



Plans régionaux sport-santé bien-être

Bilan de l'enquête portant sur les plans régionaux sport santé bien-être 2014

La promotion des activités physiques et sportives (APS) comme facteur de santé était, jusqu'en 2012, principalement prise en considération au niveau national, via les plans et programmes nationaux de santé publique auxquels a contribué le ministère en charge des sports. Les APS venaient donc en appui de la prise en charge des publics en fonction des problématiques de santé concernées par ces plans.

En 2012, les ministres chargés des sports et de la santé ont décidé de valoriser, en tant que tel, les activités physiques et sportives comme facteur de santé. Elles en ont fait l'une de leurs priorités. Le plan national sport-santé bien-être est la traduction de cet engagement. Il a permis, pour la toute première fois, de promouvoir, en tant que telles, les activités physiques et sportives (APS) comme facteur de santé pour tous et à tous les âges de la vie.

Ce plan a été décliné en 2013 au niveau de chaque région par les directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS) et les agences régionales de santé (ARS), autour des axes stratégiques suivants :

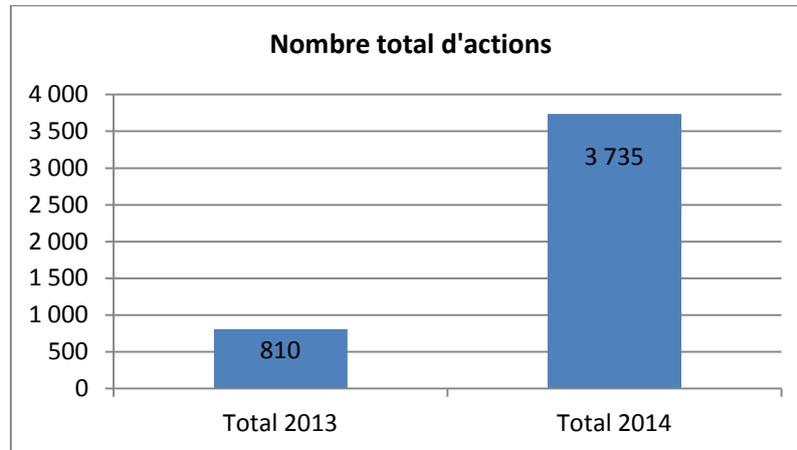
- ✓ Promouvoir et développer la pratique des APS (particulièrement de loisir) :
 - pour les personnes atteintes de maladies chroniques non transmissibles ;
 - pour les personnes avançant en âge, quel que soit leur lieu de vie et quel que soit le degré de perte de leurs capacités ;
 - pour les personnes en situation de handicap quel que soit leur lieu de vie, en intégrant les APS dans les plans personnalisés de compensation et dans les projets d'établissements.
- ✓ Généraliser et professionnaliser les APS en EHPAD
- ✓ Renforcer la prise en compte de la promotion de l'APS comme facteur de santé au sein de la politique de la ville en mettant en cohérence les politiques publiques de prévention avec le soutien de l'assurance maladie
- ✓ Initier de nouveaux partenariats publics et privés

Les DRJSCS avaient toute latitude pour formaliser leur plan régional sport santé bien être dans le respect de l'instruction interministérielle DS/DSB2/SG/DGS/DGCS/2012/434 du 24 décembre 2012

2014 constitue donc la deuxième année d'application de ce plan au niveau régional. Le présent bilan permet ainsi de tirer les premiers enseignements en termes d'appropriation de la problématique relative à la promotion des APS comme facteur de santé.

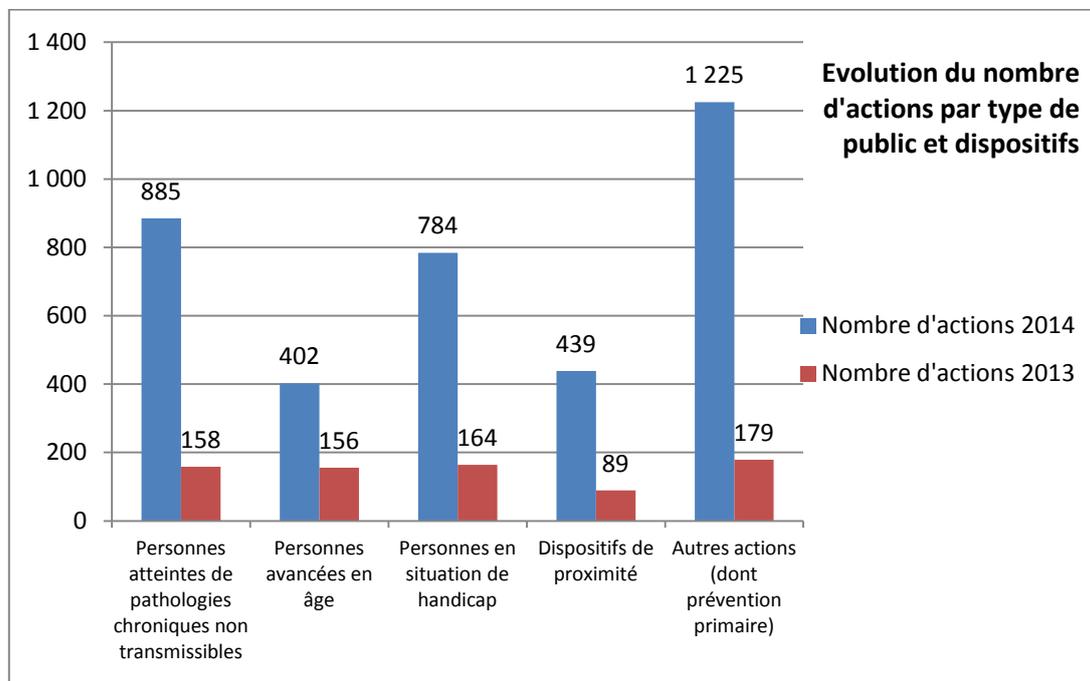
A. Les actions et le nombre de personnes bénéficiaires

