'est-à-dire qu'ils ne sont pas fléchés a priori, ils ne le sont pas pour ce qui est de la prévention et du médico-social qui doivent atteindre des niveaux minimaux de financements.

C'est dans le cadre de cette mission de prévention que pourrait s'établir le financement d'actions de promotion du sport santé et des activités physiques en général. Toutefois, comme souligné en 2018 par un rapport IGJS-IGAS, le suivi spécifique des crédits mobilisés par le FIR n'est pas assuré et il est donc impossible de connaître le montant des financements alloués à la promotion du sport au titre du FIR. En revanche, le rapport d'activité du FIR de 2020 ne fait pas mention du sport santé et n'évoque l'activité physique qu'une seule fois dans la description d'un projet initié, ce qui peut révéler un sous-investissement dans ce domaine. Le rapport du CDES pointe par ailleurs un inégal financement du sport santé par les ARS, contribuant à creuser les inégalités régionales en la matière. Un levier massif de financement du sport santé se trouvant entre les mains de l'administration sanitaire n'est donc pas ou peu activé, alors même qu'elle en a la capacité. De toute évidence, un travail reste à faire pour que le développement de l'activité physique devienne un champ d'action reconnu de la politique de santé publique par l'administration sanitaire.

⁶² Ministère des Solidarités et de la Santé, *Fonds d'intervention régional. Rapport d'activité 2020, 2021*, pp. 11-16

3.3 Une multiplicité d'approches et d'acteurs concourent au développement du sport et de l'activité physique dans le but d'améliorer la santé

3.3.1 Des acteurs multiples et hétérogènes

On l'a vu, de nombreux acteurs et politiques publiques contribuent au développement des APS. Au-delà de l'approche spécifique au sport santé, l'ensemble des politiques promouvant le sport pour tous contribue à une meilleure santé de la population. On peut dès lors dresser une cartographie des acteurs intervenant dans le champ de la promotion des APS, au croisement du sport et de la santé.

Le schéma ci-dessous présente cette cartographie des acteurs contribuant au développement des activités physiques et sportives dans une perspective de santé selon la typologie suivante :

- financeurs : les acteurs qui financent des politiques, des projets ou des pratiques ;
- opérateurs : les acteurs publics ou privés faisant l'objet d'un agrément ou d'une délégation de service public qui mettent en œuvre la politique sportive ou des projets sportifs et qui peuvent soit toucher des financements à ce titre, soit relayer auprès d'autres acteurs des financements dont ils sont gestionnaires ;
- relais auprès des publics : les acteurs qui apportent l'information et proposent un éventail de pratiques auprès de l'ensemble des publics ciblés par la politique du sport ;
- groupes d'influence : les acteurs qui sont parties prenantes de la politique ou de l'économie du sport et qui s'organisent pour porter leurs priorités.

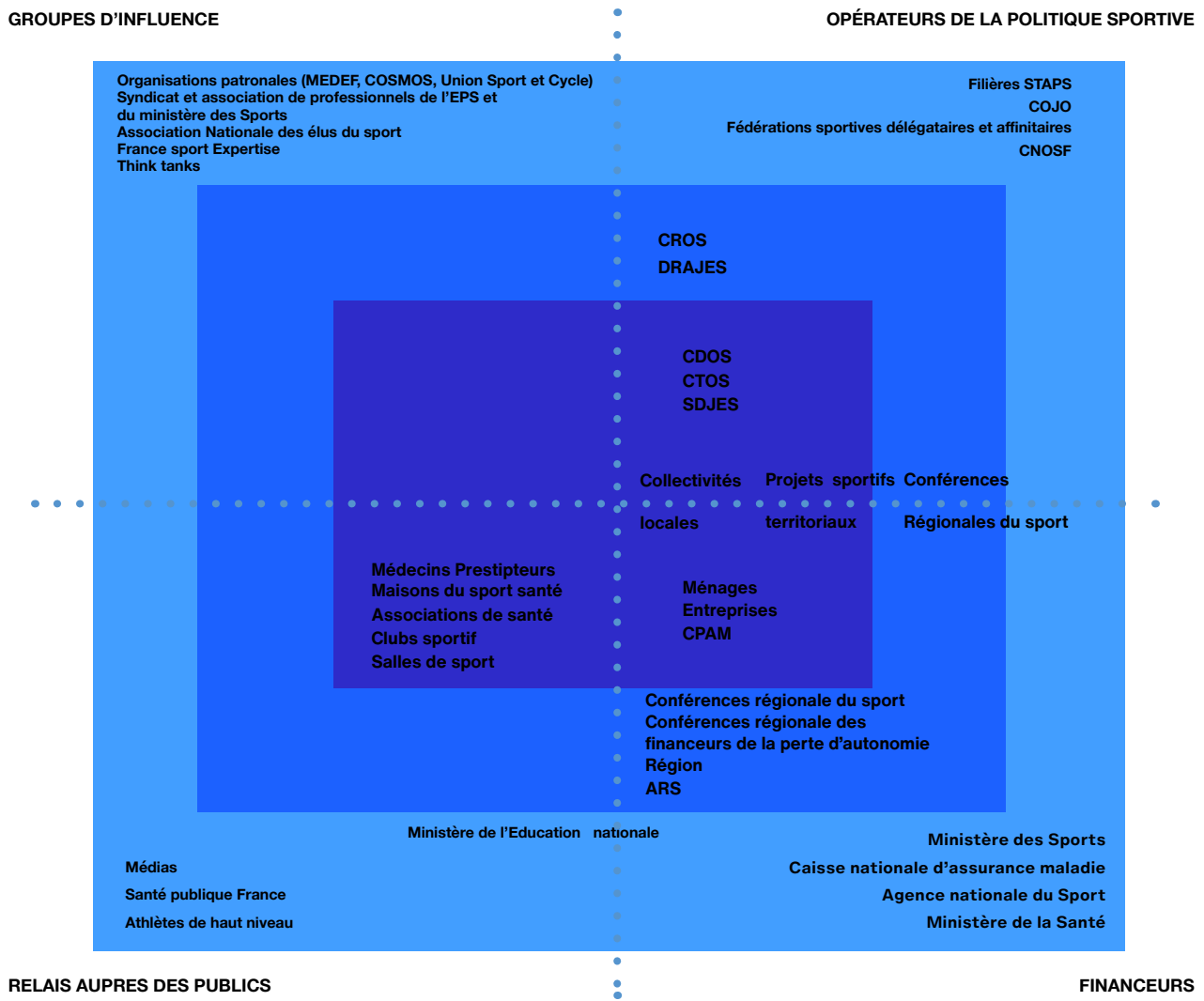


Figure 7 - Sociogramme figurant le positionnement et le rôle des acteurs du sport et de la santé dans la promotion des activités physiques et sportives

