



HAL
open science

Élaboration d'un diagnostic territorial “ sport santé ” sur le territoire du “ pays de Chaumont ”

Thomas Bernhard

► **To cite this version:**

Thomas Bernhard. Élaboration d'un diagnostic territorial “ sport santé ” sur le territoire du “ pays de Chaumont ”. Sociologie. 2011. hal-01879584

HAL Id: hal-01879584

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01879584>

Submitted on 24 Sep 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

MASTER

« Conduite de Projet et Développement des Territoires »

Spécialité « Conduite de Projet en Sport, Santé et Insertion »

Parcours « Activité Corporelle, Santé et Société »

Mémoire de fin d'étude présenté pour l'obtention du grade de master

Elaboration d'un diagnostic territorial « sport santé » sur le territoire du « pays de Chaumont ».

Présenté par

Thomas BERNHARD

Maître de Stage : Jean-Luc Grillon, Médecin Conseiller de la Direction Régional Jeunesse,
Sport et Cohésion Sociale, Châlons en Champagne.

Guidant universitaire : Anne Vuillemin, Maître de conférences, Université Henri Poincaré,
Nancy.

CONDUITE DE PROJETS
ET DÉVELOPPEMENT
DES TERRITOIRES

Juin 2011

Je remercie,

Mme Vuillemin, mon guidant universitaire, une personne importante dans son accompagnement tout au long de cette formation universitaire. Je la remercie pour ses conseils avisés et pour son investissement.

M GRILLON, mon maître de stage, une personnalité influente qui m'a permis d'améliorer ma connaissance du secteur « sport santé ». Je le remercie de m'avoir donné l'opportunité d'intervenir sur le terrain en toute autonomie mais également d'avoir soutenu et orienté mes initiatives.

Tous les professionnels du groupe médical de Froncles qui m'ont accueilli dans leurs locaux et qui m'ont apporté une aide précieuse dans mes recherches de terrain.

M FREJAVILLE, conseiller d'animation sportive au service sport, jeunesse et vie associative, une personne qui m'a accompagné tout au long de mon travail de terrain. Je le remercie de sa disponibilité, de ses conseils avisés et de son aide précieuse dans l'accomplissement de certaines de mes missions.

La ville de Chaumont et particulièrement M DUVAL, directeur adjoint des services, et M. BRUGNON, directeur du service social. Je les remercie pour leur disponibilité et pour leur aide dans mes recherches et ma compréhension du territoire.

Je remercie également toutes les personnes et institutions qui ont accepté de m'aider dans cette étude et qui m'ont permis d'avancer efficacement dans mon travail.

Sommaire

| | |
|--|-----------|
| Introduction | 4 |
| Partie 1 : Contexte | 6 |
| 1 Quelques notions | 6 |
| 1.1 La santé | 6 |
| 1.2 La santé publique | 6 |
| 1.3 Le « Sport » | 7 |
| 1.4 Le « Sport-Santé » | 8 |
| 2 Contexte de développement du « Sport-Santé » | 10 |
| 2.1 La Charte de Toronto pour l'activité physique | 10 |
| 2.2 Le Plan Stratégique de l'Etat en Région (PASER) | 10 |
| 2.3 Le Réseau Régional Sport Santé Bien-Etre | 12 |
| 2.4 La Société Française Sport-Santé (SF2S) | 13 |
| 2.5 Diagnostic Territorial « Sport-Santé » | 15 |
| 3 Contexte du diagnostic territorial « Sport-Santé » | 15 |
| 3.1 Projet « Sport- Santé » du Groupe Médical de Froncles | 16 |
| 3.2 La Haute-Marne : Un département en difficultés | 16 |
| Partie 2 : Méthodologie | 17 |
| 1 Objectifs du diagnostic | 17 |
| 2 Méthodologie appliquée | 18 |
| 2.1 Point théorique : revue littéraire | 18 |
| 2.2 Cadre contextuel du diagnostic | 21 |
| 2.3 Plan d'Action Opérationnel | 22 |
| Partie 3 : Présentation de l'état des lieux | 35 |
| 1 Contexte du territoire | 35 |
| 1.1 Situation Démographique | 35 |
| 1.2 Situation Sociale | 37 |
| 1.3 Situation économique | 39 |
| 1.4 Etat de Santé des populations | 40 |
| 1.5 Pratique d'activité physique et sédentarité | 44 |
| 2 Offre sanitaire | 51 |
| 2.1 Listing des établissements de santé | 51 |
| 2.2 Démographie médicale et paramédicale | 52 |
| 2.3 Listing des associations d'usagers et de prévention | 54 |
| 3 Offre médico sociale et sociale | 55 |
| 3.1 Description de l'organisation de l'aide sociale et du médico-social | 55 |
| 3.2 Listing des établissements et services d'aide sociale et médico-social | 56 |

| | | |
|--|--|------------|
| 4 | Offre éducative | 59 |
| 4.1 | Lycées et Collèges | 59 |
| 4.2 | Ecoles primaires et maternelles | 59 |
| 4.3 | Autres établissements d'enseignement | 59 |
| 5 | Offre sportive | 60 |
| 5.1 | Recensement des Equipements Sportifs | 60 |
| 5.2 | Les licenciés sportifs du département | 63 |
| 5.3 | Listing des associations sportives | 65 |
| 5.4 | Listing des centres de loisirs | 66 |
| 5.5 | Recensement de l'offre sportive privée | 66 |
| 5.6 | Recensement de l'offre mutualiste | 67 |
| 6 | Offre sport santé | 68 |
| 6.1 | Bilan de l'offre de formation des éducateurs | 68 |
| 6.2 | Bilan des offres de pratique « Sport Santé » | 70 |
| 6.3 | Les projets mis en place sur le territoire | 74 |
| Partie 4 : Présentation de notre analyse stratégique du territoire | | 75 |
| 1 | Analyse PESTEL | 75 |
| 2 | Analyse SWOT | 78 |
| 3 | Analyse Stratégique des Acteurs | 79 |
| 3.1 | Analyse descriptive des acteurs | 79 |
| 3.2 | Figure 19 : Le sociogramme | 89 |
| Partie 5 : Analyse, discussion des résultats et propositions d'action | | 90 |
| 1 | Analyse globale et discussion des résultats | 91 |
| 1.1 | Les caractéristiques de la population | 91 |
| 1.2 | Les ressources du secteur sanitaire | 95 |
| 1.3 | L'organisation de l'aide sociale et médico-sociale | 96 |
| 1.4 | La place du « sport santé » dans le secteur éducatif | 97 |
| 1.5 | La déclinaison de l'offre « sportive » | 97 |
| 1.6 | La déclinaison de l'offre « Sport Santé » : l'existant et le potentiel | 98 |
| 1.7 | L'analyse stratégique du territoire | 99 |
| 1.8 | Analyse générale du diagnostic territorial « Sport Santé » | 99 |
| 2 | Propositions d'action | 100 |
| 2.1 | Bilan du contexte territorial | 101 |
| 2.2 | Détermination des enjeux | 103 |
| 2.3 | Plan d'action stratégique | 104 |
| Conclusion | | 108 |
| Bibliographie | | 110 |
| Webographie | | 111 |
| Annexes 1 | | 112 |
| Annexes 2 | | 112 |

Introduction

« L'activité physique favorise le bien-être ainsi que la santé physique et mentale. Elle prévient la maladie, améliore les liens sociaux et la qualité de vie, en plus de procurer des bénéfices économiques et de contribuer au développement durable. » (Charte de Toronto, 20 mai 2010). Cela peut sembler évident de nos jours mais en France ce n'était pas le cas avant que l'Institut Nationale de la Santé et de la Recherche Médicale publie l'expertise collective « Activité physique : Contextes et effets sur la santé » en 2008. Avant cela le « sport » n'était synonyme que de compétition, et à aucun moment nous n'aurions pu imaginer que l'on puisse prévenir, voir même traiter, certaines maladies chroniques par l'activité physique. Cette étude de l'INSERM a permis de changer les représentations gravitant autour de l'activité physique et/ou sportive que ce soit pour les populations, pour les politiques de santé publique ou que ce soit pour les acteurs concernés par ce nouveau champ d'intervention qu'est le « Sport Santé ». On constate alors l'apparition de l'activité physique dans les recommandations de certains programmes nationaux de prévention de santé comme le Programme Nationale Nutrition Santé qui préconise, entre autres, 30 minutes d'activité physique modérée par jour. Nous constatons alors une double intégration, celle du sport dans le secteur sanitaire et celle de la santé dans le milieu sportif. L'activité physique devient un véritable « marché économique », il émerge de nombreuses offres de pratiques d'activités physiques comme le « coaching » individuel dans le secteur privé. Mais également dans le secteur associatif avec l'ouverture de créneaux « atelier équilibre » pour les personnes âgées par exemple. Et il ne faut pas oublier les fédérations qui, de plus en plus, développent leurs programmes « Sport Santé » comme l'athlétisme avec leurs « coach athlé santé », la natation et leur formation « nagez forme santé » ou encore la randonnée pédestre et leur programme « Rando santé »...

Chacun « s'engouffre » dans la faille pour tirer parti de cette nouvelle tendance et cela peut devenir problématique si les modalités d'encadrement des publics, au travers de ces différentes offres sportives, ne sont ni adaptées ni légitimement reconnues. C'est pourquoi dans certaines régions nous constatons l'apparition de Réseau Régionaux Sport Santé, créés dans le but de coordonner et de légitimer les actions « Sport Santé » du territoire. Mais

également de développer des partenariats entre tous les acteurs des champs d'intervention concernés par le « Sport Santé » dont le milieu éducatif, sanitaire, sportif, social et médico-social. Ces missions nécessitent une connaissance aigüe du territoire et cela demande un travail conséquent de recherche sur le terrain, par conséquent il est primordial de s'appuyer sur un outil méthodologique spécifique.

Dans la conduite de projet, la première phase de travail est celle de « diagnostic territorial » que la DATAR définit comme étant « un état des lieux qui recense sur un territoire déterminé, les problèmes, les forces et les faiblesses, les attentes des personnes, les enjeux économiques, environnementaux, sociaux, ... il fournit des explications sur l'évolution passée et des appréciations sur l'évolution future ». (Sébastien Jacquot, Cours Master 1, 2007 U. Angers). L'objet de notre travail sera donc de construire cet outil en l'adaptant à notre champ d'étude et de faire en sorte que la méthodologie élaborée puisse être appliquée à tout autre territoire.

Mais quel référentiel méthodologique de diagnostic territorial faut-il privilégier afin de prendre en considération toutes les dimensions qui s'articulent autour de la problématique « Sport Santé » ?

Quels éléments allons-nous rechercher ? Quels acteurs faut-il solliciter ? Comment construire ce diagnostic afin qu'il soit applicable à d'autres territoires ?

Nous allons nous attacher à apporter des réponses à tout ce questionnement en commençant par situer précisément le contexte du « Sport Santé » en lien avec le diagnostic territorial puis nous détaillerons la méthodologie mise en place dans l'élaboration de notre diagnostic. Ensuite, nous présenterons les résultats de nos recherches à travers la mise en avant de différents exemples précis. Pour terminer nous analyserons, discuterons les résultats obtenus et ferons des propositions d'action pour la conduite d'un éventuel projet de développement territorial des actions « sport santé » connu et reconnu par les institutions concernées.

Ce travail implique une étude très large du territoire et on peut d'ores et déjà imaginer que notre diagnostic ne pourra être totalement complet. L'objectif final sera de pouvoir analyser nos actions de terrain, notre cheminement réflexif et notre capacité à nous adapter aux exigences des différents milieux étudiés.

Partie 1 : Contexte

1 Quelques notions

1.1 La santé

Notre société évolue et l'être humain évolue avec elle, ou est-ce l'inverse ? Le débat est ouvert mais cela suggère pour chacun d'entre nous de développer des capacités d'adaptation. Savoir s'adapter à son environnement en constante évolution n'est aisé pour personne et cela peut s'avérer même dangereusement problématique pour un grand nombre d'entre nous. En effet, le nerf de la guerre pour chaque individu est de réussir à trouver son équilibre de vie dans un monde qui bouge, dans un environnement en perpétuelle instabilité et ce, dans un seul but : (sur)vivre sereinement tout au long de son existence. Cet équilibre dont on parle se fonde principalement à travers le concept de « Santé », que l'OMS définit comme étant « un état complet de bien-être physique, mental et social » (www.who.org). Mais cette vision de la Santé n'a pas toujours été aussi exhaustive, jusqu'à la moitié du 20^{ème} siècle la santé se résumait par la simple « absence de maladie ou d'infirmité », ce n'est qu'en 1946 dans le préambule de la constitution de l'OMS que cette définition fût établie. La santé devient dans cette constitution un droit pour tous et un devoir de l'état. La santé est l'affaire de tous et nous avons également le devoir de la préserver.