1) Les actions mises en œuvre

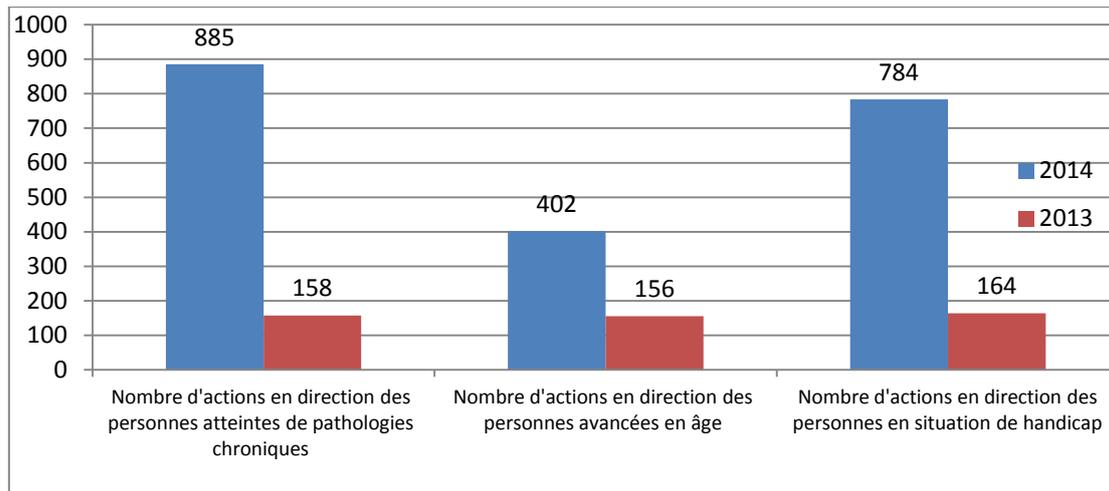


3 735 actions ont été recensées en 2014. Il s'agit d'actions mises en œuvre au niveau territorial, que ce soit sous l'impulsion des DRJSCS et des ARS ou d'autres acteurs, telles que les associations sportives et les collectivités territoriales.

Ces actions ont notamment bénéficié d'un soutien financier de la part du Centre national du développement du sport (CNDS), du fonds d'intervention régional (FIR), des agences régionales de santé et des collectivités locales.



La différence importante du nombre d'actions recensées en 2013 et 2014 s'explique par un changement de périmètre. Pour 2013, l'évaluation visait à identifier des actions considérées comme significatives. Pour 2014, il a été décidé de recenser l'ensemble des actions entrant dans le champ des plans régionaux.

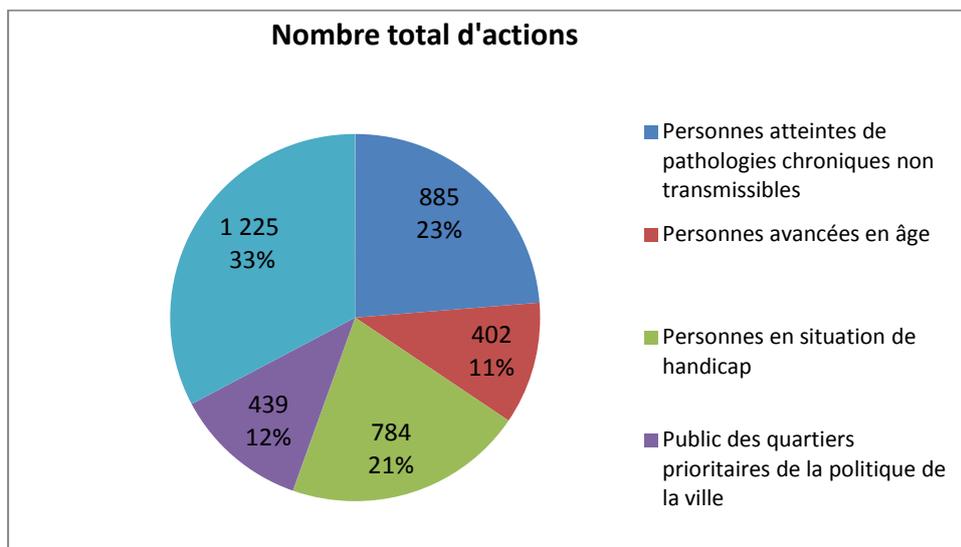


2071 actions mises en place visaient des publics à besoins spécifiques :

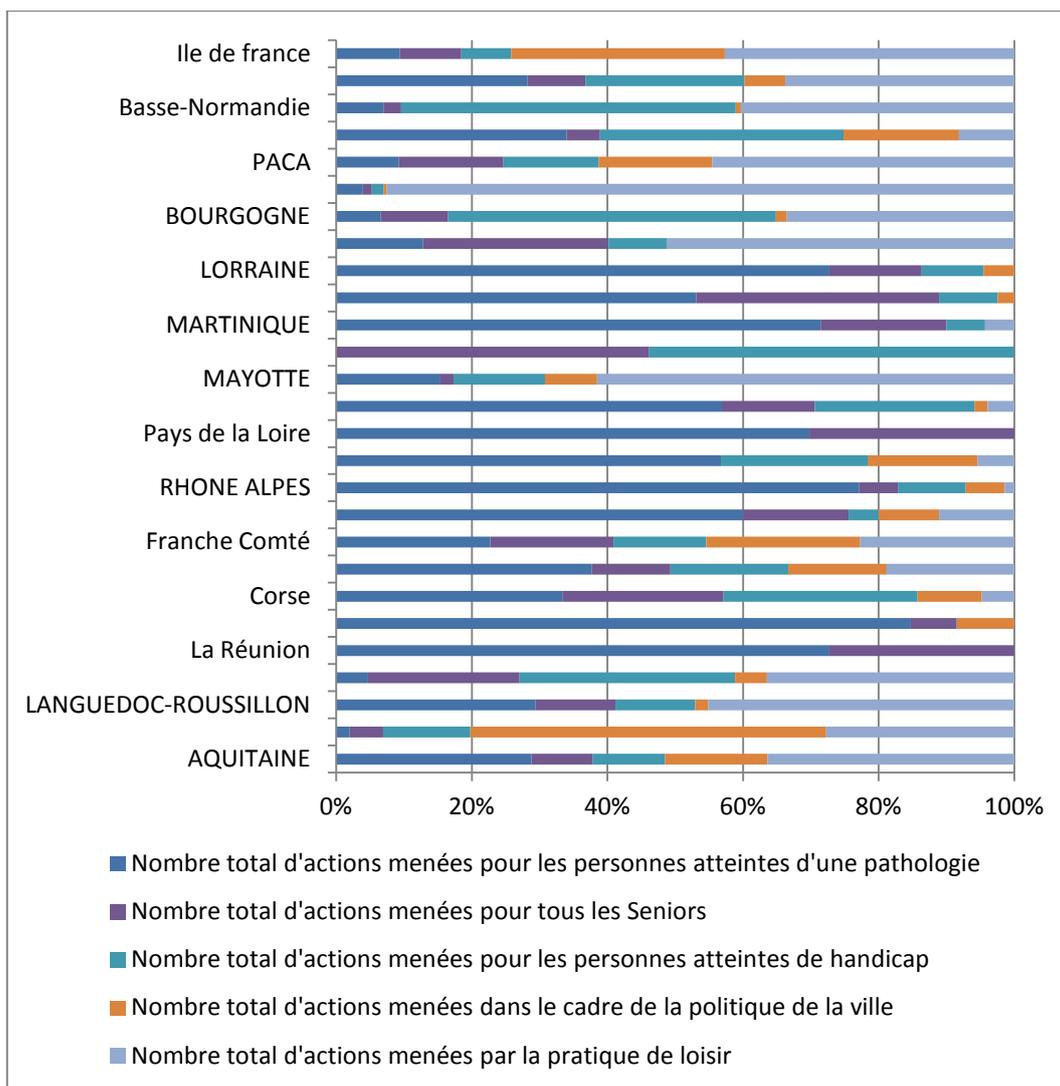
- personnes atteintes d'une pathologie chronique non transmissible (cancers, diabète, obésité, maladies cardio-vasculaires, broncho- pneumopathies chroniques obstructives (BPCO)...)
- seniors ;
- personnes en situation de handicap.