Comme l'expose le sociogramme, les opérateurs de la politique sportive sont essentiellement les services déconcentrés du ministère (DRAJES, SDJES) ainsi que les membres du mouvement olympique et paralympique, les CROS, CDOS et CTOS étant les émanations régionales, départementales et territoriales du CNOSF. Les collectivités locales apparaissent à la limite entre financeurs et opérateurs puisqu'elles bénéficient de fonds de l'ANS pour la réalisation de projets et d'équipements sportifs, de même que, comme on l'a vu, elles en financent une grande partie sur leurs fonds propres. Les projets sportifs territoriaux sont des enveloppes financières opérées par les services déconcentrés de l'Etat pour stimuler les initiatives locales. Par leur contribution indispensable à la formation des professionnels de l'activité physique, les filières STAPS à l'université constituent enfin des opérateurs pivots de la politique sportive.

Rarement considérés comme des acteurs à part entière des politiques publiques, les ménages et les entreprises n'en contribuent pas moins à leur réalisation par les frais qu'ils assument en termes de financement des pratiques et des équipements individuels.

Les relais auprès des publics contribuent d'une part à l'information (médias, Santé publique France, athlètes de haut niveau) et d'autre part à l'animation de la pratique sportive (clubs sportifs, Maisons Sport-Santé, médecins prescripteurs). Bien que les associations de santé, comme les IREPS, aient été représentées, Régis Juanico et Marie Tamarelle- Verhaeghe considèrent qu'elles ne communiquent pas assez avec les acteurs du sport et ne sont par exemple que très marginalement⁶³ impliquées dans la promotion des APS et de l'APA. On remarque par ailleurs que le ministère de l'Education Nationale se place à la fois comme financeur et opérateur de la politique par le financement et l'action des professeurs d'EPS.

Enfin, des groupes d'influence comme l'Association nationale des élus du sport, les organisations patronales ou le GIE Union sport et cycles contribuent à la réalisation d'études sur le sport et mettent à l'agenda différentes thématiques.

3.3.2 Un constat s'impose : des acteurs éparpillés et des politiques segmentées

Cette cartographie des acteurs de l'activité physique et sportive concourant (ou pouvant concourir) à en faire un véritable levier de santé publique met en évidence l'absence d'une instance de coordination. Ce manque de coordination se traduit par un dialogue limité et une faible volonté politique de faire avancer des sujets comme l'activité physique en milieu professionnel. Cela contribue également à un enchevêtrement d'initiatives locales, régionales et nationales dans le domaine de l'activité physique adaptée. La multiplicité de politiques et d'acteurs à l'œuvre sur la thématique du sport santé rend donc difficiles le déploiement et la mise en œuvre de la SNSS. Plus largement, cela impacte négativement toute volonté de déploiement coordonnée d'une politique de massification des pratiques d'activités physiques et sportives.

Comme le remarquait le rapport *Faire de la France une vraie nation sportive*, il n'y a pas de stratégie nationale concernant sport. Dès lors, les synergies entre le sport et d'autres

63 JUANICO Régis, TAMARELLE-VERHAEGHE Marie, *op. cit.*, pp. 96-97

secteurs sont plus difficiles à assurer, de même que l'interministérialité. Ainsi, le sport n'est pas « affirmé [dans] les domaines pour lesquels il est un levier pertinent à l'appui des politiques publiques »⁶⁴. Autre conséquence de l'absence d'une stratégie nationale pour le sport, le budget des sports n'est pas défini de façon pluriannuelle et apparaît donc plus sensible aux contractions budgétaires.

Une limite flagrante au développement de l'activité physique comme un recours pour différentes politiques publiques est donc la considération portée au sport par les autres ministères. Compris de manière restrictive dans ses seules dimensions récréative ou compétitive, aucune autre politique que la stratégie nationale sport santé n'en développe une approche globale. Pourtant, dès lors que l'on conçoit l'activité physique comme un levier de politique publique, il est possible de la mettre au service d'une grande diversité de programmes : amélioration des conditions d'apprentissage des élèves, levée des barrières psychologiques aux mobilités actives, qualité de vie au travail, développement du lien social entre personnes isolées ou âgées, réinsertion professionnelle, etc. Dans l'ensemble de ces domaines, l'activité physique est à même de jouer un rôle d'excipient, facilitant et renforçant les programmes qui l'emploient.

Pour ce qui est de la réinsertion professionnelle, l'exemple de l'agence Pôle emploi d'Orléans mentionné dans le rapport Faire de la France une vraie nation sportive est frappant et mérite d'être restitué ici.

Le dispositif d'activité physique de l'agence Pôle emploi d'Orléans

« La directrice de l'agence a mis en place une séance hebdomadaire de sport encadrée par un éducateur sportif pour un groupe d'une quinzaine de personnes. L'objectif de cette démarche était de sortir ces demandeurs d'emploi de leur isolement tout en cherchant à leur redonner une certaine confiance en eux et ainsi redynamiser leurs actions de recherche d'emploi.

Partant du constat que l'offre de services de l'agence ne suffisait pas pour ces demandeurs d'emploi de longue durée, il a été proposé, sur la base du volontariat, de pratiquer du sport ou de jouer au théâtre ou d'organiser une émission de radio ou de suivre des cours de slam pour les plus jeunes. Malgré des réticences de chercheurs d'emploi au lancement de l'opération sur l'utilité et l'intérêt de la démarche, l'expérience s'est avérée un succès avec un retour à l'emploi dans les quelques mois qui ont suivi pour 80 % des participants. »⁶⁵

3.4 Après le sport santé : pistes de réflexion pour l'avenir de l'action publique en matière d'activités physiques

A la suite de ce développement émergent plusieurs questions dont on ne peut faire l'économie, dès lors que l'on considère les activités physiques et sportives comme un levier majeur au service de la santé publique.

64 GATEL Françoise, CORMIER-BOULIGEON François, *op. cit.*, p. 59

65 GATEL Françoise, CORMIER-BOULIGEON François, *op. cit.*, p. 30

QUESTION 1 :

Quelle éthique pour l'action publique en matière d'activités physiques ?