1.2 La santé publique

En France, la politique de santé publique définit par l'OMS en 1952 comme étant « la science et l'art de prévenir les maladies, de prolonger la vie et d'améliorer la santé et la vitalité mentale et physique des individus (...) » (http://fr.wikipedia.org/wiki/Sant%C3%A9_publicue) évolue constamment et connaît de nombreux changements. La dernière loi de politique de santé publique est relativement récente (9 Aout 2004) mais elle a connu par la suite certaines modifications particulièrement avec la mise en place de la loi HPST du 21 Juillet 2009. Cette nouvelle réforme et la Révision Générale des Politiques Publiques a

considérablement modifié le paysage territorial de la santé publique, notamment avec l'apparition de l'ARS regroupant 7 entités (DDASS, URCAM, GRSP, DRASS, ARH, MRS, CRAM). C'est donc toute une organisation qui est revue mais également une approche de la prise en charge sanitaire qui est reconsidérée. Le patient est placé au cœur des priorités que ce soit dans le cadre de la médecine de ville ou des établissements hospitaliers. Ainsi l'article 51 de la dite loi, pose le principe général de coopération des professionnels de santé dans un souci d'améliorer le parcours du patient, la sécurité et la qualité des soins, par l'adaptation des pratiques aux évolutions des prises en charge aussi bien dans un souci de prévention primaire que secondaire ou encore tertiaire. On parle alors de prise en charge pluridisciplinaire et cela pose la question de savoir quelles sont les disciplines qu'il faut prendre en considération. Le cahier des charges des maisons de santé pluridisciplinaires, par exemple, cite tous les professionnels de santé du secteur médical, paramédical et médico-social (Art L-6323-1 du code de la santé publique). Mais jusqu'où cette ouverture de l'exercice coordonné des professionnels de santé peut-elle s'étendre ?

1.3 Le « Sport »

Etymologiquement, le terme « sport » a pour racine le mot de vieux français « desport » qui signifie « divertissement, plaisir physique ou de l'esprit ». On est donc dans une dimension « activité physique de divertissement et de plaisir », or l'évolution du mot à progressivement modifié sa définition et les représentations que l'on s'en fait au fil du temps. Le sport moderne se définit par quatre éléments indispensables (Hubscher Ronald « l'histoire en mouvement, Paris, Arnaud Colin, 1992, p 58 - Chapitre « le sport : un objet mal identifié ») :

- La mise en œuvre d'une ou plusieurs qualités physiques : activités d'endurance, de résistance, de force, de coordination, d'adresse, de souplesse, ...
- Une activité institutionnalisée, ses règles tendent à être identiques pour l'ensemble de la planète.
- Une pratique majoritairement orientée vers la compétition.
- Une pratique fédérée (sous la tutelle d'une fédération).

C'est une évidence que de nos jours, le « Sport » renvoie une image compétitive, de dépassement de soi suscitant une représentation négative auprès des individus.

1.4 Le « Sport-Santé »

Cette notion de « Sport-Santé », aussi large de sens soit elle, n'est pas formellement identifiée ceci laissant à chacun la liberté de l'employer comme « bon lui semble ». Nouvellement créée, la Société Française Sport-Santé la définit comme étant une « démarche visant à rendre accessible pour chacun, quel que soit son âge et son état de santé physique, mental et social, la pratique régulière et adaptée d'une activité physique dans un objectif d'amélioration de la qualité de vie ».

Au regard de ce que nous venons d'expliquer et de ce que nous avons vu précédemment, concernant la définition du « sport » et des représentations que l'on peut s'en faire, nous préférons utiliser le terme « activité physique » plutôt que « Sport » proprement dit. En effet selon la terminologie utilisée, les champs de représentation ne sont pas les mêmes puisque l'activité physique offre une diversité, une fréquence et une intensité de pratique en toute liberté et adaptée pouvant être corrélé au concept de « Santé ». Nous pourrions alors poser la question de savoir pourquoi parle t on de « Sport-Santé » et non pas d' « Activité physique- Santé » ? Nous tenterons d'y apporter une réponse dans la suite de notre travail. La seconde interrogation est pourquoi considérer l'activité physique comme bénéfique pour la santé des individus ?

Même si la question a été globalement traité lors de la conférence de consensus « activité physique et santé » à Nancy en 2005, ce que depuis 2008, avec le rapport publié par l'INSERM « activité physique-contexte et effets sur la santé », qu'officiellement « l'activité physique régulière est (...) considérée comme un comportement qui réduit la mortalité prématurée toutes causes confondues et qui améliore de nombreux paramètres de santé. Elle pourrait jouer un rôle dans l'allongement de l'espérance de vie. » Dans ce même rapport, on peut souligner que « concernant les études épidémiologiques récentes, certaines étudient la population générale et visent à étudier l'effet des activités physiques et

sportives sur la santé (la mortalité étant l'un des indicateurs de santé) parmi un ensemble de facteurs qui influent sur l'état de santé. D'autres études ont mis en évidence l'effet de l'activité physique sur l'amélioration de la santé chez les personnes qui sont malades».

Plus récemment, la haute autorité de santé explique que « la pratique d'activités physiques doit être développée en population générale, et plus spécifiquement chez les patients souffrant de pathologies chroniques (...) pour lesquelles elle doit être considérée comme une thérapeutique à part entière. Le développement d'une activité physique régulière dans les populations de patients apparaît comme une priorité de santé publique. Les programmes d'intervention doivent être ambitieux, visant au long terme, ne négligeant aucun des points d'action possibles et mobilisant un grand nombre de professionnels et d'acteurs du champ sanitaire, social et sportif. » (Rapport HAS « développement de la prescription des thérapeutiques non médicales » avril 2011).

Au regard de ce constat, les nouvelles politiques de santé publique accordent, de plus en plus, une place prépondérante à l'activité physique notamment dans les plans nationaux comme par exemple le « plan national bien vieillir » ou le « plan national nutrition santé », expliquant par la même l'émergence de ce nouveau concept.

Ces deux notions sont d'autant plus complémentaires qu'elles considèrent toutes deux l'individu dans sa globalité, à travers ses dimensions bio-psycho-sociales. Ceci renforce la légitimité de l'activité physique dans la prise en charge pluridisciplinaire de la personne. Elle peut être un élément à part entière dans les différents parcours de soins que ce soit dans un but préventif, curatif ou palliatif.

2 Contexte de développement du « Sport-Santé »

Ce concept de « Sport-Santé » est en évolution constante, il est en marge d'un développement organisé et soutenu par les différents acteurs politiques et professionnels de terrain que ce soit au niveau international, national ou local.

2.1 La Charte de Toronto pour l'activité physique

Le samedi 8 mai 2010, un appel mondial à l'action a été lancé par la charte de Toronto pour l'activité physique, véritable plaidoyer pour le Sport-Santé. En effet, celle-ci propose un cadre d'action en 4 temps (<http://www.globalpa.org.uk/>) :

1. Implanter une politique nationale avec son plan d'action
2. Proposer des politiques qui soutiennent l'activité physique
3. Revoir l'offre de service et le financement pour prioriser l'activité physique
4. Etablir des partenariats pour passer à l'action

Elle est un véritable « appel à toutes les communautés, à toutes les régions et à tous les pays pour qu'ils intensifient leur engagement social et politique en faveur de la santé par l'activité physique ».

2.2 Le Plan Stratégique de l'Etat en Région (PASER)

Un rôle de coordination et de mise en cohérence de l'action de l'Etat a été confié au préfet de région. Celui-ci fixe des orientations générales pour la région ; il anime et coordonne l'action des préfets de départements, sans pour autant disposer d'un pouvoir de subordination sur ces derniers. Prenant le relais des projets territoriaux de l'Etat (expérimentés à partir de 2000), le projet d'action stratégique de l'Etat (PASE) matérialise ce

travail de coordination et de mise en cohérence de l'action de l'Etat. Le PASE doit être compatible à la fois avec les orientations nationales de l'administration centrale, définies dans les directives nationales d'orientation, et les besoins locaux, émanant des caractéristiques du territoire local et des attentes des usagers.

Les PASE déterminent la stratégie de l'Etat dans chaque région et chaque département (PASER et PASED). Pour chaque région, des orientations essentiellement à dimension interministérielle ont été définies dans les PASER.

Le développement durable, la cohésion sociale et la sécurité sont les trois grandes préoccupations qui apparaissent communes aux 26 régions françaises, selon la synthèse des 26 PASER réalisée par le ministère de l'intérieur (<http://www.vie-publique.fr>).

Celui de Champagne-Ardenne propose en 2011, une fiche de 3 orientations stratégiques (Document synthèse de préparation à la foire de Chalons en Champagne « sports, jeunesse, cohésion sociale et prévention-santé pour le bien-être et la qualité de vie : les acteurs de la Champagne-Ardenne s'engagent », 2011) :

- Améliorer l'état de santé de la population, en particulier des populations précaires et adapter l'offre de soins,
- Œuvrer pour une prise en charge transversale des publics précaires ; par l'exercice des compétences régaliennes et l'association des partenaires de l'Etat,
- Créer les conditions d'un environnement de qualité et sécurisant pour les habitants de Champagne-Ardenne.

Cela démontre que les objectifs du « sport-santé » sont en cohérence avec ces orientations spécifiques régionales. Il s'agit donc d'une démarche qui s'intègre pleinement dans les politiques de l'Etat en Région ce qui facilitera l'émergence d'un nouvel organisme associatif comme le Réseau Sport Santé Bien Etre de Champagne-Ardenne.

2.3 Le Réseau Régional Sport Santé Bien-Etre

On note progressivement l'apparition de nouveaux Réseaux, ayant pour préoccupation principale de développer cette approche de la santé par l'activité physique et de lui permettre d'intégrer les parcours de soins. Leur objectif prioritaire est de repérer, de conseiller, d'informer et d'orienter les personnes qui n'ont pas une activité physique journalière suffisante selon les recommandations de santé publique (PNNS) ou qui sont atteintes de maladie chronique afin de leur permettre de s'inscrire dans la pratique d'une activité physique régulière, adaptée, sécurisante et progressive.

Depuis 2009, le Réseau Sport Santé Bien-Etre de Champagne Ardenne impulse une dynamique de développement « Sport-Santé », en jouant pleinement son rôle de réseau, c'est-à-dire celui d'interface entre les acteurs des différents champs d'intervention (Sanitaire, sportif, social, médico-social, éducatif). Il a fait le constat que beaucoup d'actions étaient réalisées sur le territoire mais qu'aucune d'entre elles n'étaient coordonnées. Le réseau est ainsi parti de l'existant pour construire un parcours de soin « Sport-Santé » avec cet objectif d'orienter toutes personnes vers une pratique d'activité physique régulière et adaptée. Le premier travail a été de sensibiliser le milieu médical, et plus précisément la médecine généraliste, de l'impact que l'activité physique peut avoir pour la santé des gens que ce soit dans un cadre de prévention primaire, secondaire ou tertiaire. En effet, l'objectif étant d'intégrer l'activité physique dans les parcours de soins au même titre qu'une prescription médicale. Le médecin est le premier acteur du parcours, il repère et oriente les patients vers le Réseau qui va lui permettre d'être pris en charge par un éducateur médico-sportif. Ce dernier évaluera dans un premier temps les motivations de son patient puis, selon ses envies ou non de pratiquer une activité physique, l'éducateur fera un bilan de sa condition physique. Il discutera ensuite, avec lui, du projet sportif personnalisé qu'il veut et qu'il est possible de mettre en place. La finalité de cette démarche étant d'intégrer la personne dans un cadre associatif adapté et prêt à l'accueillir, c'est-à-dire proposant des créneaux encadrés par un éducateur sportif formé à l'Activité physique adaptée.

La mise en place de ce parcours nécessite une connaissance exhaustive du terrain et de l'existant aussi bien dans le secteur sanitaire que sportif. Effectivement, si l'on souhaite concrètement sensibiliser tous les publics, il faut être capable de promouvoir le « Sport-Santé » à travers ces parcours de prise en charge des personnes.

2.4 La Société Française Sport-Santé (SF2S)

Nouvellement créée, cette société scientifique a pour objectif d' « Identifier, élaborer ou valider des outils spécifiques (arbres décisionnels, questionnaires d'évaluation, recommandations de bonnes pratiques personnelles et professionnelles, référentiels métiers) destinés aux publics et aux acteurs des différents champs concernés par la démarche » (<http://anjoutest.com/SF2S/index.html>). Nous avons vu précédemment que l'objectif du « sport santé » est de permettre à toute personne de pratiquer une activité physique dans des conditions favorables pour sa santé. En conséquence la SF2S souhaite développer des partenariats avec le secteur social, médico-social, sanitaire, éducatif et sportif et ainsi toucher tout type de public à travers les parcours de prise en charge existant dans chacun de ces champs d'intervention.

La SF2S souhaite s'appuyer sur d'autres outils, que ceux cités précédemment, afin de favoriser le développement de cet axe « Sport-Santé ». Parmi eux, les réseaux « Sport-Santé » et la mise en place de parcours « prévention santé » autour de projet sportif personnalisé, définit comme étant « un plan d'action personnalisé visant le bien-être et la qualité de vie en agissant sur la réduction de la morbi-mortalité évitable, consécutive à une pratique physique insuffisante ou non qualitative ».

Ce parcours prévention santé est un « dispositif individuel de développement des ressources de santé physique, mentale et sociale qui vise, par un accompagnement éducatif et motivationnel, l'accès de chacun à un projet sportif personnalisé. Il bénéficie des outils d'aide à la décision identifiés, élaborés ou validés par la Société Française Sport Santé et fait

appel aux ressources territoriales» (<http://anjoutest.com/SF2S/bao-parcoursprevention-sante.htm>).

Ce parcours est organisé selon le mode d'organisation des parcours de soins, il se structure en 4 étapes essentielles :

1. Repérage, Information, Conseil et Orientation (RICO)
2. Accompagnement éducatif et motivationnel en Activité Physique Adaptée
3. Relais éducatif « Sport-Santé »
4. Relais animation « Sport-Santé » visant l'autonomie

Les deux premières étapes empruntent les parcours éducatifs, sanitaires, de l'aide sociale et médico-sociale. Elles se font par le « bon professionnel, au bon endroit et avec le bon tissu de soutien ».