Elles représentent 55% de la totalité des actions engagées. Les 45% restants correspondent à des actions en direction du grand public ou mises en place dans le cadre de la politique de la ville. Par rapport à 2013, cette proportion reste donc toujours importante quoique légèrement plus faible (478 actions en 2013, soit 59,2 % du total des actions menées).

Cela traduit une attente de la part des publics pour ce type d'offres et, par là même, une prise de conscience des bienfaits d'une APS, en particulier pour les personnes atteintes de pathologie chronique et en situation de handicap.



Par ailleurs, compte tenu des particularités de chaque territoire, on observe que la nature des actions mises en œuvre, même si celles-ci restent en adéquation avec les axes prioritaires définis par le ministre, est très variable d'une région à une autre.



2) Les personnes bénéficiaires

a) Les personnes bénéficiant d’offres de pratique en prévention primaire

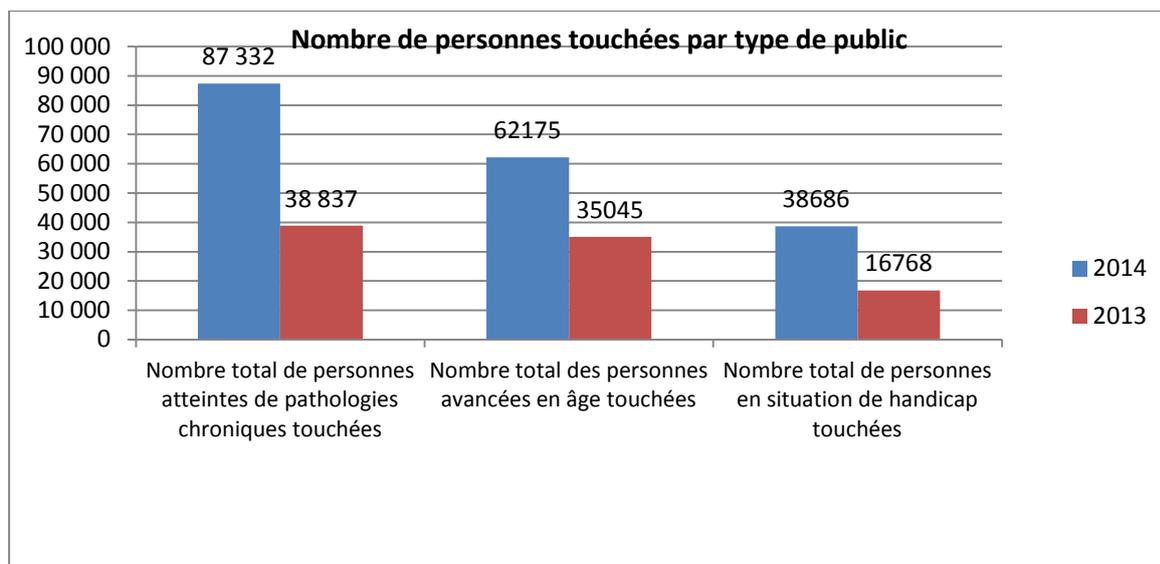
300 546 personnes ont bénéficié d’actions de promotion d’une APS comme facteur de santé en 2014 au titre d’une offre dite de loisir.

Le nombre de bénéficiaires est supérieur de 31,5% au chiffre de l’année précédente. Ils représentent légèrement plus de la moitié des personnes prises en charge en 2014, contre 60% en 2013.

b) Les personnes à besoins spécifiques

Les personnes identifiées à « besoins spécifiques » ayant bénéficié d’une offre d’APS par le biais de structures adaptées sont au nombre de 188 193. Leur nombre a évolué de manière significative par rapport à 2013 et correspond à 62 % des personnes touchées (contre 40 % en 2013).

Les trois catégories de populations (séniors, personnes en situation de handicap, personnes atteintes d’une pathologie chronique) ont vu leur nombre augmenter par rapport à l’année précédente, mais dans des proportions différentes, sans qu’il soit possible à ce stade d’en identifier clairement les raisons.



Personnes avançant en âge

Cette population est composée de personnes de 60 ans et plus. Les actions en faveur de ce public représentent 19,4 % des actions développées en faveur de publics à besoin spécifique et près de 11% de la totalité des actions engagées. Le nombre de personnes concernées représente 32% de la population dite « à besoins spécifiques ». Les prises en charge se font principalement dans le cadre d'associations sportives, voire à domicile. Ainsi, près de 58160 personnes ont été prises en charge dans ce cadre.

Personnes atteintes d'une pathologie chronique

Au regard des bienfaits de la pratique d'une activité physique et sportive dans le cadre de la prévention secondaire et tertiaire, l'une des priorités du plan consiste à accompagner les personnes atteintes d'une pathologie chronique. Figurent dans cette rubrique les actions dédiées à une pathologie spécifique, mais également des actions répertoriées « toutes pathologies chroniques », c'est-à-dire celles concernant des personnes atteintes de l'une des pathologies suivantes : cancer, diabète, obésité, maladies cardio-vasculaires ou broncho pneumo constructive obstructives.

Les actions répertoriées, au nombre de 885, représentent 43% des actions mises en place en faveur de publics à besoin spécifique et 21% de l'ensemble des actions. 87 332 personnes atteintes d'une pathologie chronique ont pu bénéficier d'une offre d'APS, soit la moitié des personnes à besoins spécifiques (contre 38 800 en 2013).

