



Numéro 18, septembre 2020

*La parole est donnée à ...* est une rubrique de la lettre électronique de l'Onaps. Retrouvez la lettre électronique dans son intégralité sur le site internet de l'Onaps : <http://www.onaps.fr/Etudes-de-l-onaps/les-periodiques-de-l-onaps/lettre-electronique/>

#### **LA PAROLE EST DONNÉE À... Clément Perrier**

Ce mois-ci, rencontre avec Clément Perrier, doctorant en science politique aux laboratoires Pacte (Sciences-Po Grenoble) et L-VIS (Université Lyon 1), Trésorier de l'Institut ReCAPPS (Recherche Collaborative sur l'Activité Physique et la Promotion de la Santé), Président de la commission basket santé de la Ligue Auvergne-Rhône-Alpes de basketball, expert pour la Haute Autorité de Santé (HAS) et membre du conseil scientifique de la Stratégie Nationale Sport Santé 2019-2024.

*Vous êtes doctorant sur des questions de santé publique par l'activité physique et sportive. Pouvez-vous présenter vos travaux, ainsi que vos missions d'expertise pour la HAS ?*

Mes travaux de thèse portent sur la construction de l'activité physique comme catégorie d'action publique. L'objectif est de comprendre comment la mise en mouvement de la population devient un enjeu pour l'État, plus spécifiquement comment et pourquoi on a fait de l'activité physique un outil de santé publique. Dans un premier temps, il s'agit de comprendre comment, socio-historiquement, les différentes politiques publiques qui concernent l'activité physique à visée de santé ont été construites. Dans un second temps, il s'agit d'interroger spécifiquement la construction de la loi de modernisation de notre système de santé<sup>1</sup>, en particulier l'article qui porte sur la prescription de l'activité physique, en cherchant à comprendre comment elle s'est construite et autour de quels réseaux d'acteurs. Cette thèse est rattachée au laboratoire Pacte à Grenoble sous la direction de Frédéric Gonthier, où elle s'intègre aux travaux sur l'analyse de l'action publique, et au laboratoire L-VIS à Lyon sous la direction de Claire Perrin, pour l'aspect recherche sur la vulnérabilité et les liens entre activités physiques et sportives et santé.

Par ailleurs, face à la loi de modernisation de notre système de santé et l'inscription de la prescription d'activité physique par les médecins traitants, la HAS a construit en 2019 un référentiel d'aide à la prescription à disposition des médecins<sup>2</sup>. J'ai participé au groupe de travail qui a construit ce référentiel et qui réunissait des experts de différentes spécialités médicales, différents groupes professionnels ainsi que des sociologues, avec pour objectif de donner des outils et un protocole pour faciliter la

---

<sup>1</sup><https://www.legifrance.gouv.fr/affichLoiPubliee.do?idDocument=JORFDOLE000029589477&type=general&legislature=14>

<sup>2</sup> [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2876862/fr/promotion-consultation-et-prescription-medicale-d-activite-physique-et-sportive-pour-la-sante](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2876862/fr/promotion-consultation-et-prescription-medicale-d-activite-physique-et-sportive-pour-la-sante)

prescription par le médecin. Cela est particulièrement important étant donné que la grande majorité des médecins n'ont jamais été formés, ou très peu, à l'activité physique et à son intégration dans le parcours de soins des patients. Notre travail a été de penser la prescription et de comprendre comment elle peut se faire de façon efficiente et réelle. Car il ne suffit pas de dire aux gens de faire du sport pour qu'ils en fassent. La pratique sportive est avant tout une pratique culturelle ; la capacité à mettre régulièrement son corps en mouvement dépend des parcours de vie, du rapport à son propre corps, au mouvement, au sport, à un grand nombre de socialisations antérieures et dépasse donc largement le spectre objectivable individuellement. La simple recommandation d'un médecin ne suffit à ce titre pas à mettre en jeu une nouvelle pratique physique corporelle qui soit durable, si elle ne prend pas appui sur les envies et les capacités du patient mais aussi sur d'autres professionnels compétents et formés. Il me semble important, que ce soit dans le cadre des travaux de la HAS ou en règle générale, de rappeler cela et d'essayer d'expliquer comment penser une mise en activité qui soit pérenne, adaptée au patient et prenant corps dans son cadre de vie.