Si les activités physiques constituent indéniablement un outil au service de la santé publique, la question du cadre éthique dans lequel on souhaite les développer et les promouvoir se pose préalablement. On ne saurait oublier que l'approche de Pierre de Coubertin, comme celle des patrons d'industries du début du XXe siècle promouvant le sport auprès de leurs employés, était justifiée par une vision hygiéniste de l'activité physique. La santé des individus, stimulée et renforcée par l'activité physique, n'avait pas pour objet un quelconque épanouissement individuel mais l'avènement de corps calibrés pour la guerre ou pour le travail.

Le risque serait aujourd'hui que la promotion des activités physiques s'inscrive dans le cadre d'un nouvel hygiénisme, non pas tourné vers l'instrumentalisation des corps mais vers la réduction des coûts pour les finances publiques. En ce sens, l'éducation à la santé semble essentielle pour contribuer à une réappropriation par chaque personne de son corps et de son environnement ; un corps façonné par la situation et sur lequel l'individu peut retrouver une maîtrise par l'activité physique dès lors qu'il s'agit d'un effort conscient. D'où l'importance de se pencher sur la finalité de l'action publique dans ce domaine et sur place des personnes dans les dispositifs développés.

QUESTION 2 :

Quelle gouvernance pour une politique publique des activités physiques ?

Alors que l'action publique en matière d'activité physique semble souffrir d'un manque important de coordination interministérielle, se pose la question de sa gouvernance et de son pilotage. Le ministère des Sports dispose de l'expertise nécessaire au développement des APS mais la massification des pratiques ne pourra advenir que si les autres ministères y voient enfin tout le bénéfice qu'ils peuvent en tirer et qu'ils en fassent une priorité. Dès lors, le positionnement des autres ministères et administrations dans la politique des activités physiques doit être mis en débat afin de susciter un réel investissement de leur part. Par extension, l'élargissement de l'action institutionnelle en matière d'activités physiques posera dans un second temps la question du positionnement du ministère des Sports. En effet, tant que le ministère des Sports sera – malheureusement – sous-doté, il ne pourra espérer avoir un impact à grande échelle sur les pratiques qu'en étant également force de proposition et ressource en expertise pour les autres ministères. Cette perspective invite à aller au-delà de la SNSS pour mettre le développement des activités physiques à l'agenda de l'ensemble des ministères.

Un premier pas vers une gouvernance plus transversale a été effectué avec le décret d'attribution du ministère des Sports et des Jeux Olympiques et Paralympiques qui met à disposition de la ministre la direction générale de l'enseignement scolaire et la direction générale de la santé⁶⁶. En attendant un réel volontarisme politique de la part des autres ministères, cette mise à disposition pourra permettre au ministère des Sports de développer la politique du sport santé en lien avec les administrations en question.

66 Décret no 2022-846 du 1er juin 2022 relatif aux attributions du ministre des sports et des jeux Olympiques et Paralympiques

QUESTION 3 :

Quel financement pour une politique publique des activités physiques ?

On a pu voir que le financement de la politique publique du sport était à la fois faible et sensible aux fluctuations budgétaires. S'il semble clair que le ministère des Sports doit pouvoir disposer d'une enveloppe plus importante afin de développer les activités physiques et sportives, il apparaît tout aussi nécessaire que les ministères touchant de près ou de loin à la mise en mouvement des citoyens se saisissent de l'outil que constitue l'activité physique et se mettent à le financer. Dès lors, la participation du ministère de la Santé et de la Prévention, comme celle du ministère des Solidarités, de l'Autonomie et des Personnes Handicapées est à questionner en priorité au regard de son rôle relatif au développement de l'APA. Plus largement, cette réflexion invite à mettre en question les orientations des dépenses de santé, aujourd'hui plus centrées sur le soin que sur la prévention.

Par ailleurs, si les ministères du Sport et de la Santé apparaissent aujourd'hui comme les financeurs évidents et prioritaires, la réflexion sur le financement doit également prêter une attention particulière aux interconnexions entre activité physique et autres domaines d'action publique. Les transformations de l'aménagement du territoire en constituent un exemple marquant, pour lequel la coopération entre ministères mais également entre l'Etat et les collectivités apparaît primordiale.

QUESTION 4 :

Sur quels fondements bâtir la politique des activités physiques de demain ?

Plusieurs cadres favorisant la pratique d'activités physiques existent déjà en dehors de tout contexte sanitaire et apparaissent très ancrés dans la société, tels que les cours d'EPS ou les pratiques sportives fédérales. D'autres cadres sont en développement, comme dans les milieux professionnels ou les mobilités actives. A l'approche des Jeux Olympiques et Paralympiques, ne pourrait-on pas voir l'échéance de 2024 comme l'occasion de faire le point sur les différentes tendances engagées autour des activités physiques ? Alors que 3 millions de pratiquants supplémentaires ont été annoncés comme l'objectif principal concernant l'héritage immatériel de ces Jeux, il est temps de considérer les fondations sur lesquelles nous pourrions investir ou réinvestir pour construire la politique publique des activités physiques de demain.

La gamification du sport : un chemin d'avenir

Les évolutions des pratiques d'activités physiques, marquées par une certaine semi-autonomisation et une digitalisation croissante, impose de porter un regard sur l'esport, cette face souvent méconnue et parfois méprisée de l'écosystème sportif. Bien que ce rapport n'ait pas pour objet d'étudier les liens entre e-sport et activité physique, force est de constater que la politique publique des activités physiques ne peut plus considérer ce secteur comme marginal. L'esport peut susciter la mise en mouvement, tout comme la gamification est un moyen d'ancrer de manière ludique les pratiques physiques dans le quotidien. Le Comité International Olympique en fait d'ailleurs l'une des quinze recommandations de son agenda 2020+5 : « encourager le développement des sports virtuels et s'engager davantage auprès des communautés de jeux-vidéos ». Dès lors, si la gamification du sport attire déjà l'attention des pouvoirs publics, l'esport est un champ à investir résolument tant du point de vue de développement des pratiques que de la régulation.