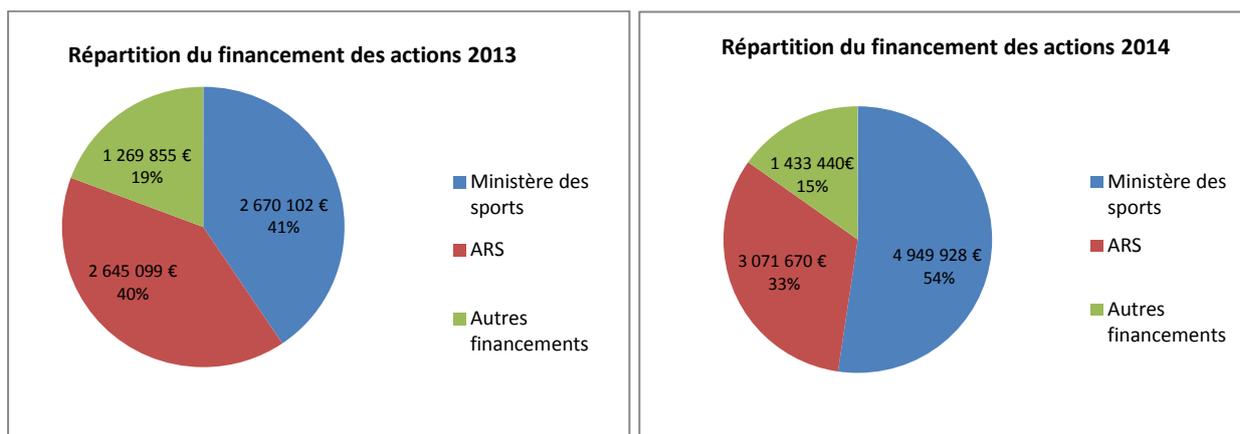
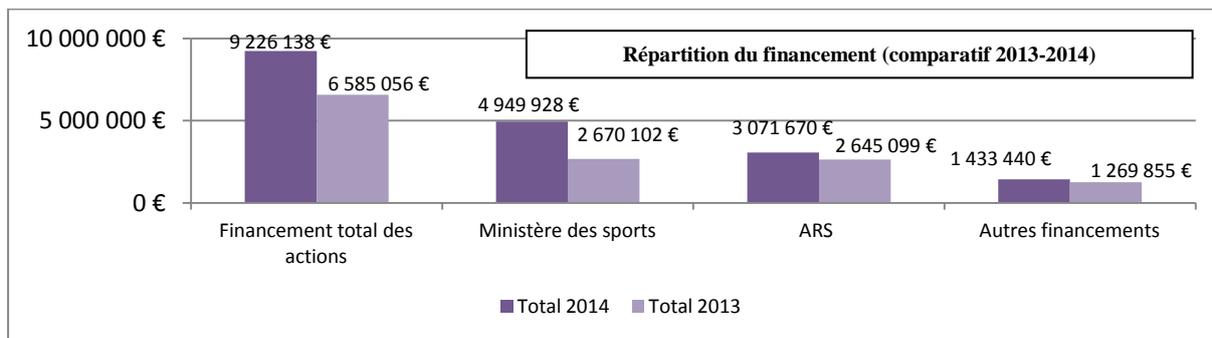
Personnes en situation de handicap

38 686 personnes en situation de handicap ont fait l'objet d'une prise en charge et 784 actions ont été mises en place en 2014 (soit 38% des actions concernant les publics à besoins spécifiques).

B. Le financement des actions

9,2 M € ont été mobilisés pour soutenir les actions mises en œuvre en 2014, contre 6,6 M € en 2013.

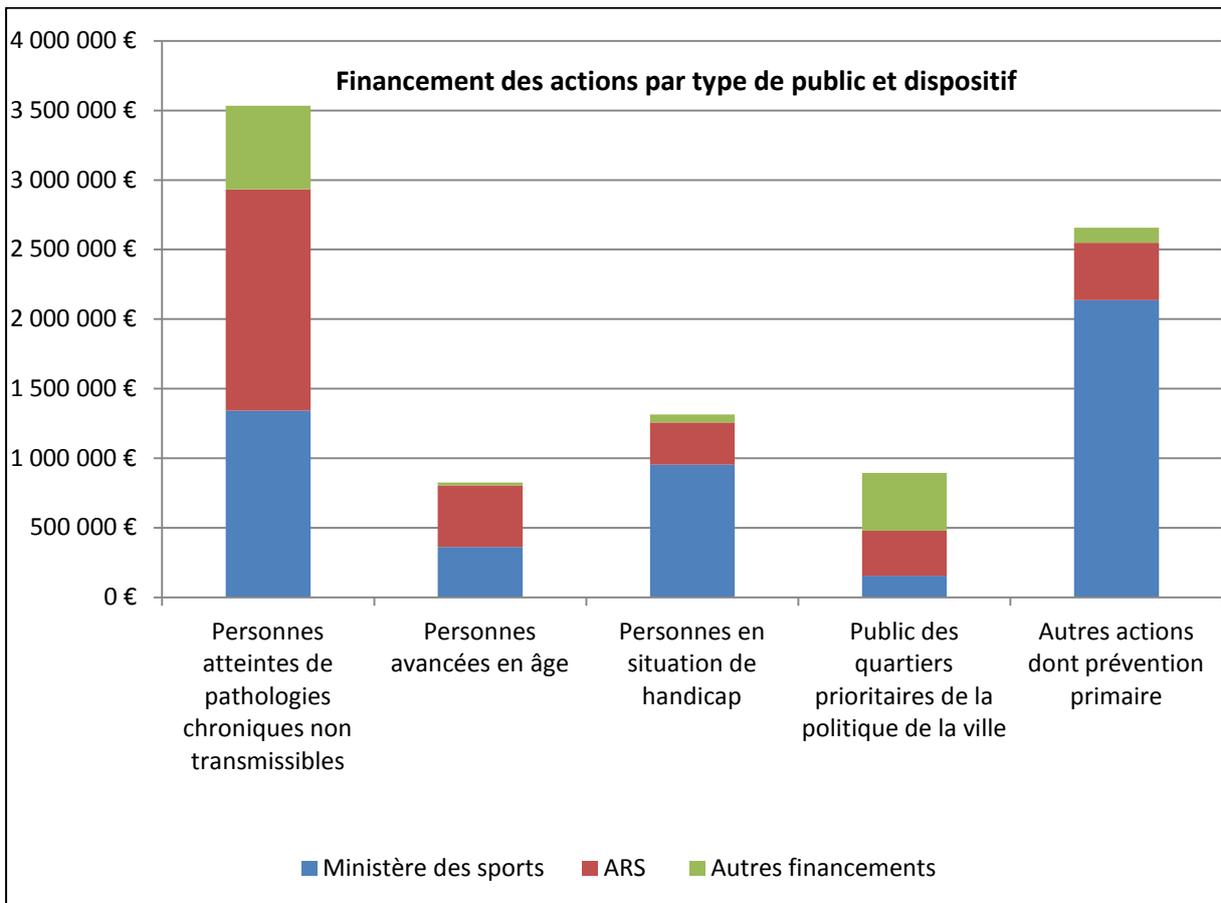
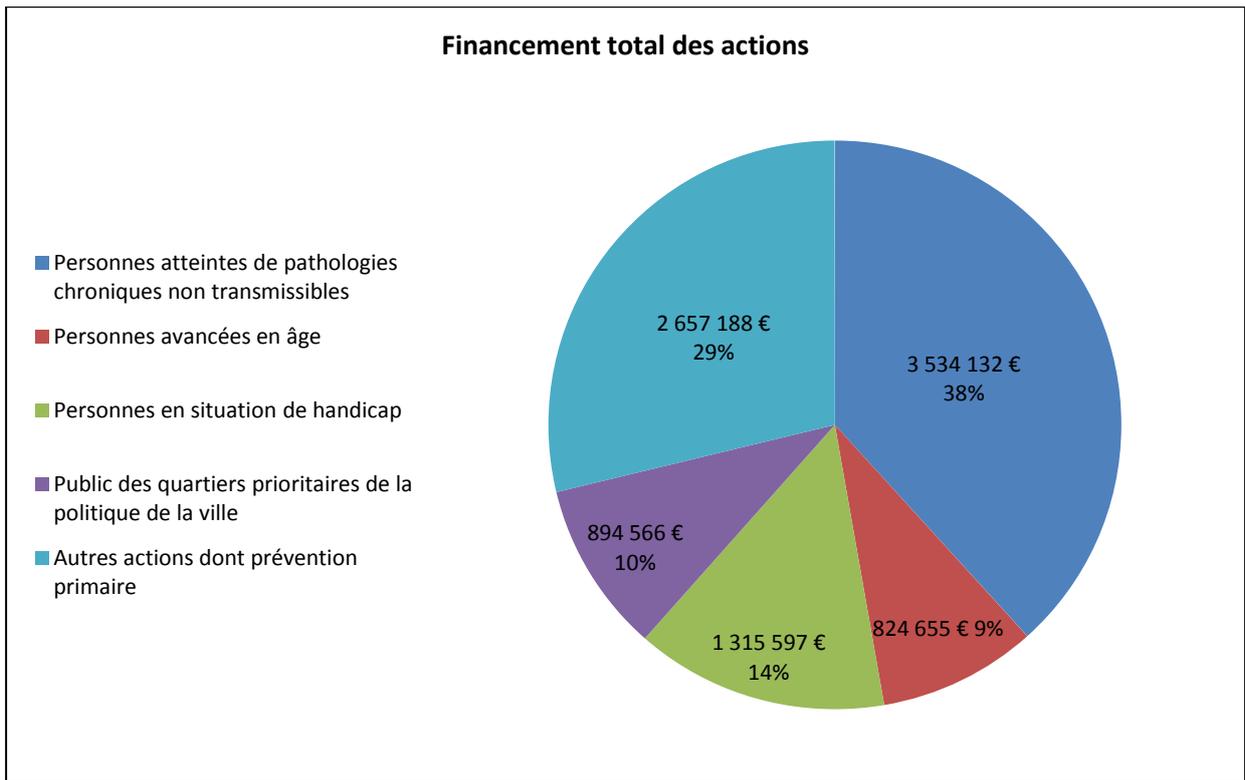
Ces financements proviennent principalement de l'Etat (à hauteur de 85%), mais également des collectivités locales et du secteur privé. Le CNDS est intervenu, au titre de l'Etat, pour près de 5 M € (soit une augmentation de plus 66% par rapport à 2013) et le FIR (ARS) pour 3 M € (+15% par rapport à 2013). L'Etat intervient également hors CNDS, au titre du BOP 219. Il est précisé que les ARS peuvent par ailleurs participer au financement des actions via des instruments autres que le FIR.