La première étape « RICO » peut être mise en place par tout professionnel des parcours de prise en charge sanitaire, éducatif, de l'aide sociale ou médico-sociale. En effet, il existe une démarche formalisée permettant d'évaluer le niveau d'activité physique minimal bénéfique pour la santé et, dans le cas où l'individu est prêt à s'engager dans une pratique d'activité physique pour sa santé, d'évaluer son aptitude à la pratique d'activité physique. Selon les résultats de ces évaluations, l'individu sera orienté vers les offres « Sport-Santé » de la région ou vers un médecin par exemple, pour initier l'étape 2 du parcours.

On remarque donc que cette démarche proposée par la SF2S intègre pleinement celle du Réseau Sport-Santé Bien Etre de Champagne-Ardenne. Mais elle souhaite également solliciter les autres secteurs de la prise en charge des individus, dans le but d'ouvrir d'autres portes pour l'entrée de chacun d'entre eux dans une pratique d'activité physique R.A.S.P.

Avant de pouvoir mettre en place efficacement toutes ces démarches, il est primordial de connaître les ressources du territoire concerné dans les différents champs de la prise en charge cités précédemment. Pour cela, la SF2S souhaite développer un outil en

particulier: « le diagnostic territorial « Sport-Santé ». L'objectif étant d'élaborer un cadre méthodologique applicable pour tout territoire d'étude.

2.5 Diagnostic Territorial « Sport-Santé »

Il s'agit d'établir un panorama de la situation économique, démographique, sportive, sanitaire, sociale et médico-sociale du territoire. Il doit nous permettre d'évaluer les besoins des publics en termes d'insuffisance d'activité physique (par rapport aux recommandations) mais également les demandes susceptibles de rencontrer ces besoins et les ressources disponibles pour y répondre. Le diagnostic territorial « Sport-Santé » n'a pas de cahier des charges précis, ni de méthodologie ciblée pour son élaboration. Il s'agit d'un travail qui n'a, compte tenu du caractère récent du concept « Sport-Santé », encore jamais été réalisé. L'objet de nos recherches et de nos travaux sera de construire ce diagnostic en s'inspirant d'exemples recensés dans le champ sanitaire et sportif. Ce sera à nous d'établir les éléments de recherche à y inclure afin de répondre aux dimensions liées à la thématique « Sport-Santé », et également aux objectifs de développement d'un projet sur le territoire étudié dans le cadre proposé par la SF2S et le Réseau Régional.

3 Contexte du diagnostic territorial « Sport-Santé »

Ce travail de diagnostic répond à plusieurs demandes spécifiques, celles des organismes étudiés précédemment, celles d'un territoire et d'une structure rattachée à ce dernier. Nous connaissons d'ores et déjà l'intérêt du Réseau Régional « Sport-Santé » et de la SF2S pour ce travail de formalisation du diagnostic, nous allons situer maintenant le contexte local de notre travail.

3.1 Projet « Sport- Santé » du Groupe Médical de Froncles

Le Groupe Médical de Froncles est un cabinet médical pluridisciplinaire qui souhaite développer un parcours « Sport-Santé » au sein de leurs parcours de soins. L'objectif est d'intégrer ce projet dans le futur projet de santé de la structure et par la même, obtenir l'agrément « maison de santé pluridisciplinaire » par l'Agence Régional de Santé.

Il s'agit d'un projet émanant d'une demande croisée du Groupe Médical lui-même et du Réseau Sport Santé Bien Etre de Champagne-Ardenne. Ainsi, nous pourrons définir notre territoire de recherche en fonction des territoires proches de la commune de Froncles et de ceux qui peuvent avoir un intérêt significatif pour notre diagnostic.

3.2 La Haute-Marne : Un département en difficultés

Le département haut marnais, pour lequel l'identité rurale ne fait aucun doute, est en réelle perte de vitesse socioéconomique et démographique (voir Partie 5 - 1/Caractéristiques de la population). En termes de précarité, ce territoire est directement touché et la crise économique mondiale n'a fait que renforcer ce constat. Plus que jamais, il lui faut renforcer sa politique de projet et maintenir sa population dans un cadre de vie optimum et en lui offrant une qualité de vie. Le projet « Sport-Santé » est une opportunité pour ce territoire et à travers le diagnostic nous pourrons mettre en avant toutes ses ressources. Ce travail de recherche apportera les informations nécessaires au Réseau Régional Sport Santé afin de formaliser et de reconnaître officiellement les activités « Sport-Santé » existantes sur le territoire mais également d'évaluer les possibilités de développement.

Ce diagnostic territorial est une nécessité dans la mise en place de tout projet quel qu'il soit. Dans le champ du « sport santé » il n'existe pas, tout est à construire mais il nous faudra nous appuyer sur des exemples précis recensés dans d'autres secteurs comme la santé ou celui du sport. Nous étudierons également certains ouvrages relatant de la méthodologie appliquée pour les diagnostics territoriaux dans des projets de territoire.

Partie 2 : Méthodologie

Il n'existe pas à proprement parlé une méthode de diagnostic territorial. Ce dernier n'étant pas une fin en soi, mais une étape dans une démarche, la méthode utilisée doit prendre en compte la diversité des territoires et des acteurs qui le composent. Le diagnostic territorial est avant tout, pour Le Boterf et Lesard, « un outil d'aide à la décision ». Il se caractérise par le recueil de données quantitatives et objectives, mais aussi de données qualitatives qui ont pour but de faire apparaître les caractéristiques, les atouts, les faiblesses et les potentialités d'un territoire donné. Le diagnostic territorial est à la fois un « outil de légitimation d'une démarche globale de territoire, un outil de connaissance de son fonctionnement et un outil de médiation et de dialogue entre ses divers acteurs », Le Boterf et Lesard 1993. D'où l'intérêt de garder une grande souplesse dans la mise en œuvre des méthodes utilisées. Comme l'explique Lardon et Piveteau, « le diagnostic de territoire ne peut se suffire d'expertises extérieures ni d'expériences accumulées ; il ne peut être un "prêt à porter" ni une recette à suivre. Nous considérons qu'il correspond à un apprentissage collectif et, qu'à ce titre, il doit être approprié par les acteurs ».

1 Objectifs du diagnostic

Lardon et Piveteau expliquent que « Le diagnostic de territoire s'applique à différentes échelles et pour différents objectifs » (2005). En effet, avant de commencer tout travail de diagnostic, il est indispensable de situer ces objectifs et ce, afin d'orienter nos recherches pendant les différentes phases d'élaboration du diagnostic.

Nous nous sommes appuyés sur les démarches développées par le Réseaux Sport Santé Bien-Etre et par la SF2S définies précédemment. Notre objectif étant de proposer un diagnostic évaluant les possibilités d'intégrer celles-ci dans la dynamique du territoire.

Nous retenons essentiellement deux objectifs généraux :

- Faciliter l'accès à la pratique d'activité physique pour toutes personnes quelles que soient ses capacités, incapacités ou sa situation socioéconomique.
- Evaluer les possibilités d'intégrer le parcours « prévention santé » autour du projet sportif personnalisé au sein du territoire.

Ainsi notre travail sera de récolter tous les éléments nécessaires et de les analyser afin d'initier un plan stratégique d'action visant à répondre à ces objectifs généraux.

Nous avons listé une série de questions sous jacentes à ces objectifs qui vont nous permettre d'établir un plan d'action pour nos recherches et la construction de notre diagnostic.

Quel territoire considérer ? Quels sont les acteurs et les champs d'expertise sollicités ? Comment organiser nos recherches ? Quels outils méthodologiques faut-il utiliser ? Nous allons essayer d'y répondre progressivement tout au long de l'étude.

2 Méthodologie appliquée

2.1 Point théorique : revue littéraire

A travers la littérature, nous avons relevé plusieurs possibilités d'aborder ce diagnostic territorial même si nous venons de montrer qu'il n'existe pas de cadre prédéfini dans l'élaboration du diagnostic territorial. Nous nous inspirerons de ces diverses expériences afin de pouvoir adapter notre travail aux caractéristiques contextuelles du territoire et du projet de développement.

Dans une note de synthèse de février 2002, Nicolas Poirier met en avant deux méthodes de diagnostic territorial assez répandues : la méthode du CLCBE (comité de liaison des bassins d'emploi) qui repose sur le « partage » du diagnostic, et la méthode mise en avant par la DATAR qui repose sur les acteurs.

La première repose sur deux clés d'entrée : les enjeux à maîtriser et les projets fédérateurs. Au delà des experts et ressources externes à mobiliser, l'équipe de diagnostic pluridisciplinaire va consulter un panel d'acteurs (élus, institutionnels, socioprofessionnels, associatifs...) sur la base de cinq questions essentielles leur servant à mesurer :

- leur aire d'influence sur le territoire
- leur perception de ce territoire (leur regard, leurs représentations)
- leur degré d'attachement et de satisfaction
- leur vision future de ce territoire
- les projets, alliances et points d'appui possibles sur ce territoire.

Les réponses et points de vue des acteurs sont analysés et permettent, grâce à des méthodes simples de hiérarchisation, d'identifier les enjeux à maîtriser et les projets fédérateurs sur lesquels porte le diagnostic. Reste alors à articuler ces données avec les données quantitatives et qualitatives, puis à les analyser pour dégager des pistes d'action.

La seconde préconise un certain nombre de chantiers à mettre en œuvre pour l'élaboration d'un diagnostic territorial :

- Le recueil de données (quantitatives et comparatives)
- Le bilan des actions antérieures sur ce territoire
- L'état des lieux, ce dernier étant partagé, c'est à dire fondé sur l'expression des acteurs du territoire en fonction de leurs projets et de leurs visions de ce territoire, ce qui suppose aussi des enquêtes d'acteurs
- L'analyse collective des données issues de l'état des lieux afin de débattre sur les problématiques majeures du territoire et d'identifier les atouts sur lesquels s'appuyer pour définir la stratégie à mettre en œuvre.

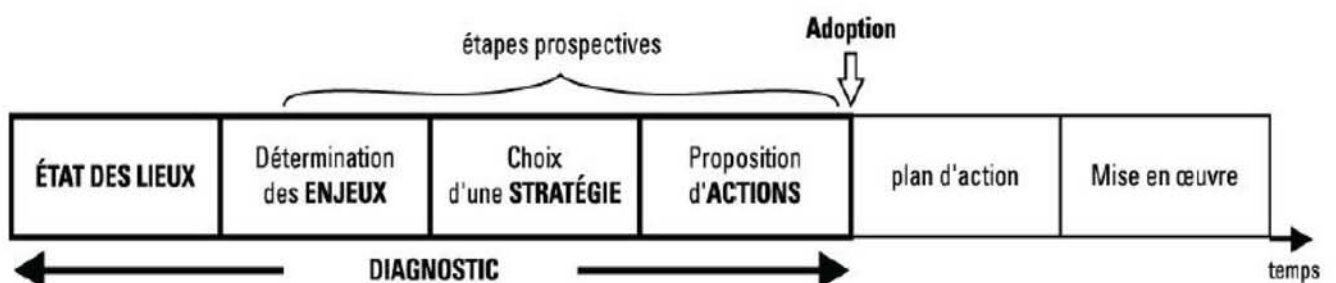
Plusieurs formes d'association et de mobilisation des acteurs locaux sont possibles : depuis les groupes de travail thématiques jusqu'à des moyens de consultation directe des habitants (enquêtes, forums, journées portes ouvertes).

D'après Lardon et Piveteau, le diagnostic constitue un moment important dans le processus de développement d'un territoire. Il l'instrumente, l'accompagne et cherche à l'orienter. Il aboutit à une dynamique d'actions qui doit être préparée. Pour cela, ils proposent qu'il comporte quatre phases articulées entre elles (fig. 1) :

- L'état des lieux proprement dit : c'est-à-dire l'analyse organisée des faits et des actions qui caractérisent un territoire. L'état des lieux consiste souvent à considérer le territoire comme un système organisé et hiérarchisé, dont on analyse à la fois les éléments structurants et les relations entre ces éléments
- La détermination des enjeux : c'est la formulation en termes économiques, sociaux ou environnementaux des effets possibles des dynamiques à l'œuvre et des risques encourus
- Le choix d'une stratégie : c'est la hiérarchisation des enjeux en fonction des dynamiques observées et des objectifs visés
- La proposition de pistes d'actions possibles : c'est l'argumentation ouverte de mesures ou d'actions permettant le changement dans le sens voulu par les acteurs.

Figure 1 : Les différentes phases du diagnostic de territoire

Les différentes phases du diagnostic de territoire



<http://geocarrefour.revues.org>

Dans les situations observées, il n'est pas rare de passer directement de l'état des lieux aux propositions d'actions, en réduisant, voire en ignorant, l'énoncé des enjeux et le choix de stratégies. Cela peut être pour éviter des conflits ou des oppositions, mais c'est la plupart du temps parce que ces étapes sont difficiles et que l'on manque de méthodes pour les mettre en œuvre. Parfois, la commande de diagnostic de territoire sert à légitimer des propositions d'actions déjà définies, ce qui est le cas pour notre diagnostic territorial sport santé.

L'objectif de notre travail sera donc de parfaire notre connaissance du territoire et d'en déduire les stratégies potentielles permettant de mettre en place les actions prédéfinies par les structures telles que le Réseau Sport Santé Bien-Etre et la Société Française Sport Santé (Les Parcours « Sport Santé »).