4. L'activité physique à visée thérapeutique, un exemple de la nécessité d'une action coordonnée et volontaire à des fins de santé

4.1 Une prescription en développement mais qui fait face à des freins importants

Alors que la prescription d'activité physique à visée thérapeutique par les médecins est en vigueur depuis 2016, on peut déjà dresser un premier bilan de son développement. Si la prescription d'activité physique adaptée se développe et est de mieux en mieux connue et pratiquée par les médecins, les entretiens réalisés font ressortir plusieurs freins à sa massification :

1. elle n'est pas remboursée par la Sécurité sociale, ce sont donc les personnes les plus favorisées qui peuvent en bénéficier alors même que les pathologies justifiant prescription touchent majoritairement les personnes les moins favorisées ; de plus le remboursement par l'assurance maladie participerait à la légitimation de l'APA comme thérapeutique⁶⁷ ; le financement de cette thérapeutique est donc essentiellement assuré par les patients ; certaines mutuelles (Harmonie mutuelle, la mgen ou la Mutuelle des sportifs) prennent en charge une partie du coût des parcours et certaines communes (Strasbourg ou Rennes par exemple) ont mis en place des dispositifs d'aide aux parcours d'APA, parfois avec le concours des ARS ou des CPAM ;
2. tous les médecins ne sont pas encore formés à la prescription ; bien que des modules de formation joints se développent entre les UFR Staps et médecine, une part importante des médecins prescripteurs n'est pas formée, notamment chez les généralistes ; de ce fait, les professionnels de l'activité physique adaptée doivent réaliser un lourd travail de sensibilisation et de formation des médecins en exercice, qui ont parfois des difficultés à s'approprier de manière pérenne ce type de thérapeutique ;
3. compte tenu du nombre encore faible de parcours effectués par les patients, de nombreux professionnels interviennent sur les parcours sans qu'une hiérarchie claire concernant le moment de la prise en charge ou le type de patient pris en charge ait été définie : masseurs-kinésithérapeutes, enseignants en activité physique adaptée, éducateurs sportifs ayant suivi une formation de 40h dans une discipline spécifique ; ce qui donne lieu à des luttes corporatistes entre ces différentes professions⁶⁸ et pose des questions quant à la formation nécessaire pour pouvoir réaliser un accompagnement en APA ;
4. la réalisation des parcours est portée principalement par les Maisons Sport-Santé, dont l'appellation est issue d'un appel à projets annuel ne correspondant pas à une labellisation ; les types de structures et d'offres proposées dans les Maisons Sport-Santé sont donc hétérogènes.

67 A titre d'exemple récent, le déremboursement de l'homéopathie a fait chuter de manière considérable la consommation de ce produit, démontrant donc un « effet label » lié au remboursement par l'assurance maladie.

68 Les enseignants en APA et les éducateurs sportifs, bien que formés, semblent être des interlocuteurs moins évidents que les masseurs-kinésithérapeutes pour les médecins prescrivant une APA. La tension actuelle apparaît principalement liée à l'étroitesse du secteur de l'APA, du fait du nombre encore trop faible de prescriptions.

Les éléments cités freinent la réalisation des parcours à plusieurs niveaux. D'abord, la prescription est généralement conditionnée à la compréhension qu'ont les médecins prescripteurs de l'organisation des parcours au niveau local. Ils attendent en effet une articulation claire des acteurs et un financement de ces parcours ; deux critères qui ne sont que rarement remplis. Le problème est particulièrement prégnant pour les personnes souffrant d'ALD puisqu'elles bénéficient normalement d'une prise en charge à 100% des thérapeutiques qui leur sont prescrites mais l'APA, très étonnamment, ne fait pas partie de ce panier de soins. Or, cette absence de prise en charge constitue une perte de chance pour les patients, notamment ceux qui n'ont pas les moyens de payer le parcours APA. S'il convient de coordonner l'intervention des professionnels au niveau local, les disparités d'investissement de la part des collectivités et des organes déconcentrés de l'Etat rend difficile une telle couverture sur l'ensemble du territoire.

Le dispositif d'activité physique adaptée à Strasbourg

Strasbourg est une ville pionnière de l'activité physique adaptée. Les bilans de condition physique et les parcours sont intégralement pris en charge la première année, puis font l'objet d'une tarification solidaire les deuxième et troisième années. Ce fonctionnement permet notamment aux personnes précaires de s'engager dans ces parcours et le dispositif connaît un franc succès.

Le dispositif est porté par un groupement d'intérêt public dont sont membres la ville et l'Eurométropole qui le financent à hauteur d'environ 60%. L'ARS en est également membre et y contribue de manière conséquente avec une enveloppe de 2M€ par an au titre du programme Prescri'mouv, de même que la CPAM qui y participe dans une moindre mesure. Le financement provenant du monde sportif est marginal.

Selon le Docteur Alexandre Feltz, initiateur du dispositif, la qualité de l'offre d'APA à Strasbourg est largement conditionnée par l'engagement financier et opérationnel de la collectivité. Il regrette aujourd'hui le manque de volonté politique au niveau national pour développer les cofinancements de ces dispositifs, notamment via le budget des ARS et de l'assurance maladie.

Concernant l'intervention des différents professionnels de la santé et de l'activité physique pour les patients éligibles à l'APA, un groupe de travail a présenté un rapport à la Direction générale de la Santé en 2016 pour proposer une segmentation de leur intervention en fonction des limitations fonctionnelles des patients. Cette segmentation est illustrée par le tableau ci-dessous.

Limitations Métiers	DOMAINES D'INTERVENTION PREFERENTIELS DES DIFFERENTS METIERS			
	Aucune limitation	Limitation minime	Limitation modérée	Limitation sévère (*)
Masseurs Kinésithérapeutes	+/-	+	++	+++
Ergothérapeutes (**)	(sauf demande)	(sauf demande)	++	+++
Enseignants en APA	+/-	++	+++	++
Educateurs sportifs (***)	+++	+++	+ (****)	non concernés
Bénévoles non-diplômés (*****)	+++	++	non concernés	non concernés

Tableau 2 - Proposition d'intervention préférentielle des différents métiers en fonction des limitations fonctionnelles des patients (source Rapport du groupe de travail Bigard)⁶⁸

* Champ d'intervention général incluant les actes de rééducation (MK et ergothérapeutes) et d'activité physique adaptée (APA).
 ** Dans le champ de leurs interventions, celui des interactions entre les sujets, leurs activités et l'environnement.
 *** Ces professionnels sont titulaires d'un BPJEPS, d'un DEUG ou d'une licence STAPS (non-APA). Un éventuel complément de compétences pourra être nécessaire (cf. texte).
 **** Après un complément de compétences, ou sous la responsabilité d'enseignants en APA.
 ***** Après validation d'un bloc de compétences ad hoc.