Le montant moyen des subventions versées en 2014 est de 2 532 euros par action et de 31.45 euros par personne.

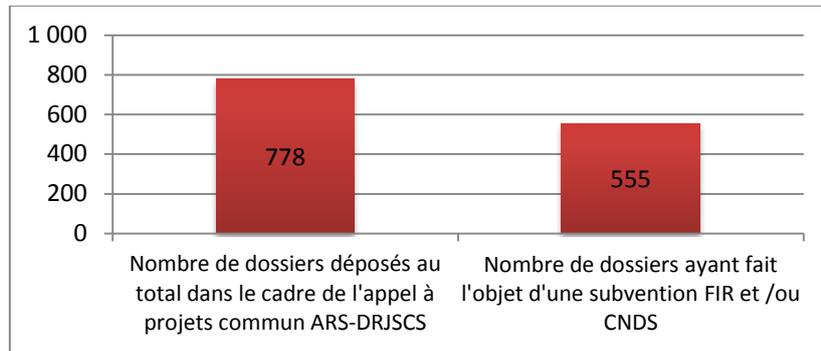
On peut noter que la part la plus importante des financements est destinée aux actions en direction des personnes atteintes de pathologies chroniques non transmissibles, alors même que les actions qui ont été développées dans ce domaine ne sont pas les plus nombreuses. Cette concentration des financements s'explique par les moyens plus complexes que nécessite la prise en charge de personnes atteintes d'une pathologie chronique.

Le financement des actions relatives à la pratique d'APS de loisir est en seconde position.



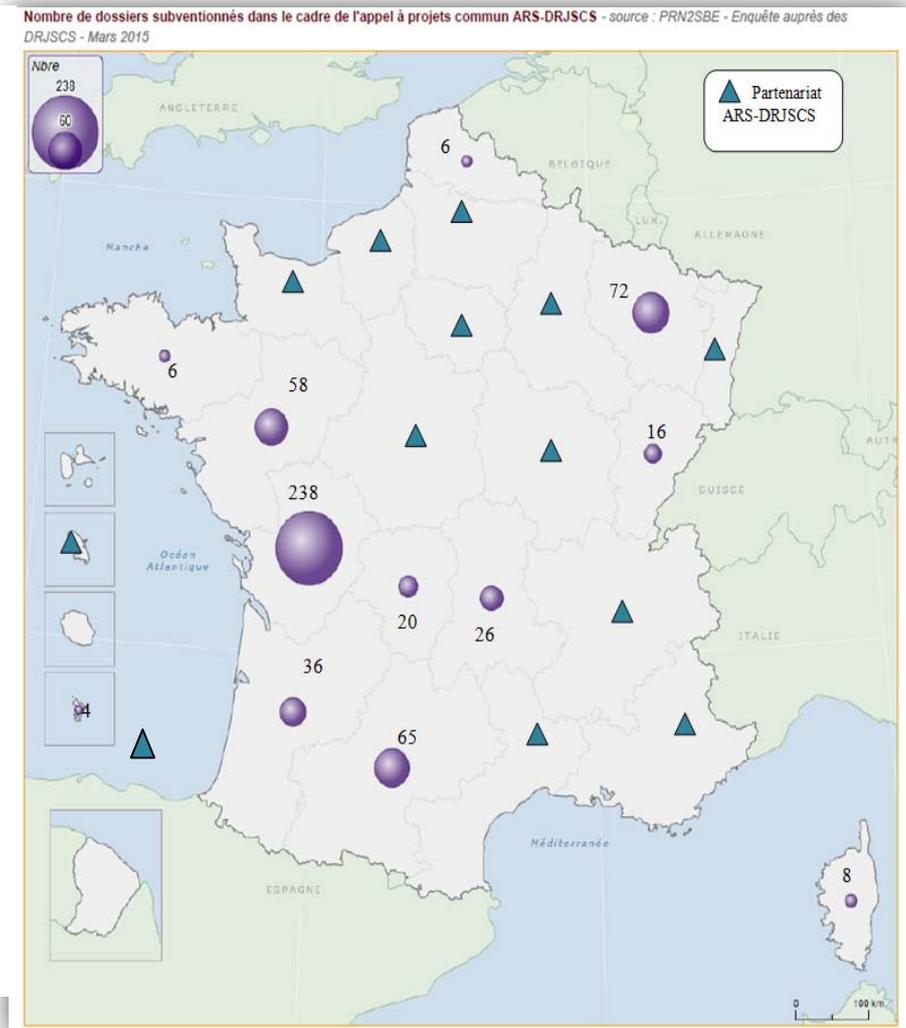
C. Cartographie relative au nombre de dossiers financés dans le cadre de l'appel à projets commun ARS-DRJSCS

Sur les 778 dossiers qui ont été déposés dans le cadre de l'appel à projets commun ARS-DRJSCS, 555 ont fait l'objet d'une subvention des ARS et /ou du CNDS. Il est précisé que les dossiers présentés ont pu concerner plusieurs actions. Il convient, en outre, d'avoir à l'esprit que ces appels à projets ne représentent pas une condition exclusive pour prétendre à un soutien financier au titre du plan régional sport santé bien être. Des projets ont donc pu être mis en œuvre sans financement des ARS ou du CNDS.