2.2 Cadre contextuel du diagnostic

En tenant compte du contexte et des objectifs de notre diagnostic territorial, nous avons choisi de mettre en place une méthodologie adaptée. Effectivement, il fallait prendre en compte trois paramètres essentiels avant de définir les étapes à suivre dans l'élaboration du diagnostic :

- ✓ La commande passée par le maître d'ouvrage : Identifier les différents parcours de prise en charge de la personne existants sur le territoire dans le secteur sanitaire, sportif, éducatif, social et médico-social. Cette commande est en cohérence avec les objectifs généraux cités précédemment.
- ✓ Le facteur « temporel » : il nous a été demandé de l'effectuer dans une période d'environ 2 mois, un temps qui limite le plan d'action opérationnel, si l'on considère la charge de travail envisagée.

- ✓ Les moyens mis à disposition : Des moyens humains réduits à notre seule participation et des moyens matériels et financiers limités aux ressources des organismes qui nous accueillent, en l'occurrence le Groupe Médical de Froncles et le Centre de Médecine et d'Evaluation Sportive de Chaumont.

Nous allons présenter maintenant les différentes phases de travail choisies et les éléments que nous comptons y intégrer.

2.3 Plan d'Action Opérationnel

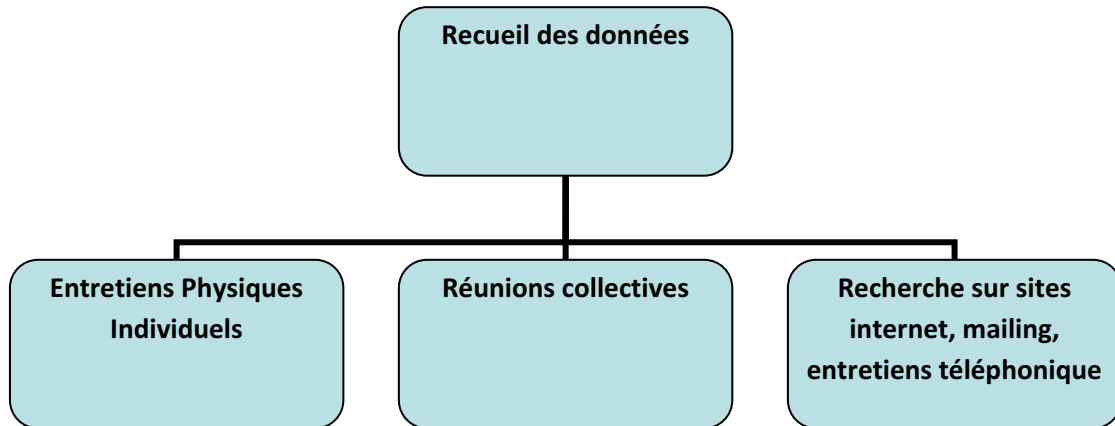
En tenant compte de la littérature étudiée, des objectifs du diagnostic et du cadre contextuel décrit précédemment nous avons choisi d'articuler notre travail en trois phases principales à travers lesquelles nous allons retranscrire les différents éléments de recherche et d'analyse obtenus :

- Etat des lieux
- Analyse stratégique du territoire
- Propositions d'actions stratégiques

Ces quatre phases de travail permettront de répondre aux objectifs du diagnostic fixés préalablement. Mais avant de pouvoir se lancer dans une étude de terrain il faut préparer la méthode de recueil des données que nous souhaitons utiliser.

2.3.1 Recueil de données

Nous avons fixé la stratégie méthodologique choisie pour le recueil des données, en tenant compte, ici encore, du contexte et du cadre de travail :



Pour chacun des entretiens passés avec les acteurs du territoire, nous nous inspirerons de la méthode du CLBE, décrite précédemment. Cela nous permettra d'obtenir de façon formelle ou informelle les informations nécessaires afin d'enrichir notre « Etat des lieux » mais également d'évaluer l'importance de chacun des acteurs dans notre « analyse stratégique du territoire ».

Nous suivrons la méthodologie suivante en ce qui concerne la préparation et la construction des entretiens (« Méthodes qualitatives en sciences sociales », Anne REVILLARD, 2006) :

Une grille d'entretien se prépare en deux temps :

- quelles sont les questions que nous nous posons ?
- comment pouvons-nous les traduire en questions à poser à notre interlocuteur ?

Donc dans une première étape, on réfléchit aux questions que l'on se pose, à partir de la problématique générale de la recherche (que l'on cherchera à décliner en des questions de plus en plus spécifiques), et éventuellement des conclusions issues des premières observations et/ou entretiens. Il faut réfléchir si, parmi ces questions, certaines sont plus pertinentes pour la personne que l'on va interroger en particulier.

La deuxième étape va consister à passer de ces questions formulées en termes conceptuels, théoriques, et souvent marquées par une problématique particulière, aux questions que l'on va poser directement à son interlocuteur (qui seront distinguées ci-dessous en italiques²).

Ceci implique :

- de traduire les questions en des termes intelligibles par l'interlocuteur, c'est-à-dire d'abord en termes non sociologiques, et ensuite en des termes adaptés au registre de vocabulaire de son interlocuteur ;
- ne pas mettre la réponse dans la question : cela signifie : éviter les questions affirmatives, et dans la mesure du possible, ne pas faire de suggestions de réponse (sinon on se retrouve dans la situation du questionnaire fermé);
- une règle d'or : éviter l'imposition de problématique (c'est aussi pour cela qu'il faut faire attention à la manière dont on présente son sujet de recherche au moment de la prise de contact et au début de l'entretien) : éviter de poser à l'interlocuteur des questions qu'il ne se pose pas, ou dans des termes qui ne correspondent pas aux siens.
- ordre des questions : préparer les questions dans un ordre logique, éviter les coq-à-l'âne... poser en premier les questions les moins gênantes, celles qui vont mettre en confiance : souvent des questions factuelles. Si nous avons besoin de vérifier des hypothèses en risquant une forme d'imposition de problématique : il faut le garder pour la fin (pour que ça n'influence pas le reste du discours).

Nous avons choisi de mener des entretiens semi-directif, ce qui implique que les questions devront être « rattachées » dans la mesure du possible au fil du discours de l'enquêté. Nous ferons donc de la grille d'entretien un « usage souple : elle doit nous permettre de vérifier que tous les thèmes que nous souhaitons aborder l'ont été, et peut nous être utile pour nous rappeler des formulations précises de questions. » (*Voir annexe 2*)

Pour ce qui est des réunions collectives, nous essaierons de nous tenir informés des différentes réunions organisées afin de faciliter la multiplicité des rencontres avec les acteurs. Cela permettra de diffuser les informations concernant le développement du sport santé au niveau national, les actions entreprises par le RSSBE au niveau régional et l'objet de notre travail au niveau local.

Si nous ne pouvons rencontrer directement les acteurs ou assister à des réunions collectives, nous pourrons appuyer nos recherches par le biais d'internet, du mailing ou encore en s'entretenant avec les personnes par téléphone. Nous préparerons chaque entretien téléphonique de la même façon que pour un entretien physique.

Nous allons détailler maintenant, pour chaque partie du diagnostic, la méthodologie à suivre.

2.3.2 Description du plan d'action opérationnel

Phase 1 : Etat des Lieux

L'objectif de la première phase est, donc, de faire un état des lieux du territoire dans les champs sanitaire, social, médico social, éducatif, sportif et du « sport santé ». Mais également d'effectuer un recensement des caractéristiques démographiques, socio-économiques et un bilan de l'état de santé de la population.

Nous essaierons, dans la mesure du possible, de recenser ces informations à l'échelon national, régional, départemental et local afin de situer les caractéristiques de notre territoire de diagnostic par rapport à celles de ces autres territoires.

✓ **Contexte du territoire**

Il s'agissait ici de situer les caractéristiques démographiques, socio-économique, l'état de santé, les comportements en matière d'activité physique et le niveau de sédentarité des populations. Il faudra effectuer ces recherches sur le site de l'INSEE, de l'Observatoire Régional de Santé de Champagne-Ardenne mais également auprès de l'Agence Régionale de Santé et de la Direction Régionale Jeunesse Sport et Cohésion Sociale.

✓ **Secteur Sanitaire**

Nous allons tenter de recenser les différents établissements de Santé et d'observer les particularités de la démographie médicale et paramédicale. Ensuite nous listerons les associations d'usagers comme les associations de patients et de professionnels de santé.

Nous rechercherons ces données auprès de l'Agence Régionale de Santé, de l'ORSCA, des collectivités locales, des hôpitaux mais également des sites de l'INSEE, de CartoSanté et du ministère de la Jeunesse des Sports et de la Cohésion Sociale.

✓ **Secteur Social et Médico-social**

Nous essaierons de définir l'organisation de l'aide sociale et médico sociale à l'échelon local afin de cerner les compétences des différents acteurs locaux dans ce champ d'intervention. Nous listerons ensuite les différents établissements et services existant pour la prise en charge des différents publics concernés par l'aide sociale ou médico sociale.

Pour cela nous devons trouver une personne ressource et rechercher dans la littérature ces différents éléments. Il faudra se renseigner auprès des responsables de structures sociales et médico-sociales aussi bien dans le secteur privé que dans l'administration public. C'est-à-dire les communes, le conseil général et la Direction Départementale de la Cohésion Sociale et de la Protection des Population.

✓ **Secteur Educatif**

L'objectif principal sera de recenser les différents établissements scolaires et de repérer l'offre d'activité physique et sportive proposée pendant le temps scolaire comme les sections sportives par exemple. Mais aussi pendant le temps périscolaire comme l'accompagnement éducatif ou les associations sportives scolaires. Il faudra aussi relever les possibilités d'accès à une activité physique adaptée pour les élèves de l'établissement.

Il nous faudra considérer les 3 niveaux éducatifs suivant :

- Maternelle
- Primaire
- Secondaire

Nous ferons également un point sur les établissements de formation professionnelle.

Il faudra se renseigner auprès des municipalités, de l'inspection académique, du conseil général, du comité départemental UNSS et des établissements en particulier pour obtenir toutes ces informations. Nous pourrons également solliciter les conseillers pédagogiques EPS, les Inspecteurs Pédagogiques Régionaux en EPS.

✓ **Secteur Sportif**

Nous établirons un panorama de l'existant en matière d'équipements, d'associations et d'offre privée. Il nous faudra avoir accès au Recensement des Equipements Sportifs (RES) au niveau local par l'intermédiaire de la DRJSCS. Sachant que le RES ne prend en compte que les équipements sportifs faisant une boucle complète, il sera nécessaire de rechercher des informations sur les véloroutes, les voies vertes et les chemins forestiers. Il faudra se renseigner auprès de la Maison Départementale du Tourisme, de la société française des Véloroutes et Voies Vertes mais également du Comité Régional de Tourisme. Nous tenterons de lister ensuite les associations sportives du territoire en les classant par secteur d'activité. Pour avoir accès à l'offre associative, il faudra contacter et rencontrer les différents comités départementaux sportifs en lien avec le comité départemental olympique et sportif. Nous pourrons contacter par mail les différentes communes et autres collectivités territoriales.

Nous devons également nous appuyer sur le service sport et l'Office Municipale des Sports des Villes du territoire, dans notre cas cela se résumera à la ville de Chaumont. Le pôle jeunesse, sport et cohésion sociale de la DDCSPP sera également un appui important dans ces recherches, l'objectif sera de trouver la ou les personnes ressources en mesures de nous aider.

✓ *Offre Sport-Santé*

Dans cette partie, nous ferons un bilan de l'offre associative « Sport-Santé », c'est-à-dire un recensement des associations proposant des créneaux d'activités physiques adaptées pour tous publics que ce soit en prévention primaire ou tertiaire. Mais nous recenserons également les possibilités de formation pour les éducateurs, animateurs qu'ils soient salariés ou bénévoles. Nous essaierons de situer l'offre qui pourra être d'ores et déjà formellement reconnue « sport santé » et celle qui pourra potentiellement le devenir.

Pour effectuer ces recherches nous devons procéder à une étude de terrain basée sur des rencontres avec les comités départementaux sportifs en lien avec le comité départemental olympique et sportif. Nous pourrons également nous renseigner par le biais des réponses aux appels à projet de l'ARS et des contrats urbain de cohésion sociale (CUCS) de la ville par exemple mais également par le biais des dossiers CNDS.

Phase 2 : Analyse stratégique du territoire

Nous analyserons dans cette seconde phase les différentes données recueillies lors de l'état des lieux du territoire. Cela nous permettra, à travers l'utilisation d'outils méthodologiques reconnus, d'établir un bilan des « freins et des leviers » et ce, dans un but d'orienter les stratégies de développement du « Sport Santé ».