### *Quelle définition donnez-vous des politiques publiques de santé par l'activité physique ?*

De façon très large, les politiques publiques sont l'ensemble des textes produits par l'État, entendu au sens de l'ensemble des institutions étatiques et de ses acteurs, pour orienter les conduites des individus sur un territoire, qu'ils soient coercitifs ou non. Les politiques publiques de santé sont donc toutes celles qui cherchent à agir sur la santé au sens de l'Organisation Mondiale de la Santé, c'est-à-dire sur le bien-être physique, mental et social des populations. Ces textes, produits du niveau international au niveau local, peuvent être des plans, des recommandations etc. Mon domaine d'expertise concerne les politiques nationales de santé : à partir d'analyses sur la façon dont l'État régit un ensemble de questions sur un secteur ou « champ » du monde social, en l'occurrence celui de la santé, j'essaie de comprendre comment il organise les parcours de vie et les parcours de soins pour permettre théoriquement aux individus d'améliorer ou de maintenir leur santé. Je m'intéresse particulièrement aux politiques publiques de santé qui intègrent l'activité physique, c'est-à-dire celles qui utilisent la mise en mouvement des populations pour atteindre des objectifs de santé.

### *Comment les activités physiques et sportives ont-elles émergé dans les politiques publiques, et quels sont les principaux acteurs ?*

C'est toujours difficile de dire précisément comment une question devient un problème public, c'est la rencontre de nombreux facteurs et d'agendas concomitants. Cela étant, on note que les expressions « un esprit sain dans un corps sain » ou encore « le sport c'est la santé » remontent à longtemps, et dès l'antiquité, on trouve des traces de philosophes et « savants » qui pensent la façon dont le mouvement permet de garantir un contrôle sain du corps, en maintenant un équilibre entre les absorptions et les dépenses énergétiques. Pour autant, le fait que l'État s'intéresse à l'activité physique, au sens de la mise en mouvement du corps et non pas de la pratique sportive, apparaît tardivement pour plusieurs raisons. D'abord la sédentarité n'est devenue un problème de santé publique que tardivement, notamment suite à la tertiarisation du travail et à l'évolution de nos modes de vie. Cela a entraîné, à partir des années 1970, ce qu'Omran (1971) qualifie de « transition épidémiologique », c'est-à-dire le passage d'une prépondérance des maladies aiguës à une prépondérance des maladies chroniques. On s'est rendu compte qu'une hausse considérable des

maladies chroniques est observée lorsque les gens sont moins en mouvement. Face à cela et à la complexité de maintenir des traitements efficaces sur des affections de longue durée, des experts de plusieurs spécialités médicales ont cherché à traiter leurs patients d'une nouvelle façon en intégrant des interventions non médicamenteuses, particulièrement en cardiologie et en diabétologie. Ils se sont rendu compte que le modèle médicamenteux sur lequel était fondé la médecine des maladies aiguës ne permettait pas de résoudre toutes les problématiques des malades chroniques à long terme et de les endiguer en prévention primaire, c'est-à-dire avant qu'elles apparaissent, mais également en prévention secondaire et tertiaire. Cela a donné naissance à des réseaux de santé puis à des initiatives menées par les collectivités locales, qui ont milité pour faire de l'activité physique une thérapeutique à part entière et n'ont cessé de se multiplier et de se développer jusqu'à aujourd'hui.

Parallèlement à partir du début des années 2000, de manière assez réduite dans le premier Programme National Nutrition Santé (PNNS) en 2001, puis de façon bien plus marquée dans le deuxième (2006), ainsi que dans le Plan National Bien Vieillir (2007) puis dans le Plan National de Prévention par l'Activité Physique ou Sportive (PNAPS) en 2008 qui n'aboutira jamais, on trouve les premières injonctions de l'État à la mise en mouvement des individus dans un objectif de santé publique. La question de la nutrition ne va plus se résumer seulement à l'alimentation mais également prendre en compte l'activité physique, avec l'idée qu'une attention particulière doit être portée aux deux, c'est-à-dire à une alimentation saine et variée ainsi qu'à une activité physique régulière et modérée. Progressivement, l'apport d'expertises françaises et internationales va montrer que l'activité physique en tant que telle peut avoir des bénéfices sanitaires importants, en prévention primaire mais également une fois que la maladie est apparue, en prévention secondaire et tertiaire pour éviter les complications et pathologies associées.