Les appels à projets communs ARS-DRJSCS ont été organisés dans 12 régions.

Les autres régions ont, quant à elles, instauré d'autres formes de collaboration, comme la définition commune des besoins en offre, le développement de labels « sports santé bien être », (lesquels permettent de valoriser des actions et signifier ainsi qu'elles disposent d'une reconnaissance de la part de ces deux institutions) ou encore la participation à la sélection des projets, organisée par l'une ou l'autre de ces institutions.



D. Modalités de suivi des plans régionaux par les DRJSCS

Quasiment toutes les DRJSCS ont mis en place un dispositif de suivi relatif à la mise en œuvre de leur plan régional.

Présentation du plan régional au mouvement sportif

La quasi-totalité des DRJSCS ont présenté leur plan au mouvement sportif (CROS et ligues), et seulement 5 régions ne l'ont pas fait.

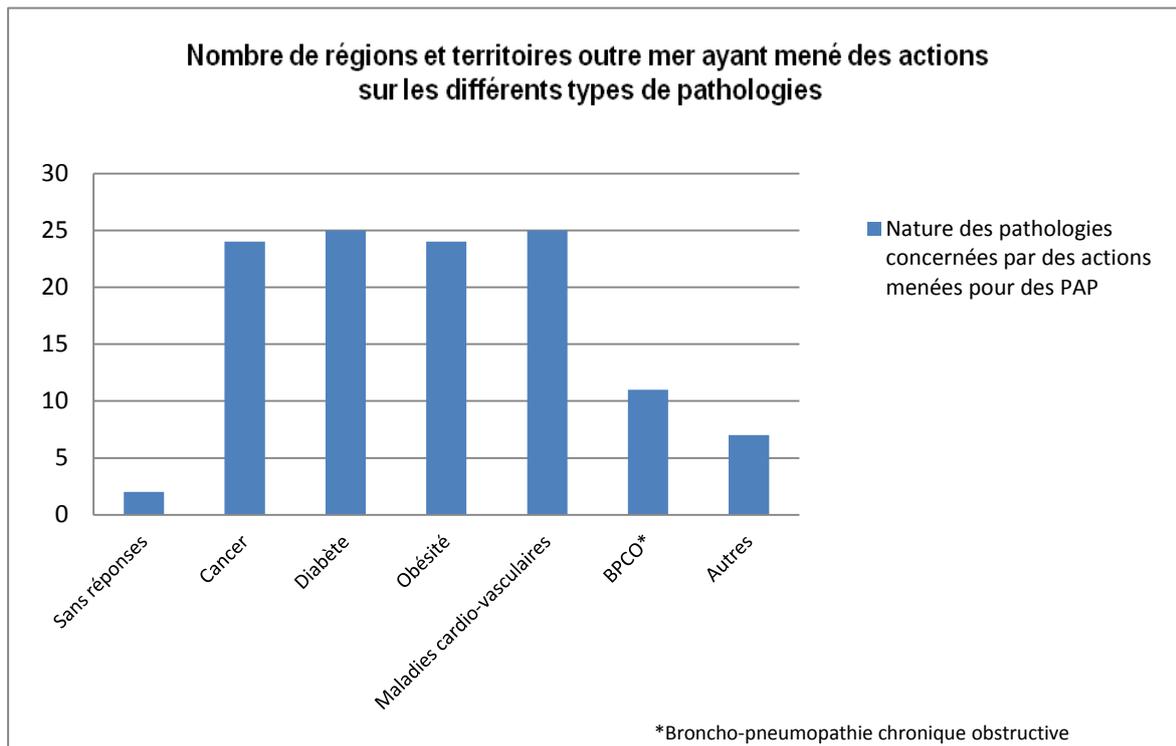
On note que des difficultés de coordination entre les différents acteurs peuvent nuire à l'efficacité des actions.



E. Les atouts et facteurs limitant le développement des actions

1. Les personnes atteintes de pathologies chroniques

Seules deux régions n'ont pas répondu. Toutes celles ayant répondu disposent en revanche d'actions visant à prendre en charge des personnes atteintes de pathologies chroniques. Ces offres concernent principalement les pathologies les plus fréquentes : cancer, diabète, maladies cardio-vasculaires et l'obésité.



- **Les atouts :**

- le sport-santé est mieux appréhendé lorsque les fédérations ont un programme national sport-santé que les associations peuvent décliner ;

- le travail partenarial entre les différents acteurs facilite l'expertise des demandes de subventions et favorise la construction des projets mieux conçus.

- **Les facteurs limitant le développement :**

- le mode de financement annuel représente, pour certaines régions, un frein à la pérennisation des actions ;

- la thématique sport-santé est parfois perçue comme une thématique trop complexe par les porteurs de projet ce qui peut limiter le nombre d'associations sportives qui s'investissent dans le champ de la santé ;

- le manque de créneaux disponibles dans les installations sportives peut limiter l'accroissement de l'offre.