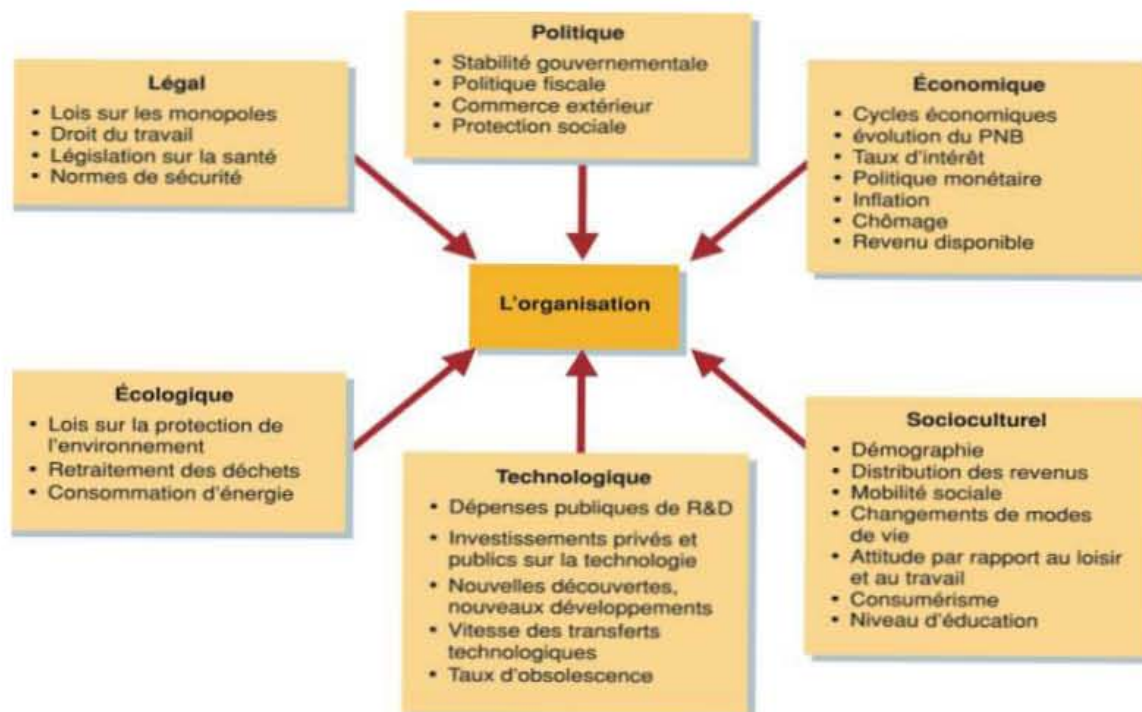
✓ **Analyse du contexte macro environnementale (externe)**

Nous avons décidé d'utiliser la matrice PESTEL afin d'envisager le contexte général englobant le projet. Cette analyse permet d'évaluer les forces de l'environnement général qui peuvent influencer celui de notre territoire. Une approche multidimensionnelle est souhaitée afin de prendre en compte une multitude de paramètres.

Cet outil permet d'envisager les dimensions :

- Politiques
- Economiques
- Socioculturelles
- Technologiques
- Environnementales
- Légales.

Exemple : (<http://storage.canalblog.com/21/33/33128/17685618.pdf>)



Afin de prendre en considération plusieurs approches, nous nous appuyerons sur différentes visions des phénomènes constatés. Nous établirons alors les éléments reconnus comme étant une opportunité, une incertitude ou une menace.

✓ ***Analyse comparative macro et micro environnementale (externe et interne)***

Après avoir envisagé le contexte général, il sera nécessaire de comparer ces données avec des indicateurs locaux afin de mieux appréhender un éventuel projet de développement du « Sport Santé » sur le territoire. Nous utiliserons dans ce cas l'analyse SWOT.

La matrice SWOT permet d'entrevoir plusieurs données de territoire (<http://fr.wikipedia.org/wiki/SWOT>) :

- les forces (Strengths)
- les faiblesses (Weaknesses)
- les opportunités (Opportunities)
- les menaces (Threats)

Cet outil stratégique permet de dresser un véritable état des lieux que nous avons pu alimenter grâce à nos visites de terrain et des entretiens avec des professionnels.

Tout comme l'analyse PESTEL, SWOT est un outil évolutif puisqu'il est susceptible d'être réactualisé tout au long de la phase de projet grâce à des entretiens supplémentaires.

Notre matrice SWOT fera également l'analyse comparative des forces, des faiblesses, des opportunités et des menaces. Nous allons voir comment les unes peuvent maximiser ou minimiser les autres.

Voici le tableau comparatif « SWOT » :

| | | | | |
|------------------------------|---|------------------------------|---|--|
| | | Environnement Interne | | |
| | | Forces | Faiblesses | Examiner en quoi les forces permettent de maîtriser les faiblesses ? |
| | | Listing | Listing | |
| Environnement externe | Opportunités | Listing | Comment utiliser les forces pour tirer parti des opportunités ? | Comment corriger les faiblesses en tirant parti des opportunités ? |
| | Menaces | Listing | Comment utiliser les forces pour réduire les menaces ? | Comment minimiser les faiblesses et les menaces ? |
| | Examiner en quoi les opportunités permettent de minimiser les menaces ? | | | |

Cette étude permettra d'établir les problématiques et les enjeux que ce territoire dégage en termes de développement du « sport santé ». Cette étude préalable favorisera l'identification des acteurs et l'analyse de leur influence sur le projet car comme le dit Crozier, « l'enjeu fait l'acteur ».

✓ **Analyse stratégique des acteurs du territoire**

L'analyse stratégique des acteurs a été théorisée par Crozier et Friedberg (*in* L'acteur et le Système, 1977 / Le pouvoir et la règle, 1993). Elle repose sur deux postulats de base :

- Toute organisation est une construction sociale
- Toute organisation est structurée par un ensemble de contraintes et de zones d'incertitude

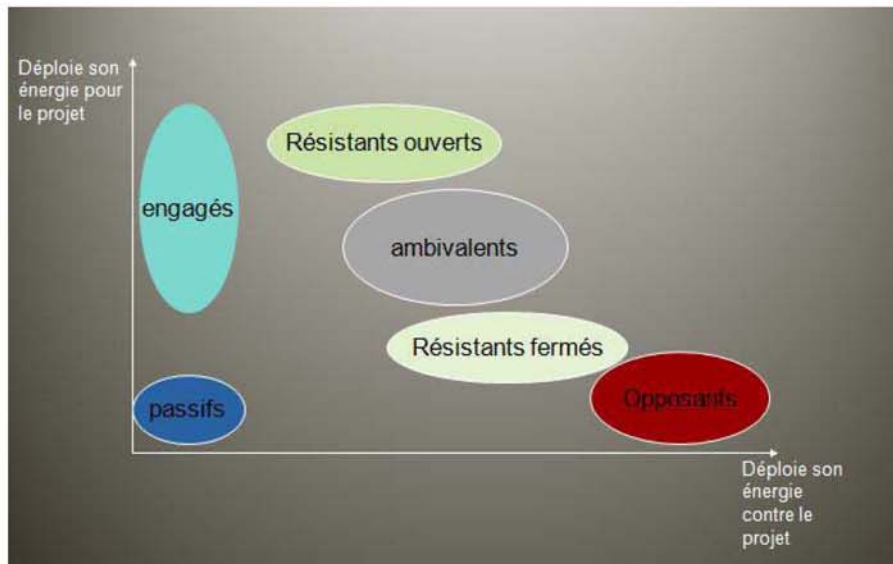
Cette analyse permet de « découvrir les caractéristiques, la nature et les règles des jeux qui structurent les relations entre les acteurs concernés et, partant, conditionnent leurs stratégies, et de remonter ensuite aux modes de régulation par lesquels ces jeux s’articulent les uns aux autres et sont maintenus en opération dans un système d’action » (Crozier, Friedberg, l’acteur et le système, 1977, p.392).

Nous analyserons dans un premier temps les caractéristiques, les enjeux du projet, les atouts et les handicaps pour chacun des acteurs concernés par ce projet de développement territorial « Sport-Santé ». Nous utiliserons, dans un premier temps un tableau récapitulant ces différentes données. (Cours master 1 ProjTer 2010, Valérie Bretagne).

| Acteurs | Caractéristiques | Enjeux | | Atouts | Handicaps | Stratégies |
|---------|------------------|--------|-------|--------|-----------|------------|
| | | Perd | gagne | | | |
| | | | | | | |

Ce tableau n’est pas figé, c’est ainsi que certaines informations pourront être récoltées ultérieurement. Cet outil est donc amené à évoluer afin d’aboutir à la conception d’un projet **implanté**.

Dans un deuxième temps, nous tenterons de repérer quels sont les acteurs qui peuvent être favorable au projet, résistants ou opposants voir ceux qui sont neutres ou ambivalent. Nous élaborerons donc **un sociogramme**. La réalisation de ce dernier est conseillée afin d’obtenir une représentation visuelle pertinente des jeux d’acteurs.



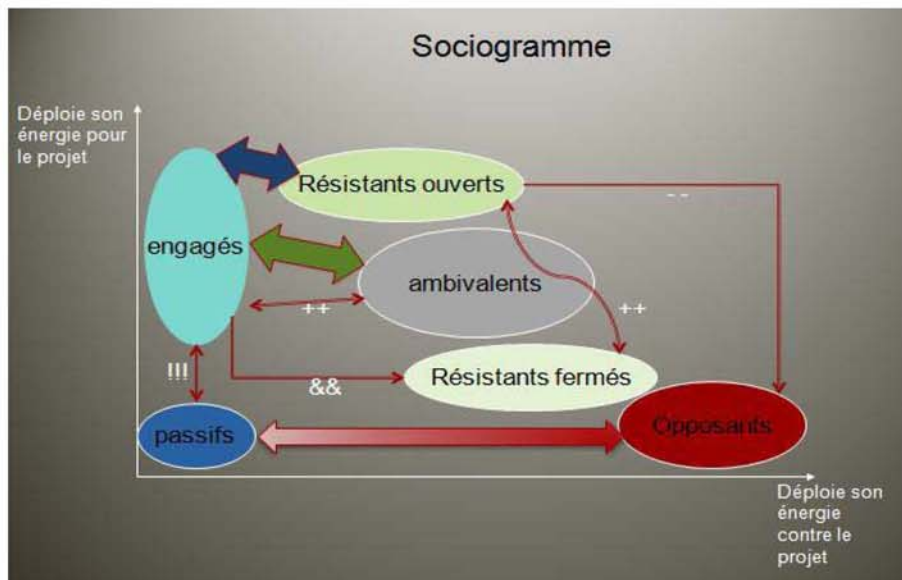
Cours master 1 ProjTer 2010, Valérie Bretagne

Chaque relation entre acteurs (quelle que soit leur position face au projet) sera caractérisée de la façon suivante :

+ / - : qualité des relations existantes

&& : Importance des relations nécessaires à la réalisation du projet

!! : Relations inexistantes (pour l'heure)



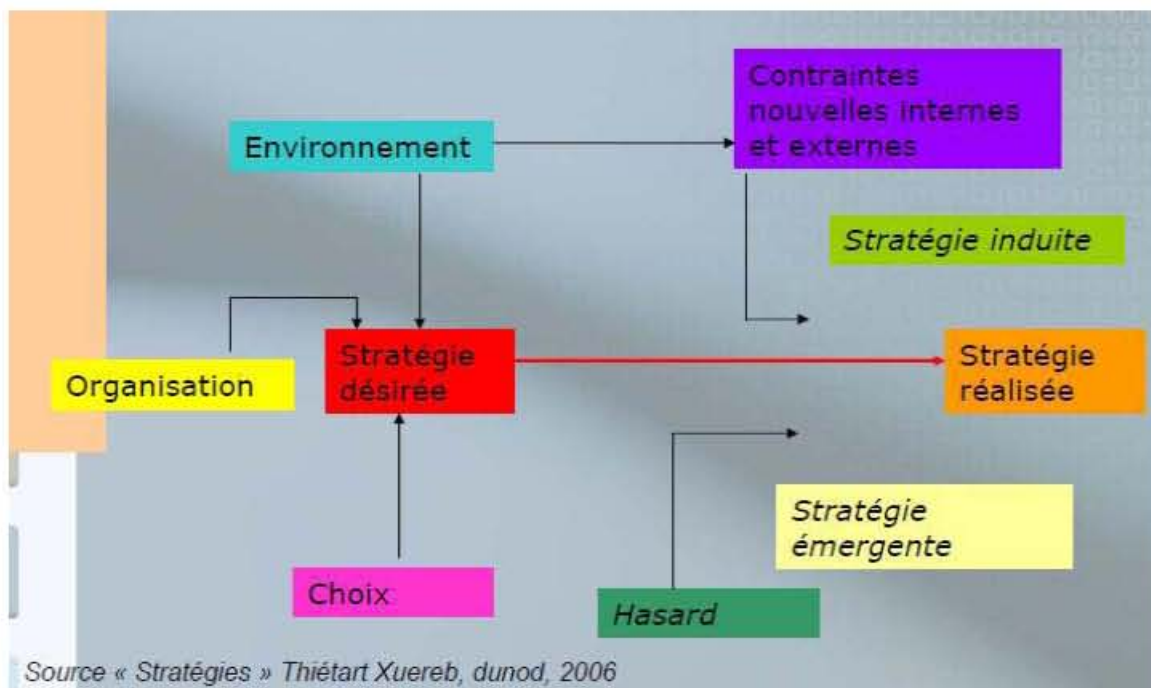
Cours master 1 ProjTer 2010, Valérie Bretagne

Phase 3 : Propositions d'actions

Nous commencerons par établir un bilan global du contexte territorial en rappelant les forces et les faiblesses essentielles du territoire.

Suite à cela, nous ferons émerger les grands enjeux que ce projet de développement territorial du « sport santé » suscitera. Il s'agira donc de lister ces enjeux tout en les argumentant, de manière à mieux comprendre notre réflexion.

Après avoir déterminé les grands enjeux du projet, étudier les relations existantes entre les acteurs et en tenant compte des objectifs généraux fixés préalablement dans notre diagnostic, nous établirons un plan d'action stratégique. Celui-ci n'est pas figée en effet, tout comme le diagnostic, il peut y avoir des éléments nouveaux modifiant nos analyses et par la même notre vision des relations entre les acteurs par exemple. La stratégie de notre plan d'action est donc évolutive et se doit d'être continuellement réajustée quand cela est nécessaire.