Ainsi et depuis lors, on observe un nombre continuellement croissant de politiques qui intègrent l'activité physique comme outil de santé. Du premier PNNS jusqu'à la loi de modernisation de notre système de santé et à la nouvelle Stratégie Nationale Sport-Santé, il y a eu une évolution réelle des politiques de santé, qui déploient aujourd'hui quasi-unanimement l'ambition de mettre en mouvement les corps, ce qui n'était absolument pas le cas il y a encore 20 ans.

Des professionnels « passerelles » entre les domaines du sport et de la santé sont également apparus depuis le début des années 1980 : les enseignants en activité physique adaptée (APA-S) formés dans les UFR STAPS. Ils font le lien entre la maîtrise de la mise en mouvement du corps et son adaptation aux besoins, aux envies et aux risques médicaux du patient. Ces professionnels ont contribué à l'émergence de la question de l'activité physique dans le parcours de santé du patient, en construisant des programmes à l'hôpital, de concours avec les médecins traitants et les différents spécialistes. On retrouve également les professionnels de santé, qui depuis longtemps ont intégré l'idée que la mise en mouvement du corps procure des bénéfices, notamment les kinésithérapeutes, les ergothérapeutes et les psychomotriciens, mais aussi le mouvement sportif affinitaire, et de façon plus récente le mouvement sportif délégataire.

*Pouvez-vous expliquer pourquoi l'activité physique et sportive est un enjeu pour les politiques publiques de santé ?*

Soyons honnêtes, il y a d'abord un problème économique : les maladies chroniques ont un coût de traitement important, et donc plus il y a de malades, plus cela coûte cher pour le système de santé dans son organisation actuelle. C'est un premier enjeu pour l'État qui est perpétuellement à la recherche d'une forme d'équilibre financier, ou en tout cas d'un endettement moindre. Il y a ensuite

un problème sanitaire pour les professionnels de santé et le corps politique : les ALD ont des conséquences très importantes sur la vie des populations touchées, et l'inactivité physique est devenue la première cause de mortalité évitable dans le monde. Le dernier rapport d'expertise collective de l'Inserm<sup>3</sup> a montré que pour la majorité des pathologies chroniques, l'activité physique permet à la fois de retarder leur apparition, mais également d'impacter positivement la santé, en prévention secondaire et tertiaire, c'est-à-dire une fois que la maladie est déclenchée, en complément de traitements médicamenteux. L'enjeu est important car si on arrive à faire en sorte que les gens soient plus en mouvement et pratiquent une activité physique ou sportive, il va y avoir des bénéfices certains sur leur santé et également sur le coût des traitements pour la sécurité sociale et l'assurance maladie. C'est cette combinaison qui, associée aux nombreuses expertises et aux revendications d'acteurs de terrain, explique l'intégration croissante de l'activité physique dans les politiques de santé.

### *Quels sont les enjeux dans le cadre de l'éducation thérapeutique du patient et de la prescription d'activité physique ?*

Comme je l'expliquais, l'inactivité physique a des coûts économiques et sanitaires extrêmement importants. L'objectif affiché de l'État, mais aussi des professionnels de santé, est donc de trouver des solutions multiples pour que l'activité physique puisse être accessible et réalisée par le plus grand nombre. L'éducation thérapeutique du patient (ETP), telle que nous la décrivons dans un article réalisé avec Claire Perrin<sup>4</sup>, est l'idée que le soignant doit s'appuyer sur les envies, les besoins, les capacités et les choix des patients, en prenant en compte leur travail de réconciliation identitaire à mesure qu'ils intègrent les nombreux défis auxquels les confrontent au quotidien la maladie. Il s'agit de mettre le patient et non plus la maladie au centre du discours et de la relation entre soignants et soignés. Qu'il soit médicamenteux ou non, plus le traitement sera adapté à l'individu, plus il sera accepté, plus il y a des chances que l'observance soit importante et surtout que cela s'intègre réellement dans sa vie et dans son parcours de santé.