La répartition des domaines d'intervention préférentiels des professionnels de la santé et du sport sur l'activité physique à visée thérapeutique n'a pas été reprise par le décret d'application de la loi de 2016 et n'a pas fait l'objet de précisions à l'occasion de la loi sur la démocratisation du sport. Au regard des différences notoires concernant la composition du tissu des professionnels qui peuvent exister entre les territoires, une segmentation plus stricte de leurs interventions ne semble pas absolument nécessaire. En effet, dans une perspective de massification des prescriptions à moyen terme, il semble plus important d'améliorer la coordination entre les professionnels au niveau local plutôt que de segmenter de manière rigide leurs interventions. Cela n'exclut pas pour autant la question du statut des enseignants APA, qui est aujourd'hui inexistant. Comme le montrent les travaux de Claire Perrin⁶⁹, la construction du champ professionnel des enseignants APA s'est parfois faite en opposition les masseurs-kinésithérapeutes et il a pu leur être difficile d'affirmer la spécificité de leur intervention, centrée sur le développement des « capacités » du patient. Compte tenu de la spécificité de leur intervention, il pourrait être pertinent de les faire évoluer vers un statut de professionnels de santé paramédicaux.

68 BIGARD Xavier (dir.), *Rapport du Groupe de Travail Activité physique et prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques. Quelles compétences pour quels patients ? Quelles formations ?*, 2016, p. 26
 69 PERRIN Claire, « Construction du territoire professionnel de l'enseignant en Activité physique Adaptée dans le monde médical », *Santé publique*, 2016 (S1)

4.2 Les Maisons Sport-Santé, relais de la politique sport santé dans les territoires

Des Maisons Sport-Santé donc le rôle de relais se précise

Promesse de campagne du candidat Macron en 2017, le déploiement des Maisons Sport-Santé correspond à l'objectif 3 de la Stratégie nationale du sport santé. Leurs missions sont les suivantes : « Ces Maisons Sport-Santé proposeront plus particulièrement :

- une information et une sensibilisation sur l'intérêt de la pratique ;
- la réalisation de diagnostics sportifs : condition physique, motivation de la personne, rapport à l'activité physique et sportive ;
- une orientation vers l'offre et les lieux de pratique à proximité, ce qui suppose une bonne connaissance des opérateurs du sport, du mouvement sportif et des équipements »⁷⁰

Dès lors, les Maisons Sport-Santé (MSS) se positionnent comme des relais entre, d'un côté, les patients ayant une prescription d'APA et les personnes souhaitant (re) commencer une activité physique et, de l'autre, les professionnels et associations sportives proposant un accompagnement spécifique. Elles ont également un rôle de passerelles entre les parcours d'APA et les pratiques sportives fédérales, qu'elles soient délégataires ou affinitaires.

Dès 2018, soit avant le déploiement des MSS, l'inspection générale des affaires sociales et l'Inspection générale de la jeunesse et des sports pointaient l'importance de préciser leurs missions : « la mission considère que le concept

des « Maisons Sport-Santé », que le gouvernement souhaite mettre en place, doit être bien défini avec un cahier des charges précis avant leur mise en place »⁷¹. Pourtant, force est de constater que les MSS ont été déployées sans cahier des charges contraignant, avec pour seul objectif de parvenir aux 500 Maisons Sport-Santé en 2022 voulues par le Président de la République. Les personnes auditionnées se sont globalement montrées critiques à l'égard de ce fonctionnement et attendent de l'Etat qu'il rende plus contraignant le cahier des charges. La perspective serait alors que les MSS deviennent des guichets uniques permettant la réalisation des bilans de condition physique et l'orientation des patients vers les professionnels indiqués ; comme le préconisait déjà le rapport IGAS IGJS.

Les MSS répondaient en effet à un appel à projets mais ne se soumettent pas à une labellisation, contrairement à ce qu'affirmait le dossier de presse des Maisons Sport-Santé, publié par le ministère des Sports. D'après le ministère, 573 MSS étaient recensées en 2023 mais regroupaient des structures très hétérogènes comme des maisons de santé, des associations sportives, des associations de promotion de la santé, etc. Après quatre éditions de l'appel à projets MSS qui ont permis la définition de critères plus précis, il semble que l'Etat se dirige vers une définition plus stricte du périmètre des Maisons Sport-Santé afin de lisser leur action sur l'ensemble du territoire et d'amener une montée en compétence des professionnels.

70 Ministère des Sports, Ministère des Solidarités et de la Santé, *op. cit.*, p. 16

71 DUPAY Stéphanie (dir.), *Evaluation des actions menées en matière d'activité physique et sportive à des fins de santé*, IGAS IGJS, 2018, p. 5

Le 8 mars 2023, un décret pris en Conseil des Ministres, en application de la loi du 2 mars 2022 relative à la démocratisation du sport, détermine les conditions d'habilitation des MSS, dont les dossiers sont étudiés à l'échelle territoriale par les ARS et les DRAJES. Cette évolution importante emporte donc une rigidification de l'accès à la dénomination Maison Sport-Santé et entame un processus de labellisation des structures existantes. Ces dernières devront démontrer avant la fin de l'année 2023 qu'elles répondent bien au cahier des charges prévu par le décret. Il semble laisser aux MSS la possibilité de se positionner comme des relais ou de reprendre plus largement à leur compte la mise en œuvre des parcours d'APA. Puisque le label Maison Sport-Santé sera désormais accordé pour une durée de cinq ans, le temps est désormais venu de la pérennisation et de la professionnalisation des dispositifs déjà mis en œuvre à l'échelle locale

Une inégale répartition selon les territoires

Les MSS sont très inégalement réparties sur le territoire, comme l'illustre la carte proposée par le dossier de presse 2021⁷². Alors qu'une concentration plus forte apparaît dans les départements urbains, de nombreux départements plus ruraux ne disposent que d'une seule maison du sport santé et 10 départements métropolitains, Corse comprise, n'en comptaient aucune. En plus d'une répartition hétérogène, les MSS entretiennent encore peu de liens avec les professionnels de santé et les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). C'est pourtant par un réel maillage entre professionnels de santé, Maisons Sport-Santé et réseaux d'effecteurs que l'APA pourra se développer plus largement dans les territoires carencés. Dans ces territoires, le lien entre parcours APA et reprise d'une activité physique régulière post-parcours est d'autant plus important et un travail local mené en coordination avec les fédérations doit le faciliter.