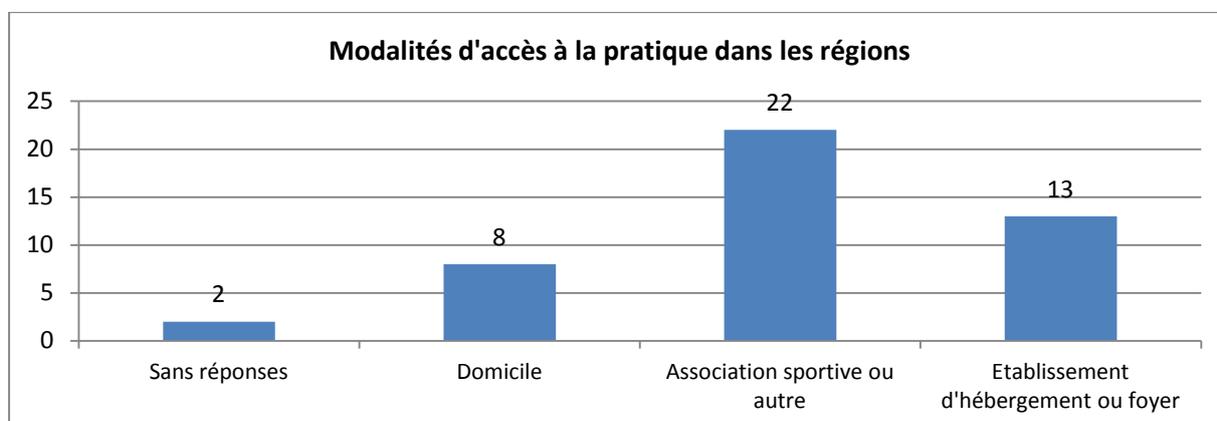
Préconisations

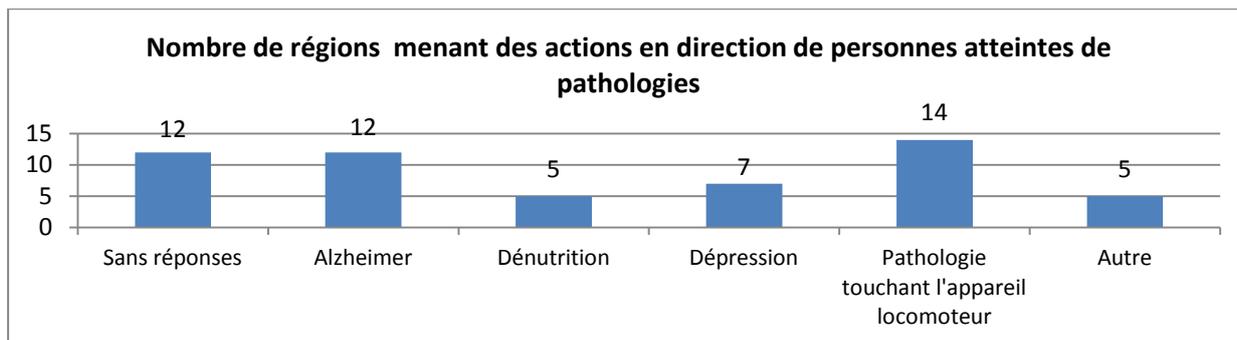
- Le manque de maîtrise des notions de prévention primaire, secondaire et tertiaire fait parfois obstacle à la compréhension du contenu des actions. Il semble nécessaire de mieux communiquer sur ces définitions auprès de porteurs de projets.

- Le travail partenarial et pluridisciplinaire permet la mise en place d'actions plus intéressantes. C'est donc un mode organisationnel qu'il faut favoriser.

2. Les personnes avancées en âge

Deux régions n'ont pas répondu. L'ensemble des régions ayant répondu ont une offre d'activités à destination des séniors. Celle-ci est assurée principalement à domicile ou au sein de structures associatives. 17 régions ont des actions proposant ce type d'offres à domicile, dans des structures ou en établissements d'hébergements, 7 uniquement à domicile ou dans des structures et 2 seulement en établissements d'hébergement.





Parmi les régions ayant répondu ; 12 ne sont pas en mesure de se prononcer sur la nature des pathologies dont peuvent souffrir les personnes âgées.

- **Les atouts :**

- l'hébergement en établissement spécialisé est de nature à favoriser l'offre auprès de ce public ;
- les appels à projets CNDS et ARS permettent de multiplier les personnes touchées ;
- la prise en compte des différents besoins liés aux spécificités de ce public se généralise.

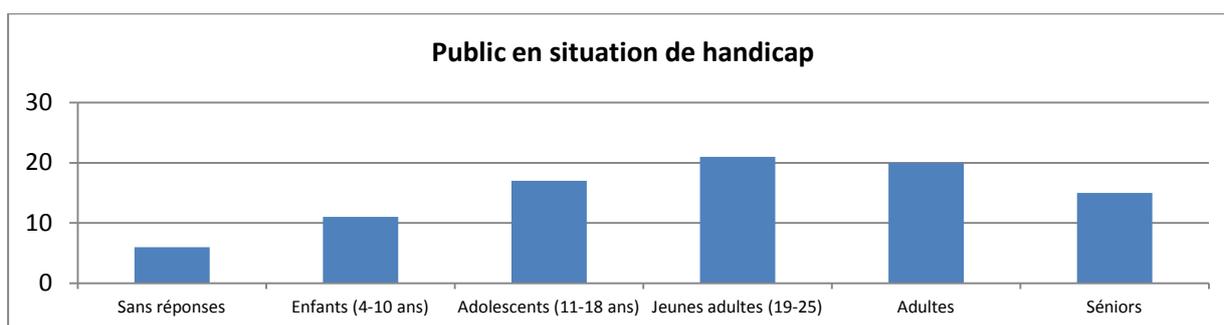
- **Les facteurs limitant le développement :**

- il est difficile de toucher les personnes âgées isolées ;
- l'engagement des collectivités locales dans le développement de cette offre est un élément facilitateur dès lors qu'elles l'inscrivent dans leurs projets territoriaux ;
- les activités physiques et sportives ne sont pas toujours perçues comme une priorité dans certains établissements spécialisés, notamment parce que leurs bienfaits sont méconnus ou encore par manque de moyens.

Préconisations

- Encourager les organismes et instances accompagnant les personnes avancées en âge à s'impliquer dans le suivi du plan SSBE (caisse de retraite, caisse complémentaire, CCAS...).
- Inciter les clubs sportifs à se mettre en relation avec les établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes.
- Accompagner les communes dans la mise en place de programmes à destination des seniors.

3. Les personnes en situation de handicap



- **Les atouts :**

- les actions dans lesquelles le public handicapé est intégré favorisent la mixité (la pratique de personnes handicapées avec des personnes valides) dans la durée.

- **Les facteurs limitant le développement :**

- la prise en compte de ce public est complexe à mener en raison de la diversité même des handicaps. Les problèmes de santé des personnes en situation de handicap rendent encore plus complexe la prise en charge du fait de leurs spécificités, de leurs diversités et du niveau de handicap ;

- les actions mises en œuvre à destination des publics handicapés prennent rarement en compte les problématiques de santé qu'ils peuvent rencontrer. Il s'agit principalement d'activités de loisir. A ce titre, cet axe n'a pas été retenu par certaines régions compte tenu du risque de confusion entre sport pour tous, sport de loisir et sport santé ;