C'est également le cas pour l'activité physique : la prescrire comme on prescrit un médicament n'a aucun sens puisque les activités physiques et sportives sont comme je le disais des pratiques culturelles, qui s'inscrivent dans des logiques et des constructions sociales. Si on prescrit une activité sportive à une personne sans prendre en compte cette dimension culturelle, c'est-à-dire ses représentations associées à la pratique, sa capacité effective à l'accepter et à l'apprécier, à mettre en mouvement son corps, alors on a toutes les chances d'échouer. Il est donc indispensable de construire la prescription avec le patient, de l'intégrer dans la décision, de comprendre ce qui dans son parcours de vie et de soins peut lui permettre d'avoir une pratique qui ait du sens pour lui et qui soit durable dans le temps.

La prescription peut agir à court terme, mais si les patients font juste deux ou trois séances de sport ou d'activité physique et qu'ils arrêtent, le problème ne sera pas résolu. L'objectif est de permettre aux individus une mise en mouvement sur le long terme, qui ne soit pas juste une « prescription » mais qui ait du sens dans leur vie et qui leur permette de vivre mieux avec leur pathologie. Cela ne peut se faire que s'il y a une vraie discussion, une écoute réelle, avec des outils qui relèvent de l'ETP comme un bilan éducatif partagé et qui permettent de prendre en considération ce que souhaite le patient.

---

<sup>3</sup> <https://www.inserm.fr/information-en-sante/expertises-collectives/activite-physique-prevention-et-traitement-maladies-chroniques>

<sup>4</sup> <https://www.cairn.info/journal-sciences-sociales-et-sante-2018-2-page-5.htm>

On ne peut pas prescrire les mêmes activités physiques en considérant que tout le monde les recevra de la même façon. Ces dimensions individuelles nécessitent de passer du temps avec le patient pour comprendre quelle activité va être la plus adaptée par rapport à sa pathologie, ses possibilités, ses envies, et donc de l'inclure dans la prise de décision.

Par ailleurs, les programmes d'ETP proposent une coordination pluriprofessionnelle nécessaire à mon sens autour du patient pour l'accompagner dans son parcours de santé. Pour l'activité physique, c'est le lien entre limitations fonctionnelles et compétences professionnelles qui a été réfléchi dans le « rapport Bigard »<sup>5</sup> puis dans la loi de modernisation, et qui encadre les différentes compétences au service de la sécurité du patient à tous les moments de son parcours de santé. L'activité physique a donc toute sa place dans ces programmes, dans une optique de mise en mouvement effective et sécurisée du patient. Elle peut associer un médecin traitant qui prescrit, un autre professionnel de santé qui prend en charge dans un premier temps si besoin ou un enseignant en activité physique adaptée et à terme un éducateur sportif. Cette complémentarité me semble primordiale, avant tout parce que chaque corps professionnel a un rôle à jouer si l'on veut parvenir à ancrer véritablement l'activité physique dans le parcours de santé. L'objectif est qu'il y ait une évolution possible pour les patients afin qu'ils puissent, s'ils le souhaitent évidemment, aller vers des dispositifs de droit commun, avec un accompagnement adapté aux pathologies, aux envies, aux capacités et aux limitations.

### *Quels sont les impacts des politiques publiques de santé pour les fédérations sportives ?*

Certaines fédérations travaillent depuis longtemps sur les questions du sport-santé et de la mise en activité des plus vulnérables, en particulier des personnes avançant en âge. C'est le cas notamment de la Fédération française d'éducation physique et de gymnastique volontaire (FFEPGV) ou encore de la Fédération française sports pour tous, pour ne citer qu'elles. Ce sont des fédérations qui sont généralement moins connues du grand public car elles n'ont pas de délégation pour l'organisation de compétitions, alors que la médiatisation du sport est surtout centrée sur la compétition en France. Pour autant, elles ont réfléchi à des possibilités effectives de mettre le sport au service de la santé et du bien-être des individus depuis longtemps.