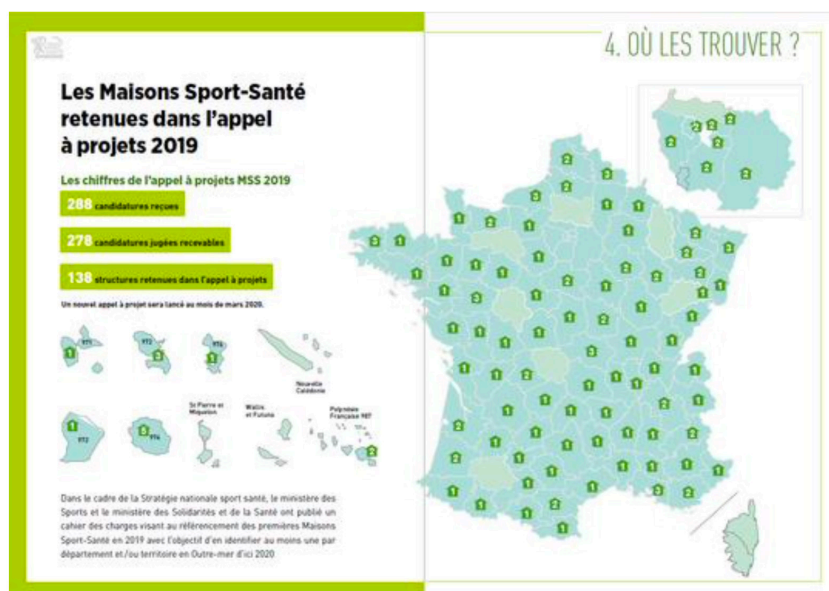


Figure 8 - Carte des 288 Maisons Sport-Santé recensées sur le territoire métropolitain, hors Bretagne, en 2021 (source ministère des Sports)

72 Ministère des Sports, *Les Maisons Sport-Santé, un outil de santé publique*, Dossier de presse, 2021

4.3 Recommandations

RECOMMANDATION 1 :

Mettre en place une prise en charge allant jusqu'à 500€ des parcours d'APA (bilans + séances) par l'assurance maladie pour les personnes souffrant de maladies cardiovasculaires – gain net estimé : 3,28Md€

Dans la lignée de la loi sur la démocratisation du sport, des expérimentations évaluant l'efficacité de l'APA et du rapport Faire de la France une nation sportive, il est proposé d'assurer une prise en charge de 500€ des parcours d'APA par la sécurité sociale. Le parcours en question se décompose en un bilan de condition physique (environ 150€), la réalisation d'un programme adapté et l'exécution de ce programme au travers de séances supervisées par des professionnels formés (600€ à 800€).

En partant du principe que certaines mutuelles garantissent déjà un remboursement des parcours APA allant jusqu'à 250€ et en escomptant un alignement des autres sur ce créneau, une prise en charge par l'assurance maladie à hauteur de 500€ maximum permettrait dégager 1300€ en dépenses de soins évitées (soit 800€ de gain net) et de rendre gratuite ou quasiment gratuite la réalisation d'un parcours APA pour les patients sur une année. Cela limiterait également les ré-hospitalisations, toujours très coûteuses. Cette prise en charge de 500€ générerait un coût total maximum de 2,05Md€ et entraînerait des économies estimées à 5,33Md€, soit une économie nette de 3,28Md€ pour l'assurance maladie. Elle permettrait également de soulager les collectivités financièrement engagées dans une prise en charge de l'APA, de sorte qu'elles puissent pérenniser la prise en charge des parcours au-delà de la première année de traitement.

Cette mesure permettrait d'assurer un égal accès à cette thérapeutique et donc que les personnes subissant déjà des inégalités sociales en matière de santé ne s'en trouvent pas pénalisées dans leurs parcours de soins. Il s'agit d'un premier pas vers une normalisation de l'APA dans les parcours de soins. Des expérimentations et études médico-économiques concernant la prise en charge de cette thérapeutique auprès des personnes souffrant d'autres ALD, maladies chroniques et perte d'autonomie doivent être menées et encouragées.

RECOMMANDATION 2 :

Mettre en place une part incompressible de 1% du FIR allouée à la promotion et la structuration de réseaux de professionnels de l'activité physique adaptée dans le cadre de sa mission de prévention et de promotion de la santé – apport estimé de 37M

Compte tenu de l'outil d'intervention spécifique que constitue le FIR et de la capacité de ciblage régional dont peuvent faire preuve les ARS, il faut y prévoir un montant incompressible dédié à la promotion du sport santé et à la structuration du secteur de l'activité physique adaptée. Cela se traduirait par une ligne budgétaire « 1% sport santé » non fongible. En effet, rendre non fongible 1% du montant national du FIR reviendrait à accorder 37M€ (sur la base du montant du FIR pré-crise en 2019) au financement de la prévention par le sport et de la promotion de la santé par le sport. Ce financement pourrait notamment appuyer des projets locaux visant à promouvoir le sport dans une perspective de santé et de bien-être auprès des personnes avançant en âge, sans pour autant qu'elles souffrent de maladies chroniques. Il s'agirait ainsi de promouvoir et de financer un sport santé de prévention à destination de publics dont le niveau de pratique est parmi les plus faibles. Cela contribuerait également à structurer des réseaux locaux des acteurs du sport santé.

Concernant les modalités d'attribution des financements du FIR, il ressort que la pratique des appels à projets n'est pas la méthode d'allocation idéale. Le secteur de l'APA est en effet en cours de structuration et la logique d'appel à projets met de facto en concurrence des acteurs qui pourraient travailler ensemble. Ainsi, le meilleur moyen d'utiliser le FIR comme un outil de financement du sport santé semble être la contractualisation par contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, non pas avec chaque acteur individuellement mais avec des fédérations régionales ou groupements régionaux d'acteurs du sport santé. Cette mise en œuvre du FIR dans le secteur du sport santé stimulerait ainsi la structuration de ce dernier tout en valorisant des pôles d'acteurs reconnus à l'échelle régionale.

RECOMMANDATION 3 :

intégrer les enseignants en activité physique adaptée dans la catégorie des professionnels de santé en tant qu'auxiliaires médicaux (art. L4311-1 à L4394-4 du code de santé publique) et harmoniser la formation des éducateurs sportifs leur permettant de diriger des séances d'APA

Dans la perspective d'une plus grande implication du ministère de la Santé dans le déploiement de l'APA, il serait pertinent de considérer les opérateurs principaux de cette politique, les enseignants APA, comme des professionnels de santé. Cela permettrait notamment d'asseoir leur légitimité auprès des médecins et permettrait un meilleur dialogue avec l'ensemble des professionnels impliqués dans les parcours d'activité physique adaptée. Dans cette même logique, il serait bénéfique d'aller vers une standardisation des formations des éducateurs sportifs les habilitant à mettre en œuvre des prescriptions d'APA.