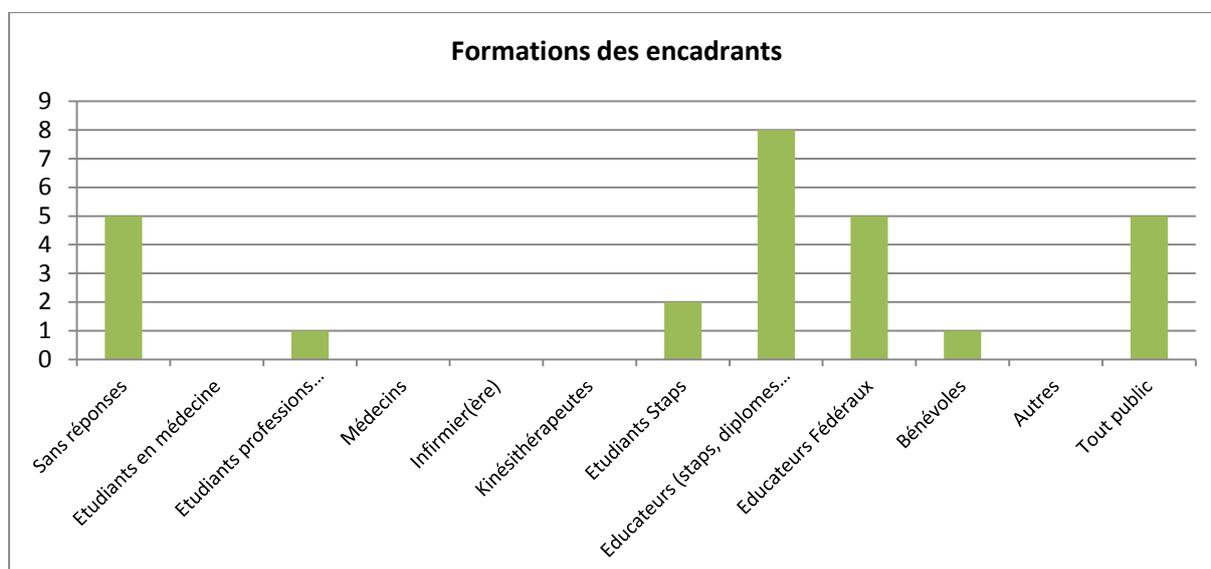
Préconisations

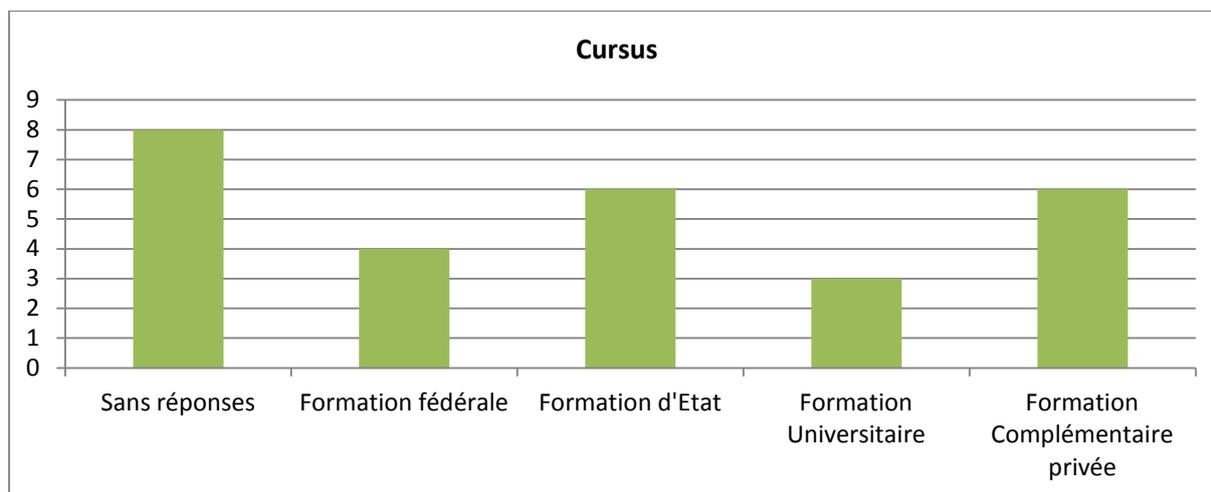
- Encourager les personnels des structures d'accueil à inscrire une activité physique régulière dans leur projet d'établissement.

- Définir la notion de sport santé chez le public en situation de handicap.

- Recenser les différents types de handicap des personnes qui ont bénéficié d'actions sport santé afin d'identifier les pistes de développement à encourager.

4) La formation





- **Les atouts :**

- les porteurs de projet ont conscience de la nécessité, pour les encadrants, de posséder les compétences adéquates lorsqu'il s'agit de proposer une offre sport santé aux publics à besoins particuliers. La demande de terrain est importante.

- **Les facteurs limitant le développement :**

- outre les formations proposées par les universités STAPS et quelques fédérations, les formations sport santé sont trop peu développées et peu connues ;

- le déficit de connaissance des problématiques de santé rend l'engagement des clubs sportifs limité. Les possibilités de formation en direction des personnes susceptibles de mettre en place des actions à l'attention des personnes « très âgées » sont insuffisantes ;

- le coût des formations d'encadrants impacte de façon considérable les projets et constitue, par conséquent, un frein à la mise en place d'actions.

Préconisations

- Mener une réflexion sur la question de la formation à la prise en charge des différents publics afin d'offrir un cadre national de formation.

- Recenser l'ensemble des formations existantes sur le territoire afin d'en faciliter l'accès.

Conclusion

Le bilan des plans régionaux fait apparaître plusieurs axes de développement et nous conduit à proposer une dizaine de préconisations.

Tout d'abord, il semble opportun de consolider les réseaux et de développer des synergies entre tous les acteurs sport santé. Par exemple, créer des instances de concertation inter-acteurs afin de coordonner les actions de chacun serait un moyen de favoriser cette dynamique. Le travail pluridisciplinaire doit être encouragé afin de mieux structurer les actions.

Les plans régionaux incitent à une expertise commune ARS-DRJSCS qui conduit à une analyse partagée. On peut regretter cependant une certaine disparité dans le mode organisationnel entre les régions.

Il ressort cependant de ce bilan une certaine forme d'inquiétude quant à la pérennisation des actions compte tenu des financements engagés, pour la majorité des territoires, de façon annuelle. Orienter les réseaux vers une contractualisation pluriannuelle avec les porteurs de projets permettrait de sécuriser les financements et d'inscrire les initiatives dans le temps.

Les notions de prévention primaire, secondaire et tertiaire dans le champ du sport santé doivent être précisées et portées à la connaissance du plus grand nombre, ceci afin de mieux orienter le contenu des actions et de mieux les mettre en adéquation avec les besoins et objectifs visés. Compte tenu du niveau d'expertise nécessaire dans la prise en charge des publics à besoins particuliers dans un programme sport santé, il semble opportun de s'interroger sur, d'une part, la formation des encadrants sportifs et, d'autre part, la professionnalisation qui en découle.

Par ailleurs, les modes de vie précaires et les problématiques de santé qui en résultent, notamment dans les territoires ruraux ou encore ultra marins, font de ce public une cible qui nécessite une attention particulière.

Les porteurs de projets rencontrent parfois des difficultés à optimiser leurs actions par manque de mobilisation du public. Une réflexion est à mener sur les modes de communication pour favoriser l'accès aux offres sport santé pour le plus grand nombre.

Enfin, la question de l'évaluation des plans régionaux est cruciale. Il est nécessaire de mener une réflexion afin de proposer un cadre d'évaluation qui permette de mieux évaluer l'efficacité des plans régionaux et d'aboutir à une analyse plus précise des stratégies régionales.