Les fédérations délégataires, qui ont une délégation des services publics confiée par l'État pour l'organisation de compétitions sur une ou plusieurs pratiques sportives, sont arrivées plus tardivement sur la question du sport-santé mais elles y viennent progressivement pour plusieurs raisons. D'abord parce qu'elles ont une mission de service public, et que c'est une façon d'y répondre. Ensuite parce qu'elles sont pour beaucoup en perte de vitesse, les pratiques compétitives traditionnelles nécessitant un investissement personnel régulier et contraignant répondant de moins en moins aux attentes globales de la population. Cette perte de vitesse les oblige à repenser leur offre et leur capacité à être attractives, en phase avec les attentes sociales de l'époque. Depuis le milieu des années 1990, de nouvelles pratiques ont émergé pour essayer de répondre à ces évolutions. Pour les fédérations, le sport-santé est ainsi devenu une possibilité d'attirer des nouveaux publics, éloignés de la compétition ou ayant une pathologie. On fait dès lors des fédérations sportives des opérateurs de la santé qui vont accueillir les personnes vulnérables, les patients.

L'État considère en effet que le mouvement sportif a un rôle crucial à jouer dans la mise en mouvement des individus : il existe un maillage territorial très important des clubs, dans les villes comme dans les

---

<sup>5</sup> [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_activite\\_physique\\_maladies\\_chroniques.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_activite_physique_maladies_chroniques.pdf)

campagnes, ce sont des dispositifs de proximité, nombreux, qui couvrent un nombre de disciplines large. Ce sont donc des opérateurs déjà opérationnels qui ont une capacité effective importante à toucher les populations sur les territoires et surtout qui ont les moyens organisationnels de les accueillir. Face au développement des maladies chroniques, avoir des opérateurs un peu partout sur les territoires qui peuvent prendre en charge ces personnes qui ne se retrouvaient pas jusque-là dans l'offre des clubs, permet à la fois de développer la prévention primaire, mais également d'accueillir des individus de manière sécurisée en prévention secondaire et tertiaire, à condition que les compétences des professionnels encadrants soient réunies.

C'est pour cela que la question des compétences nécessaires à la prise en charge a été un des principaux débats de la préparation de l'article 144 de la loi de modernisation de notre système de santé et de son décret d'application en 2016. L'enjeu pour l'ensemble des professionnels qui vont agir sur la mise en activité physique est de se coordonner pour que chacun puisse recevoir le patient au bon moment dans son parcours de santé et de soins, afin qu'il se présente sans risque à chaque étape et potentiellement à un moment donné au sein du mouvement sportif, s'il le souhaite. La prise en charge se fait alors soit par des éducateurs sportifs, soit par des bénévoles qui ont une formation définie sur la liste d'un arrêté ministériel leur permettant, après la validation par une fédération en question, de prendre en charge les patients qui ont des limitations fonctionnelles minimales. C'est par exemple le cas de la formation Animateur Basket Santé de la fédération française de basket-ball. Mais la prise en charge au sein du mouvement sportif peut également être effectuée pour des personnes ayant des limitations fonctionnelles modérées voire dans certains cas sévères, puisque quelques fédérations travaillent déjà avec des enseignants APA-S qui sont compétents pour ces publics-là.

Cet enjeu majeur de faciliter l'accès à l'activité physique au plus grand nombre, notamment pour les plus vulnérables, est une tendance forte des politiques sanitaires et désormais sportives que l'on retrouve notamment au cœur de la Stratégie nationale sport santé 2019-2024<sup>6</sup>. Dans cette nouvelle politique, le mouvement sportif français a un rôle majeur à jouer en tant qu'opérateur de proximité sur le terrain, avec l'ensemble de la population.

*Le Conseil d'état a rendu en octobre 2019 un rapport concernant 21 propositions pour une politique publique du sport ambitieuse<sup>7</sup>. Quelle analyse en faites-vous ?*

L'objectif de ce document est à la fois de faire un état des lieux, de dresser les tendances actuelles, et de formuler des propositions. On y retrouve un mot d'ordre qui est d'encourager les gens à une activité physique sans pour autant accroître les inégalités sociales de santé, et être donc accessible de manière effective au plus grand nombre. Cela s'opère à travers des propositions que je trouve très pertinentes et qui prennent en compte aussi bien l'aménagement du territoire que la prescription médicale, le sport dans les écoles, ou encore le rapport entre l'éducation physique et l'éducation à l'activité physique.