RECOMMANDATION 4 :

Structurer les réseaux d'acteurs territoriaux de l'APA dans le cadre de CLS cofinancés par les ARS et les collectivités

Alors que s'organise une réelle labellisation des Maisons Sport-Santé, ces dernières devraient être à même d'organiser un dialogue entre médecins prescripteurs et professionnels de l'APA ; un meilleur dialogue qui faciliterait l'orientation des patients ayant réalisé un bilan de condition physique vers le professionnel le plus adapté. En coordonnant leurs actions avec celles des unions sportives municipales, les Maisons Sport-Santé pourraient aussi permettre d'orienter efficacement les personnes souhaitant se (re)mettre à pratiquer un sport à des fins de santé et de bien-être, ce qu'elles ne sont pas toujours en mesure de faire à l'heure actuelle.

Les réseaux de professionnels devraient pouvoir former des synergies au niveau des bassins de vie (échelle intercommunale). Ces synergies relatives au parcours du patient pourraient notamment se concrétiser par le biais des contrats locaux de santé (portés conjointement par une ARS et une collectivité), qui pourraient englober les unions sportives accueillant les patients à l'issue de leurs parcours.

RECOMMANDATION 5 :

Intégrer la prescription d'activité physique adaptée dans la rémunération sur objectifs de santé publique des médecins

Pour massifier l'APA et inciter les médecins à se former à ce type de prescription, il apparaît pertinent d'inscrire la prescription des bilans et parcours APA dans la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) des médecins. Cette mesure contribuerait principalement à développer l'intérêt des médecins prescripteurs pour cette thérapeutique et les encouragerait à se former à la prescription d'APA et *in fine* contribuerait à augmenter le nombre de prescriptions.

La ROSP constitue une fraction de la rémunération des médecins versée par l'assurance maladie sur la base d'indicateurs permettant de faire évoluer les pratiques en fonction des objectifs de la politique de santé. Elle s'applique aux médecins généralistes et à certains spécialistes comme les cardiologues et les diabétologues et s'articule autour de 29 critères répartis en 3 axes : le suivi des pathologies chroniques, la prévention et l'efficacité des prescriptions. Thérapeutique efficace à la fois en prévention (notamment pour les personnes présentant des facteurs de risque ainsi que celles en perte d'autonomie) et dans le traitement des maladies chroniques, la prescription de l'APA trouverait toute sa place dans le dispositif de ROSP tel qu'il existe aujourd'hui.

CONCLUSION

Le sport en France se trouve à la croisée des chemins. Au sortir d'une crise sanitaire qui a mis en lumière l'inactivité physique dramatique de l'ensemble de la population, il doit devenir un recours face à la sédentarité. Le sport santé s'est développé comme une politique publique dans cette perspective. Toutefois, le sport regroupe un ensemble de pratiques codifiées et mises en œuvre avec la finalité de réaliser une performance, qu'elle s'inscrive dans un contexte de loisir ou de compétition. C'est donc plus spécifiquement l'activité physique qui doit devenir l'objet de politiques publiques ambitieuses participant de l'éducation à la santé des citoyens. En effet, si elle constitue déjà un champ d'action publique, l'activité physique n'est aujourd'hui réellement portée comme une politique que par le ministère des Sports, les autres tardant à se saisir de cet instrument dont les multiples externalités sont pourtant démontrées. Pour une activité physique au service de la santé publique, le concours volontariste de l'ensemble des ministères touchant à l'organisation de la vie sociale est indispensable. De même, l'articulation au niveau local entre les différents organes déconcentrés de l'Etat et les directions des collectivités territoriales doit pouvoir fonctionner à plein et de manière homogène sur l'ensemble du territoire.

Faire de l'activité physique un champ d'action publique reconnu et doté de moyens cohérents avec les ambitions fixées doit non seulement être un levier au service de la santé publique mais aussi changer l'approche que les Français en ont, a fortiori s'agissant du sport. À bientôt un an des Jeux Olympiques et Paralympiques de Paris 2024, le sport français se doit de construire un héritage pérenne en termes de renouveau des pratiques sportives. Le sport est trop souvent l'apanage de celles et ceux qui en ont les moyens, et les expériences négatives du sport – notamment scolaire – constituent des obstacles importants pour les personnes qui en sont éloignées. L'action en matière de développement des pratiques doit donc passer par un effort accentué en direction des personnes et des territoires les moins favorisés. En plus de la politique de santé publique, l'activité physique peut-être au service d'un développement des pratiques sportives. Au travers notamment de l'activité physique adaptée pour les personnes souffrant de maladies ou de limitations physiologiques et pour celles qui ne pratiquent pas ou peu, l'activité physique peut participer à un renouvellement du rapport à son corps pour une meilleure compréhension et une meilleure appréciation de ce dernier. Pour autant, le développement des activités physiques ne saurait être imposé, mais au contraire favorisé, dans le respect des représentations et de la diversité des pratiques existantes. Ce n'est qu'à cette condition que l'action publique en direction des activités physiques pourra nourrir les pratiques sportives sur le long terme.

BIBLIOGRAPHIE

Académie nationale de médecine, *Bulletin de l'académie nationale de médecine*, n°7/2012.

ALFONSI Mathieu, 08/09/2022, À l'école, ces enseignants sont en difficulté pour organiser les 30 minutes de sport par jour, *Huffington Post*.

ANDRIEU Bernard, *Histoire du sport santé. Du naturisme à la médecine du bien-être*, Paris, L'Harmattan, 2019.

ANDRIEU Bernard, *L'autosanté*, Recherches, Paris, Armand Colin, 2012.

ANSES, AVIS de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail relatif à l'évaluation des risques liés aux niveaux d'activité physique et de sédentarité des adultes de 18 à 64 ans, hors femmes enceintes et ménopausées, 2022.

BAILLY Laurent (dir.), « As du Coeur » study: a randomized controlled trial on quality-of-life impact and cost effectiveness of a physical activity program in patients with cardiovascular disease », *BMC cardiovascular disorder*, n°225, 2018.

BERGER Laurent & al, *Une société fatiguée*, Fondation Jean Jaurès & CFDT, 2021

BIGARD Xavier (dir.), *Rapport du Groupe de Travail Activité physique et prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques. Quelles compétences pour quels patients ? Quelles formations ?*, 2016.

BPCE, *Les collectivités territoriales, 1er financeur public du sport*, 2022

Bureau de l'économie du sport, *Activité physique et sportive, santé et qualité des finances publique*, Direction des sports, Note d'analyse n°11, janvier 2018.

CALLEDE Jean-Paul, « Les politiques du sport en France », *L'année sociologique*, n°57, 2002/2.