On identifie concrètement dans ce cas, deux stratégies :

- La stratégie désirée, c'est-à-dire celle que l'on aura établie des suites de nos analyse.
- La stratégie réalisée, c'est-à-dire celle qui sera revue suite à des contraintes nouvelles internes et/ou externes, et qui induira le futur plan d'action.

Notre travail de diagnostic n'est pas une fin en soi, il faudra tenir compte des différents changements possibles et s'informer régulièrement des changements non anticipés. Ceci dans un seul but : garantir l'efficacité de la stratégie mise en place.

Nous allons désormais relater les différents résultats obtenus suite à notre travail de diagnostic territorial « Sport santé ». Notre objectif n'est pas de retranscrire précisément toutes les données Brut que nous avons recueillies mais simplement les informations que nous avons réussi à obtenir selon le cadre méthodologique que nous nous étions fixés au préalable. Nous appuierons cela par la présentation d'extraits de notre diagnostic et pour obtenir plus de précisions sur tous les résultats de nos recherches, nous joindrons un cd rom du diagnostic en question.

Partie 3 : Présentation de l'état des lieux

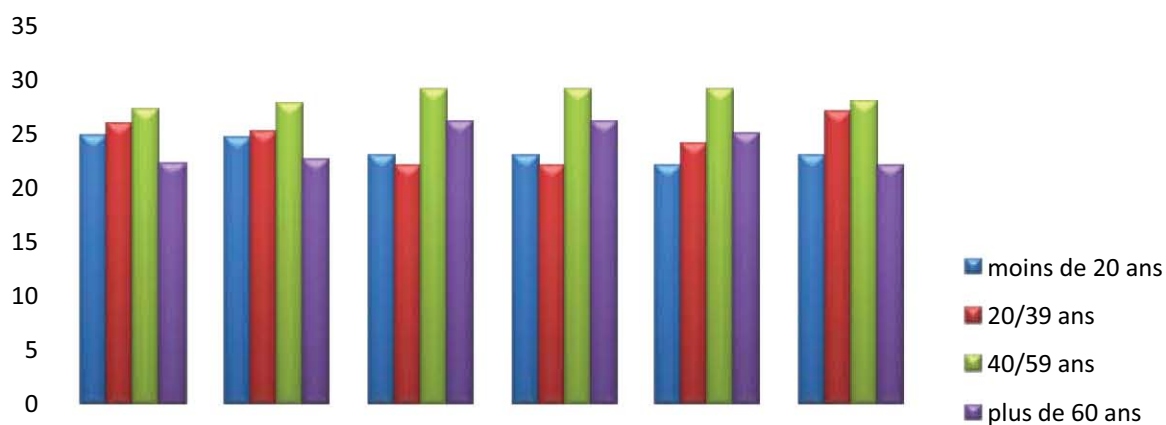
1 Contexte du territoire

1.1 Situation Démographique

Nous avons recensé des données multiples à travers lesquelles nous avons pu situer la population, sa structuration, son évolution et sa projection sur 30 ans, pour chacun des territoires : national, régional, départemental et local. Ces informations ont été principalement recueillies sur le site internet de l'INSEE à travers lequel nous avons pu reprendre les différents tableaux et cartes. Nous avons également obtenus des chiffres dans le STATISS 2008 que nous a transmis la directrice du service statistique de la DRJSCS. Afin de

pouvoir comparer les données des territoires comme nous l'avons prévu dans notre méthodologie de départ, nous nous sommes centrés sur des données provenant de la même année de recensement. Nous avons utilisé essentiellement l'histogramme comme outil de comparaison des données et ce dans le but de marquer les différences ou les équivalences entre les différents territoires. Pour chaque donnée recensée et chaque outil de comparaison utilisé, nous apportons une analyse objective des particularités observées. Comme par exemple pour l'étude de la structure de la population.

Figure 1 : Structure de la population générale par tranches d'âge



Insee, 2007

« La Haute-Marne présente une population nettement plus âgée que la moyenne nationale et régionale. En effet, il y a 26 % de personne de plus de 60 ans pour de département contre 22 % environ pour la France et la Champagne-Ardenne, au même titre que deux des trois communautés de communes étudiées, 27 % et 25 % pour la Vallée du Rognon et Bologne, Vignory, Froncles. »

1.2 Situation Sociale

Nous avons recensé dans cette rubrique, des informations sur l'état matrimonial, les ménages, les personnes âgées, les familles, les enfants handicapés scolarisés, les bénéficiaires de la CMU, les bénéficiaires de prestations sociales et les diplômés de plus de 15 ans. Nous avons utilisé ici des tableaux, des histogrammes et des diagrammes par secteurs pour analyser et comparer les données recueillies pour chaque niveau territorial.

Par exemple voici les recherches et les analyses comparatives effectuées sur les types de diplômes obtenus par la population des territoires étudiés.

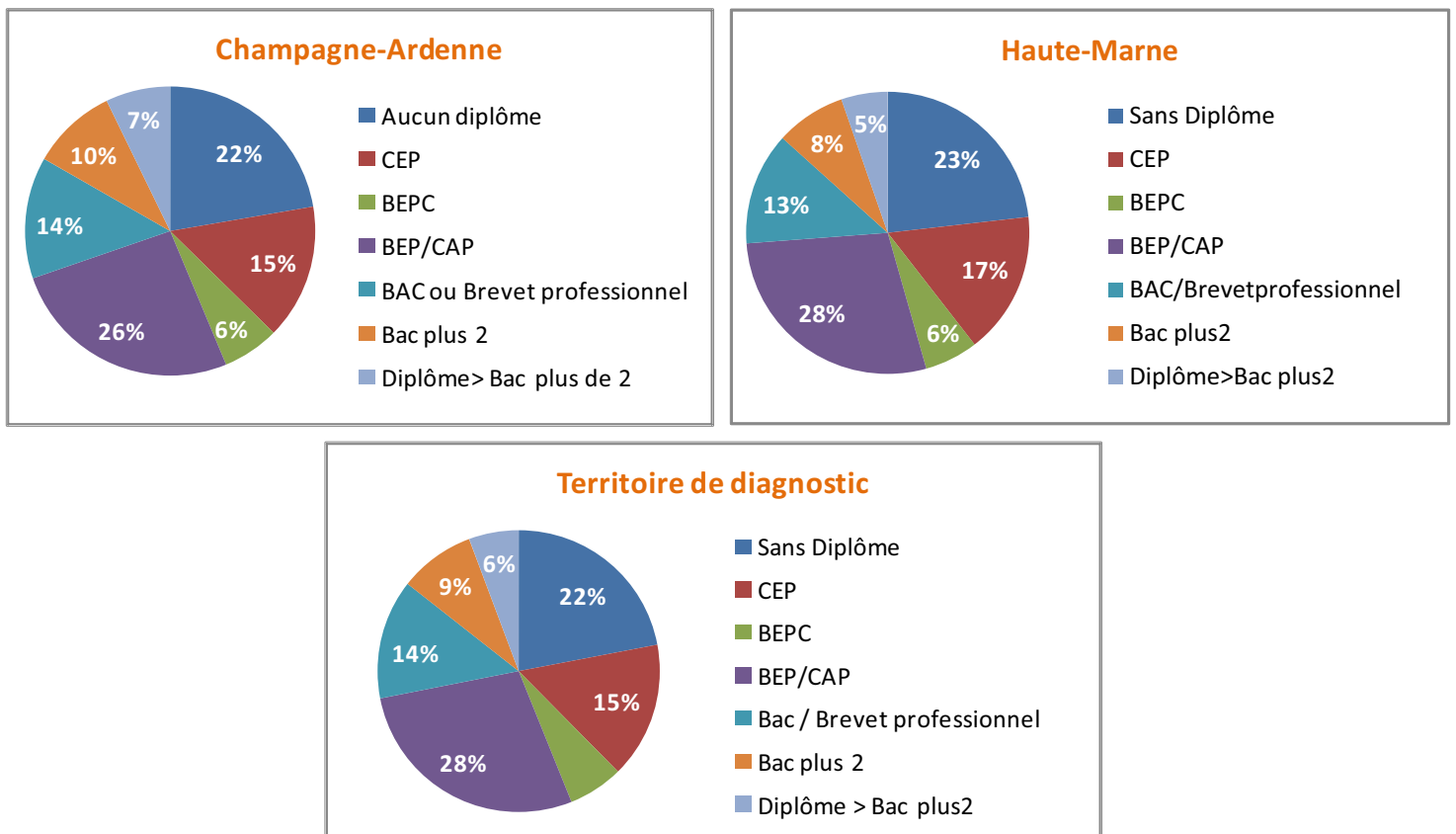
Tableau 1 : Diplôme le plus élevé de la population non scolarisé de 15 ans ou plus en %

Au niveau Régional, Départemental et Local

| | Aucun diplôme | CEP | BEPC | BEP / CAP | Baccalauréat ou Brevet professionnel | Diplôme Bac + 2 | Diplôme > à Bac + 2 |
|---------------------------------|---------------|-------------|------------|-------------|--------------------------------------|-----------------|---------------------|
| Doulaincourt | 25,5 | 17,2 | 6,4 | 28,5 | 11,8 | 7 | 3,6 |
| Andelot | 25,3 | 17,4 | 5,7 | 27,9 | 12,4 | 7,9 | 3,3 |
| Juzennecourt | 22,6 | 15,8 | 5,7 | 27,6 | 15,3 | 8,3 | 4,8 |
| Chaumont Nord | 13,6 | 12,8 | 7,2 | 26 | 16,3 | 12,1 | 12 |
| Chaumont Sud | 22,4 | 12,5 | 7 | 27,6 | 14,2 | 9,3 | 7 |
| Vignory | 22,5 | 18,1 | 6,1 | 30,1 | 12,1 | 7,4 | 3,7 |
| Territoire du Diagnostic | 22 | 15,6 | 6,3 | 28 | 13,7 | 8,7 | 5,7 |
| Haute-Marne | 23,2 | 16,3 | 6,1 | 28,2 | 12,9 | 8 | 5,3 |
| Champagne-Ardenne | 22,3 | 15,1 | 6,3 | 26 | 13,6 | 9,5 | 7,2 |

Source Insee, 2007

Figure 2 : Comparaison par territoire de la répartition des diplômés par diplôme maximum obtenu



« On peut remarquer que le territoire diagnostiqué et la Haute-Marne possède un taux de personne, étant titulaire de diplômes professionnels (CEP, CAP, BEP), supérieur à la moyenne régionale. Mais pour ce qui est des diplômes d'études supérieures, ces 2 territoires ont un taux significativement inférieur à la moyenne régionale (8,7% pour le territoire du diagnostic contre 9,5 % pour la région). Cette différence est encore plus marquée si l'on compare ces chiffres avec ceux des cantons ruraux comme le canton d'Andelot ou de Doulaincourt... (Entre 7 et 8 % environ pour les diplômes bac+2). »

1.3 Situation économique

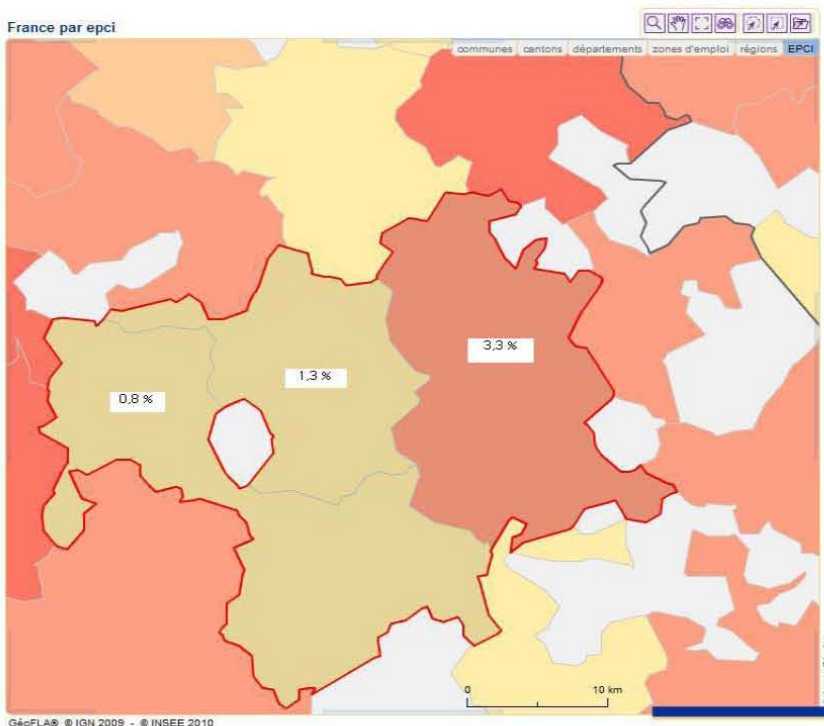
L'objet de nos recherches ont été de cibler le taux de chômage et d'activité des 15/64 ans, le revenu salarial ainsi que les catégories socioprofessionnelles de la population. Nous avons décrit et analysé chacune des données à travers l'élaboration de tableaux descriptifs, de diagrammes par secteurs, d'histogrammes et de cartographies au niveau local.