En revanche, il ne faut pas penser que l'activité physique est le remède à tous les maux de la société, notamment d'insertion, de vivre ensemble, de santé comme on l'entend régulièrement. Elle peut évidemment y contribuer, mais il doit selon moi y avoir une corrélation en bonne intelligence avec les

---

<sup>6</sup> <https://www.sports.gouv.fr/pratiques-sportives/sport-sante-bien-etre/Plan-national-sport-sante-et-bien-etre/>

<sup>7</sup> <https://www.conseil-etat.fr/actualites/actualites/21-propositions-pour-une-politique-publique-du-sport-ambitieuse>



autres secteurs de la société. Par exemple, on ne peut penser l'intégration par le sport que si on pense l'intégration d'une manière plus générale au sein du monde social. Tout comme on ne peut penser l'activité physique comme facteur de santé que si on pense globalement les parcours de santé et de soins, où l'activité physique est un outil au service d'un objectif plus large, le bien-être des individus, plutôt qu'un but en soi. La difficulté de ces rapports est de mettre en évidence des projets qui soient opérationnels et concrets. Les propositions sont nécessaires au niveau théorique, mais n'ont pas de sens si elles ne sont pas accompagnées de la mise à disposition de moyens conséquents et réels, permettant de mettre en place des actions concrètes dans les territoires au plus près des acteurs.

Toutes les expertises commandées par l'État vont dans le même sens, y compris ce rapport du Conseil d'État, et la stratégie nationale propose des actions en accord avec ce que les experts de différentes disciplines, des sciences de la vie comme des sciences humaines et sociales, ont préconisé.

Pour autant, tant qu'il n'y a pas une opérationnalisation des objectifs en actes concrets et de réels moyens alloués pour avoir des politiques de l'activité physique efficaces, à la fois sur l'aménagement du territoire, la formation des différents professionnels, la coordination des compétences, la façon de socialiser l'ensemble de la société et des futures générations à la mise en activité du corps, cela sera compliqué d'atteindre les objectifs définis. De nombreux travaux très intéressants sont en cours actuellement, comme la mise en place des Maisons Sport-Santé. Pour autant, il faudrait certainement encore accentuer les moyens mis à disposition, en particulier financiers. L'enjeu est donc de traduire dans les actes les rapports d'experts tels que celui du Conseil d'État.

### *Le mot de la fin ?*

Je me répète, mais il ne faut jamais oublier que les activités physiques et sportives sont des pratiques culturelles, et il faut donc les penser en tant que telles si l'on veut que les individus y adhèrent et puissent les intégrer dans leurs parcours de vie de façon réelle et efficace. Il ne suffit pas de prescrire pour que cela ait du sens, et c'est ce vers quoi vont tous les travaux de recherche actuels. On sait que la mise en mouvement des individus a d'importants bénéfices, cela a été prouvé. Toute la question est désormais de savoir comment concrètement faire en sorte que les individus arrivent à se mettre en mouvement sur les territoires. Non seulement comment les inciter, mais aussi comment faire de l'activité physique un objet de la santé individuelle. Cela nécessite de penser les parcours de vie, les inégalités sociales et les inégalités de santé. Tant que l'on ne s'interroge pas sur ces inégalités d'accès à la santé, tant qu'on considère que mettre une paire de baskets à disposition des gens est suffisant pour qu'ils aillent courir, on se trompe sur la capacité réelle à mettre en place des actions, puisque la pratique renvoie à des mécanismes complexes et profonds, qui ont par conséquent besoin de ressorts ancrés dans le parcours de vie pour produire des changements à l'échelle individuelle, et *in fine* à l'échelle sociale. C'est tout l'enjeu de l'Institut ReCAPPS ([www.institut-recapps.com](http://www.institut-recapps.com)) que nous avons créé avec d'autres sociologues, qui vise à produire de la recherche collaborative et à mettre ces recherches et nos compétences en sciences sociales au service des professionnels, des patients mais également des décideurs locaux et nationaux afin de construire des actions en adéquation avec les besoins sociaux. N'hésitez pas à nous faire appel !

Pour en savoir plus, retrouvez les publications de Clément Perrier ici :

[https://halshs.archives-ouvertes.fr/search/index/?q=%2A&authFullName\\_s=Cl%C3%A9ment+Perrier](https://halshs.archives-ouvertes.fr/search/index/?q=%2A&authFullName_s=Cl%C3%A9ment+Perrier)