Conseil d'Etat, Avis sur un projet de loi - voies réservées et à la police de la circulation pour les jeux Olympiques et Paralympiques de 2024, 2019

Cour des comptes, *L'Agence nationale du Sport et la nouvelle gouvernance du sport*, 2022

Cour des comptes, La sécurité sociale. *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, 2021.

Cour des Comptes, La prévention et la prise en charge de l'obésité, 2019.

Décret no 2022-846 du 1er juin 2022 relatif aux attributions du ministre des sports et des jeux Olympiques et Paralympiques.

BIBLIOGRAPHIE

Direction des sports, *Rapport relatif à l'effort financier dans le domaine du sport*, Annexe au PLF 2023.

EHRENBERG Alain, *La fatigue d'être soi : dépression et société*, Odile Jacob, Paris, 1998.

Fédération Française de Cardiologie, *Depuis 40 ans, les enfants ont perdu près de 25% de leur capacité cardio-vasculaire !. Communiqué de presse*, 2016.

GATEL Françoise, CORMIER-BOULIGEON François, *Faire de la France une vraie nation sportive*, 2019.

GAUTIER Christèle & al, *Evaluer les impacts socio-économiques du sport-santé en France*, Ministère des Sports, 2022

Haute Autorité de Santé, *Guide de promotion, consultation et prescription médicale d'activité physique et sportive pour la santé chez les adultes*, 2019.

HCAAM, *La prévention dans le système de soins. Organisation, territoires et financement*, 2018.

INJEP, *Baromètre national des pratiques sportives 2020*, 2021.

INJEP, *Baromètre national des pratiques sportives 2022*, 2023.

INSERM, *Activité physique – prévention et traitement des maladies chroniques, Expertise collective*, 2019.

INSERM, *Diabète de type 2. Un trouble du métabolisme principalement lié au mode de vie*, Dossiers, 2019.

JUANICO Régis, TAMARELLE-VERHAEGHE Marie, *Rapport d'information n°4400 sur l'évaluation des politiques de prévention en santé publique*, Assemblée Nationale, Quinzième législature, 2021.

LENZEN Benoît, & al. « L'éducation physique en temps de pandémie : quelles leçons en tirer pour le « monde d'après » ? », *Raisons éducatives*, vol. 26, no. 1, 2022, pp. 25-44.

LEPETIT Christophe (dir.), *Etude nationale sur les attentes et les besoins des acteurs du sport. Une ambition commune pour le sport de demain*, 2022, CDES.

BIBLIOGRAPHIE

LESUEUR Thomas (dir.), *L'intégration des bénéfices de santé liés à l'activité physique dans la conception des projets d'aménagement*, Théma, France Stratégie, 2022.

Lion, A. & al, «Effect of Elite Sport on Physical Activity Practice in the General Population: A Systematic Review», *Journal of Physical Activity and Health*, n°20(1), 2023, pp. 77-93

Ministère des Solidarités et de la Santé, *Fonds d'intervention régional. Rapport d'activité 2020*, 2021.

Ministère des Solidarités et de la Santé, Ministère des Sports, *Stratégie nationale sport santé 2019-2024*, 2019.

Ministère des Solidarités et de la Santé, *Plan national nutrition santé n°4 2019-2024*.

OMS, Actifs. *Module technique pour promouvoir l'activité physique*, 2018.

KATZMARZYK Peter T., FRIEDENREICH Christine, SHIROMA Eric J., & al, "Physical inactivity and non-communicable disease burden in low-income and middle-income and high-income countries", *British Journal of Sports Medicine*, n°56, 2022.

PERRIN Claire, « Construction du territoire professionnel de l'enseignant en Activité physique Adaptée dans le monde médical », *Santé publique*, 2016 (S1).

Santé publique France, *CoviPrev : une enquête pour suivre l'évolution des comportements et de la santé mentale pendant l'épidémie de COVID-19*, 2020.

Sénat, *Proposition de loi Démocratiser le sport en France*, 1ère lecture, Dossier législatif, 2022.

DURALI Serge, DIETSCH Guillaume, *Une histoire politique de l'EPS*, deboeck supérieur, Sciences et pratiques du sport, 2022.

TNS opinion & social, *Eurobaromètre 472. Sport et activité physique*, 2018.

TOUSSAINT Jean-François (dir.), *Rapport préparatoire au Plan National de Prévention par l'Activité Physique ou Sportive (PNAPS)*, Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative, 2008.

VIGARELLO Georges, *Histoire de la fatigue*, L'Univers Historique, Seuil, Paris, 2021.

VUILLEMIN Anne, « Place à la science » in Praznoczy. C (dir.), *Inégalités sociales et activité physique*, Debout l'info !, ONAPS, novembre 2016.

ANNEXE

Liste des personnes auditionnées

Avertissement : les points de vue et recommandations énoncées dans le présent rapport sont uniquement celles de l'auteur et ne sauraient en rien engager les personnes auditionnées ou leurs employeurs.

Stéphane Suzzoni – Directeur Général et associé chez Mon Stade, maison du sport santé co-financée par la mgen.

Frédéric Delannoy – Directeur technique national de la Fédération française du sport d'entreprise.

Gregory Czaplicki – Responsable de projets du groupe mutualiste vyv.

Anthony Aly – directeur de cabinet à la fédération Nationale de la Mutualité Française.

Cyril Cloup – Directeur de l'Association nationale des élus du sport.

Betty Charlier – Présidente de la Fédération française du sport pour tous, vice- présidente du CNOSF en charge de la santé et du sport pour tous – **Julien Grignon** – Responsable des projets sport santé et bien-être à la Fédération française du sport pour tous.

Alain Fuch – Président de l'association Azur sport santé, médecin conseiller auprès de la CNAM.

Bernard Andrieu – Philosophe et professeur en STAPS à l'université Paris Descartes, auteur de : *Histoire du sport santé. Du naturisme à la médecine du bien-être.* aux éditions de l'Harmattan.

Nicolas Guillet – Directeur technique de l'association Côte Basque Sport Santé.

Clément Perrier – docteur en sciences politiques, auteur de la thèse *L'État actif. Une analyse de l'activité physique comme nouvelle catégorie d'action publique (2001-2017).*

Emmanuelle Bonnet Oulaldj – Présidente de la Fédération sportive et gymnique du travail.

Alexandre Feltz – médecin généraliste, maire adjoint à la mairie de Strasbourg en charge de la santé, coordinateur national du réseau Villes santé de l'OMS.

Christèle Gautier – Cheffe du bureau de l'élaboration des politiques publiques du sport au ministère des Sports et chargée du suivi de la SNSS.

Régis Juanico – Député honoraire de la Loire.

de