Pour illustrer ces explications, nous décrivons ci-après un passage de ce travail :

Catégories Socioprofessionnelles

Au niveau local

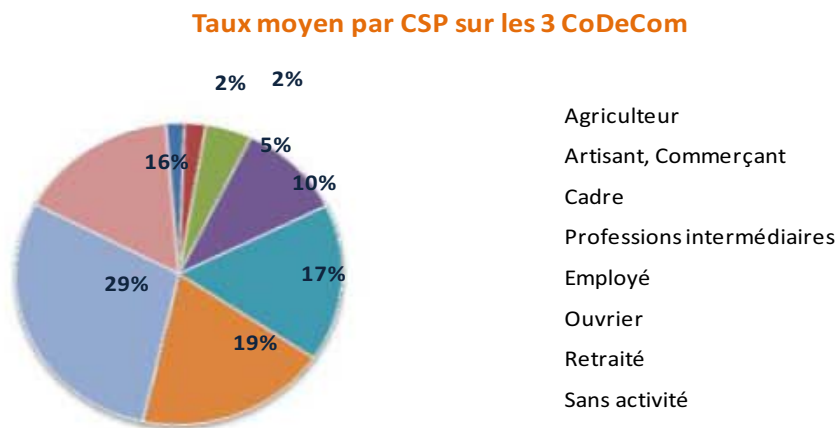
« Nous allons relever la répartition de chaque CSP sur chacune des trois communautés de commune mais nous ne pourrions comparer directement ces données aux valeurs départementales car dans le cas présent l'étude prend aussi en considération le taux de retraités et de sans activités, alors que dans l'étude précédente on ne considère que la population active des 15/64 ans du département. En revanche nous pourrions étudier les proportions des CSP les unes par rapport aux autres que ce soit sur le plan National, départemental ou local. »



✓ **Figure 3 : Agriculteurs, exploitants**

« La vallée du rognon possède le plus fort taux d'agriculteurs, exploitants avec 3,3 %. On peut le comprendre si l'on se souvient du fait qu'il s'agit d'un territoire très rural. (Densité de population faible). »

Figure 4 : Bilan des CSP sur le territoire de diagnostic



Insee, 2010

« On peut remarquer la prédominance du taux de retraité par rapport aux autres catégories socioprofessionnelles (29 %). Cela peut s'expliquer par le vieillissement de la population de ce territoire. »

1.4 Etat de Santé des populations

Nous avons retranscrit les informations relatives à l'espérance de vie, mortalité, morbidité et la santé au travail. N'ayant pas de données pour notre territoire de diagnostic, nous nous sommes contentés d'analyser celles obtenues au niveau départemental. Sachant que le travail effectué jusqu'alors, montre que les caractéristiques populationnelles de notre territoire de diagnostic sont représentatives de celles du département haut-marnais. Nous nous sommes essentiellement appuyés sur les données de l'Agence Régionale de Santé. Voici un exemple de ce que nous avons identifié :

Morbidité

Obésité et surpoids

Au niveau National, Régional et Départemental

« L'IMC est un indice permettant de mesurer la maigreur, le surpoids et l'obésité chez les personnes adultes. Il s'obtient en rapportant le poids d'un individu à sa taille au carré. Il permet de donner les modalités données par l'organisation mondiale de la santé sont les suivantes :

- < 18,5 : Maigreur
- [18,5 – 25 [: Poids normal
- [25 – 30 [: Surpoids
- 30 et + : Obésité

Globalement, pour chaque tranche d'âge de la population, la prévalence de la surcharge pondérale en **Champagne-Ardenne** est nettement supérieure à la moyenne nationale.

De 18 à 54 ans une femme sur trois est en surcharge pondérale, et de 55 à 75 ans c'est une femme sur deux.

De 35 à 75 ans, plus d'un homme sur deux est en surcharge pondérale et plus d'un homme sur trois l'est de 18 à 34 ans. »

Tableau 2 : Prévalence du surpoids et de l'obésité

Prévalence du surpoids et de l'obésité [1]

Prévalence de la surcharge pondérale (surpoids et obésité) selon le sexe et l'âge

| | Champagne-Ardenne | | France métropolitaine | |
|-----------|-------------------|--------|-----------------------|--------|
| | Hommes | Femmes | Hommes | Femmes |
| 18-34 ans | 38,2% | 33,4% | 26,8% | 21,0% |
| 35-54 ans | 54,2% | 30,4% | 53,1% | 32,4% |
| 55-75 ans | 62,3% | 50,2% | 65,2% | 43,0% |

Source : Baromètre santé nutrition 2009 - ORS Champagne-Ardenne, Inpes
Exploitation ORSCA

Évolution de la prévalence de l'obésité en Champagne-Ardenne
(En % de la population adulte de 18 ans et plus)

| Année | 1997 | 2000 | 2003 | 2006 | 2009 | Evolution 1997-2009 |
|------------|------|-------|-------|-------|-------|------------------------|
| Prévalence | 8,5% | 13,6% | 16,0% | 14,2% | 17,0% | + 100% |

Source : Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité - Obépi f

Tableau 3 : Répartition de la corpulence selon le sexe

Répartition de la corpulence selon le sexe (calcul de l'IMC selon les données de poids et de taille déclarées)

| | Champagne-Ardenne | | France métropolitaine | |
|--------------|-------------------|--------|-----------------------|--------|
| | Hommes | Femmes | Hommes | Femmes |
| Obésité | 13,9% | 17,4% | 9,8% | 9,8% |
| Surpoids | 37,4% | 32,9% | 38,6% | 22,3% |
| Poids normal | 48,4% | 47,6% | 50,4% | 62,7% |
| Maigreur | 0,4% | 2,2% | 1,2% | 5,1% |

Source : Baromètre santé nutrition 2009 - ORS Champagne-Ardenne, Inpes,
Exploitation ORSCA

« On remarque également que la prévalence de l'obésité en Champagne-Ardenne a doublé en 12 ans.

On constate un taux d'obésité et de surpoids chez les hommes et les femmes de Champagne-Ardenne nettement supérieur par rapport à la moyenne nationale.

Les femmes présentent un taux d'obésité supérieur à celui des hommes en Champagne-Ardenne et qui est près du double du taux national que ce soit chez les hommes ou que ce soit chez les femmes (17,4 % pour 9,8 %).

Le taux de personnes en surpoids entre le niveau régional et national est sensiblement similaire chez les hommes (37,4 % pour 38,6 %) mais chez les femmes, le taux régional est supérieur au taux national (+ 10 % environ). »

Tableau 4 : Diabète traité et Tableau 5 : profil des personnes traitées (enquête ENTRED)

Au niveau National, Régional et Départemental

Diabète traité en 2007

| Données INVS | Ardennes | Aube | Marne | Haute-Marne | Champagne-Ardenne | France métro. |
|-------------------------------------|----------|-------|-------|-------------|-------------------|---------------|
| Taux standardisé* de prévalence (%) | 4,6% | 4,6% | 4,5% | 4,4% | 4,5% | 3,9% |
| Taux brut de prévalence (%) | 4,3% | 4,5% | 3,9% | 4,5% | 4,2% | 3,6% |
| Âge moyen (années) | 64,9 | 65,9 | 64,6 | 65,8 | 65,2 | 64,9 |
| Pourcentage d'hommes (%) | 48,4% | 49,4% | 50,1% | 50,3% | 49,6% | 53,1% |

Source : INVS, BEH n°43 - Données pour 2007

*Population de référence : France entière ; standardisation sur l'âge et le sexe.

Enquête ENTRED (Échantillon national témoin représentatif des personnes diabétiques traitées)
Étude 2001-2003 (Résultats 2007-2010 à venir prochainement)

| | Champagne-Ardenne | | France | |
|--------------------------------------|-------------------|-------------|----------|--------------|
| Âge moyen | 60 ans | [57,1-62,8] | 63,6 ans | [63,2-64,0] |
| Pourcentage d'hommes | 48,4 | [38,1-58,6] | 54,2 | [52,61-55,8] |
| Pourcentage d'obèses | 43,7 | [33,3-54,1] | 33,9 | [32,3-35,4] |
| Circonstances de découverte : | | | | |
| Symptômes | 24,4 | [15,3-33,5] | 19,4 | [18,1-20,7] |
| Malaise ou coma | 5,8 | [0,9-10,8] | 5,7 | [4,9-6,4] |
| Complications | 10,5 | [4,0-16,9] | 9,7 | [8,7-10,7] |
| Grossesse | 4,7 | [0,2-9,1] | 2 | [1,6-2,5] |
| Analyse sang/urine | 48,8 | [38,3-59,4] | 56,4 | [54,8-58,1] |
| Autres | 5,8 | [0,9-10,8] | 6,7 | [5,9-7,6] |

Entre crochets les intervalles de confiance

Source : ENTRED - InVS

« **En 2007** : Le taux standardisé de diabète en Champagne-Ardenne, et plus particulièrement en Haute-Marne, est supérieur au taux de la France métropolitaine (4,4 % pour 3,9 %).

L'âge moyen des personnes Haut-marnaise atteintes de diabète est de 65,8 ans et il y a sensiblement autant d'hommes que de femmes touchés par cette maladie chronique.

Entre 2001 et 2003 : L'âge moyen en champagne ardenne était de 60 ans alors qu'il est de 65 ans environ en 2007. Cela peut encore s'expliquer par le fait que la population vieillit de plus en plus.

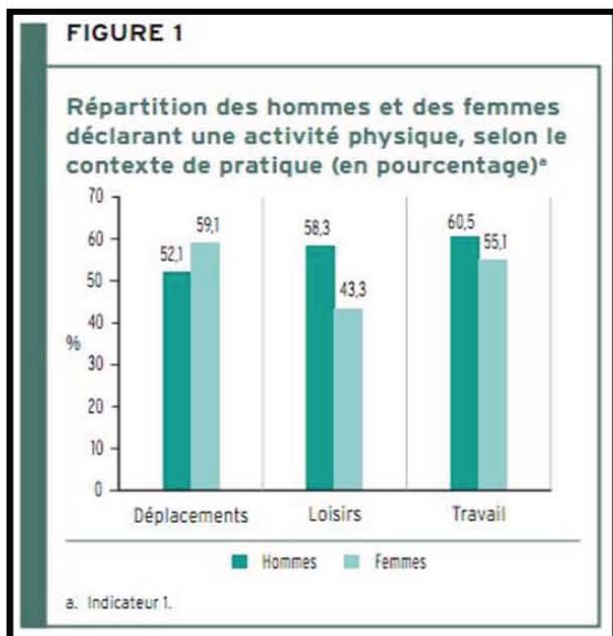
Il y avait 43,7 % des personnes atteintes du diabète qui était en situation d'obésité, on peut supposer qu'à l'heure actuelle, étant donné l'évolution de la prévalence du diabète de 1997 à 2009, ce chiffre est nettement supérieur ».

1.5 Pratique d'activité physique et sédentarité

En s'appuyant sur les **baromètres « santé nutrition » 2008 et 2009**, nous avons étudié l'activité physique déclarées par les populations à travers la situation et l'intensité de pratique. Mais également le niveau de sédentarité des français déclarés. Ces études ont été réalisées au niveau national :

Figure 5 : Part d'individus déclarant avoir une Activité Physique, en fonction de la situation de pratique

Au niveau National



« Il y a plus de femmes que d'hommes déclarant une activité physique pendant les déplacements, on peut imaginer que les femmes privilégient moins la voiture aux autres modes de transport que les hommes pour la part de population vivant en zone urbaine ou très proche de leur lieu de travail.

Baromètre santé nutrition 2008

Les hommes déclarent majoritairement pratiquer une activité physique pendant leur travail et pendant leurs loisirs (60,5 et 58,3 %). Les femmes déclarent à 55,1 % une activité physique pendant leur travail et seulement 43,3 % pendant leurs loisirs.

Ensuite nous sommes appuyés sur le **baromètre santé jeunes 2005** afin de cerner l'activité physique des jeunes de 12 à 25 ans. Il s'agit d'une étude régionale réalisée par l'Observatoire Régional de Santé de Champagne-Ardenne :

Tableau 6 : Activité physique et sédentarité des jeunes champardennais de 12 à 25 ans

| Champagne-Ardenne | | 12-25 ans |
|---|--|------------------|
| Activité physique et sédentarité | | |
| Définition de l'IMC en [1] | | |
| Pratique d'une activité sportive | | 80,0% |
| - part des garçons | | 83,4% |
| - part des filles | | 75,2% |
| - part des 12-14 ans | | 92,6% |
| - part des 23-25 ans | | 65,9% |
| Pratique en club ou en association sportive | | 46,5% |
| - part des jeunes dont l'IMC est inférieur à la normale | | 65,2% |
| - part des jeunes dont l'IMC est normal | | 46,6% |
| - part des jeunes dont l'IMC est supérieur à la normale | | 34,7% |
| Activités sédentaires | | |
| Regarder la télévision la veille de l'enquête | | 80,3% |
| - temps moyen passé par les jeunes dont l'IMC est supérieur à la normale | | 1h57 |
| - temps moyen passé par les jeunes dont l'IMC est inférieur à la normale | | 1h34 |
| - temps moyen passé par les jeunes quel que soit l'IMC | | 1h48 |
| Passer du temps devant un ordinateur la veille de l'enquête (yc Internet, console de jeux) | | 63,3% |
| - part des jeunes y ayant passé entre 1 et 3 heures | | 50,1% |
| - part des jeunes y ayant passé au moins 3 heures | | 31,7% |
| - part des jeunes dont l'IMC est supérieur à la normale à y avoir passé au moins 3 heures | | 47,8% |
| - part des jeunes dont l'IMC est normal à y avoir passé au moins 3 heures | | 29,5% |
| - part des jeunes dont l'IMC est inférieur à la normale à y avoir passé au moins 3 heures | | 20,3% |
| Lecture la veille de l'enquête | | 58,1% |
| - part des jeunes dont l'IMC est supérieur à la normale à avoir lu | | 50,1% |
| - part des jeunes dont l'IMC est normal à avoir lu | | 59,1% |
| - part des jeunes dont l'IMC est inférieur à la normale à avoir lu | | 66,9% |

Source : Baromètre santé jeunes 2005 - ORS Champagne-Ardenne, Inpes, Exploitation ORSCA

« Il y a 80 % des 12/25 ans qui déclarent pratiquer une activité sportive, dont 92,6 % des 12/14 ans et seulement 65,9 % des 23/25 ans. La part des garçons déclarant faire une activité sportive est supérieure à celle des filles (83,4 % pour 75,2 %).

Seulement un jeune sur trois dont l'IMC est supérieur à la normale, pratique une activité dans un club ou une association sportive. Et il y a presque un jeune sur deux dont l'IMC est normal ou inférieur qui déclare pratiquer une activité dans club.

Au total, il y a 46,5 % des jeunes interrogés qui déclarent pratiquer une activité physique dans un club ou une association sportive dont 58,1 % des 12/14 ans et seulement 29,1 % des 23/25 ans. Ce qui signifie que seulement un jeune de 23/25 ans sur trois déclarent pratiquer dans un club alors que presque trois jeunes sur cinq de 12/14 ans y pratiquent une activité physique. Pour la tranche des 23/25 ans, l'étude nous dit qu'il y a plus de filles qui pratiquent en club que de garçon (32,6 % contre 25,7 %).

Il y a 80,3 % des jeunes qui déclarent avoir regardé la télévision la veille de l'enquête en moyenne 1h48. Les jeunes dont l'IMC est supérieur à la normale ont, en moyenne, regardé la télévision plus longtemps que ceux dont l'IMC est Normal ou inférieur (1h57 contre 1h34).

Un jeune sur deux déclare avoir passé entre 1h et 3h devant un ordinateur la veille de l'enquête.

Près d'un jeune sur deux dont l'IMC est supérieur à la normale déclare avoir passé au moins 3h devant l'ordinateur la veille de l'enquête alors que la part des jeunes dont l'IMC est normal est de moins d'un jeune sur trois. Pour ceux dont l'IMC est inférieur à la normale, la part est d'un jeune sur cinq. »

Suite à l'analyse de ces études, nous avons élaboré les profils sociaux des personnes déclarant pratiquer le plus une activité physique, selon deux des trois situations de pratique définies dans les baromètre santé nutrition, ou selon l'intensité de pratique des jeunes de 12 à 25 ans définies dans le baromètre santé jeune 2005.

Figure 6 : Pratique d'activité physique liée au travail chez les personnes de 15 à 75 ans

Profil social de personne déclarant, majoritairement, avoir une AP pendant le temps de travail



« Le profil de personne déclarant pratiquer une activité physique pendant le temps de travail est un homme ayant entre 15 et 34 ans qui est ouvrier, employé ou agriculteurs ayant un revenu inférieur à 1500 euros et dont le niveau de formation ne dépasse pas le baccalauréat.

Il s'agit ici du profil de personne qui pratique une activité physique régulière, intense mais non adaptée et problématique pour sa santé. Cette activité physique journalière n'est pas favorable à l'amélioration de la qualité de vie. Il nous faudra étudier le profil des personnes ayant accès le plus souvent à une pratique d'activité physique lors des loisirs, c'est-à-dire qui semble plus favorable pour la santé. »

Figure 7 : Pratique d'activité physique liée aux loisirs chez les personnes de 15 à 75 ans

Profil social de personnes déclarant, majoritairement, avoir une AP lors des loisirs

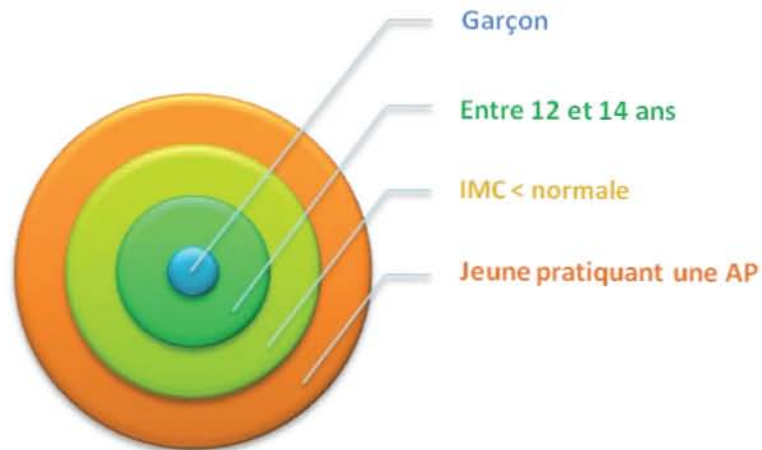


« La personne déclarant pratiquer une activité physique principalement durant les loisirs est, majoritairement, un homme qui a entre 45 et 54 ans, étant cadre supérieur par exemple, ayant un revenu supérieur à 1500 euros et un diplôme supérieur au baccalauréat.

Cela peut également être, simplement, un homme étudiant. »

Figure 8 : Pratique d'activité physique chez les jeunes de 12 à 25 ans

Figure 8.a : Profil type du jeune déclarant pratiquer de l'activité physique



« Le profil idéal du jeune qui pratique une activité physique est un garçon qui a entre 12 et 14 ans et dont l'Indice de Masse grasseuse est inférieur à la normale. »

Figure 8.b : Profil type du jeune déclarant ne pas pratiquer d'activités physiques

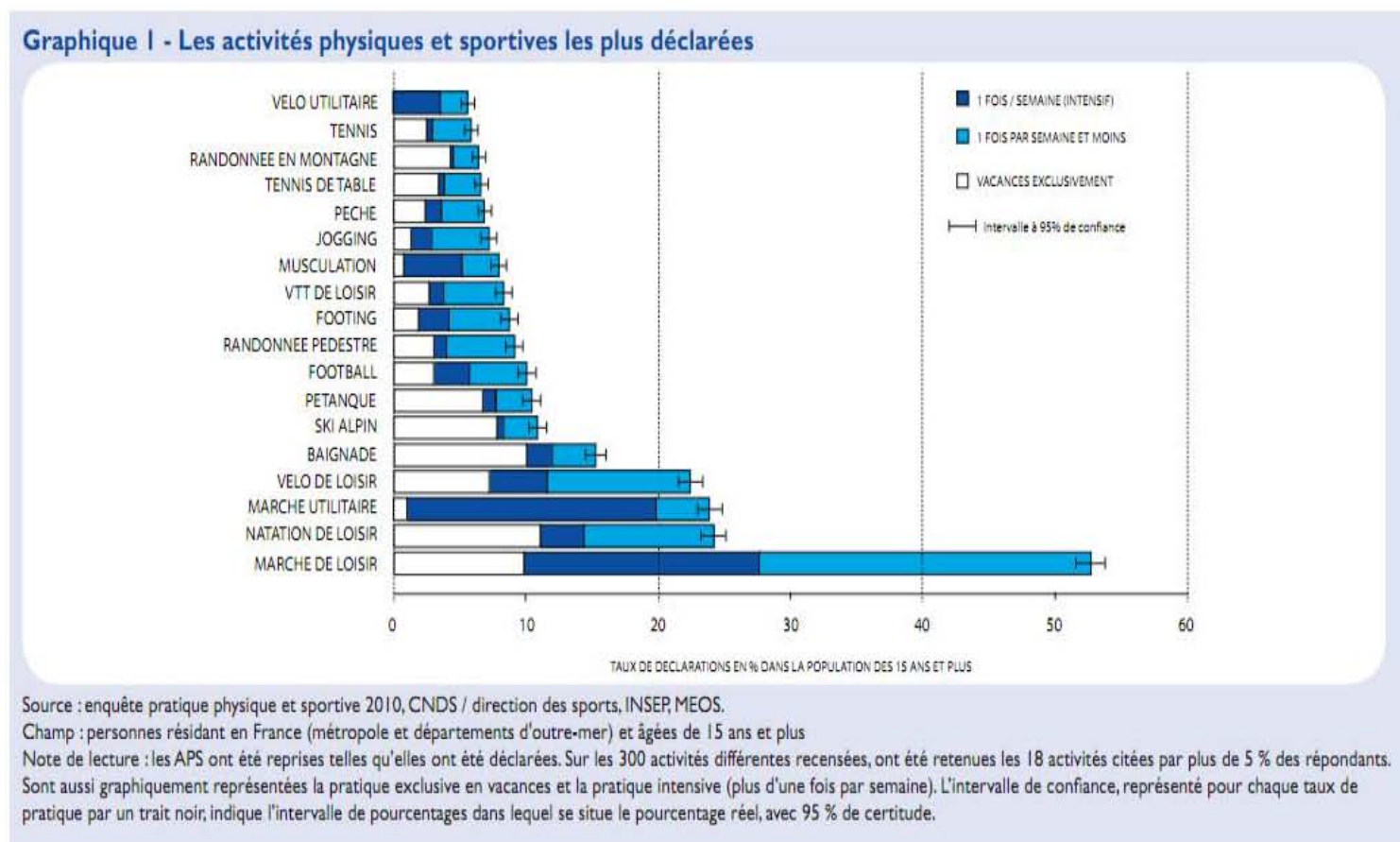


« Le profil type du jeune déclarant ne pas pratiquer d'activités physiques, est une fille qui a entre 23 et 25 ans et dont l'Indice de Masse Grasseuse est supérieur à la normale. »

Enfin, nous avons étudié l'enquête 2010 sur les pratiques physiques et sportives en France du ministère de la jeunesse, des sports et de la vie associative désormais appelé le ministère de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale. Cette étude nous a permis de repérer les habitudes de pratiques d'activités physiques et sportives ainsi que les profils sociaux des personnes déclarant pratiquer une activité physique et sportive.

Exemple :

Tableau 7 : Activités Physiques les plus déclarées



« On constate clairement que la pratique de loisir, non compétitive, est majoritairement représentée. Il y a une forte prépondérance de la marche, du vélo, de la natation, du jogging / footing ce qui reflète les principales motivations qui poussent les individus à pratiquer une activité physique et sportive : le loisir, la détente et l'entretien physique comme nous l'avions supposé précédemment. »

Tableau 8 : Profil social des pratiquants d'activité physique et sportive

| PROFIL SOCIAL | Niveau d'engagement selon le profil social (en %) | | | | |
|---|---|--|---------------------------------|-------------------|------------------------------|
| | déclaration de pratique | pratique intensive (plus d'une fois par semaine) | association ou structure privée | pratique encadrée | compétition ou manifestation |
| SEXE | | | | | |
| femme | 87 | 40 | 26 | 32 | 10 |
| homme | 91 | 46 | 28 | 24 | 26 |
| AGE | | | | | |
| de 15 à 29 ans | 94 | 46 | 41 | 48 | 30 |
| de 30 à 49 ans | 92 | 39 | 28 | 29 | 19 |
| 50 ans et plus | 84 | 44 | 18 | 17 | 9 |
| DIPLÔME | | | | | |
| sous le bac | 86 | 42 | 21 | 23 | 14 |
| bac ou équivalent | 92 | 45 | 35 | 37 | 23 |
| plus du bac | 96 | 44 | 36 | 38 | 22 |
| REVENU | | | | | |
| 1 500 euros et moins | 83 | 40 | 17 | 20 | 11 |
| de 1 501 à 3 000 euros | 92 | 42 | 28 | 29 | 18 |
| plus de 3 000 euros | 97 | 48 | 39 | 40 | 27 |
| CATEGORIE SOCIOPROFESSIONNELLE | | | | | |
| agriculteur exploitant (*) | 87 | 31 | 14 | 14 | 10 |
| artisan, commerçant, chef d'entreprise (*) | 90 | 34 | 26 | 24 | 19 |
| cadre et profession intellectuelle supérieure | 97 | 44 | 38 | 37 | 27 |
| profession intermédiaire | 95 | 44 | 39 | 39 | 25 |
| employé | 90 | 38 | 24 | 28 | 13 |
| ouvrier | 92 | 40 | 24 | 21 | 23 |
| retraité | 84 | 47 | 17 | 16 | 8 |
| autres inactifs | 87 | 44 | 32 | 40 | 22 |
| TAILLE D'UNITE URBAINE | | | | | |
| rural | 89 | 39 | 24 | 24 | 17 |
| de 2 000 à 100 000 habitants | 88 | 44 | 26 | 27 | 19 |
| plus de 100 000 habitants | 90 | 44 | 29 | 31 | 16 |
| ENSEMBLE | 89 | 43 | 27 | 28 | 17 |

Source : enquête pratique physique et sportive 2010, CNDS / direction des sports, INSEP, MEOS.

Champ : personnes résidant en France (métropole et départements d'outre-mer) et âgées de 15 ans et plus.

Guide de lecture : 87 % des femmes déclarent pratiquer une activité physique ou sportive, et 40 % des femmes le font de manière intensive.

(*) effectifs faibles dans l'échantillon.

Suite à ce travail, nous avons établi les **profils sociaux des personnes** déclarant le plus et de celles déclarant le moins une pratique d'activité physique et sportive selon le niveau d'engagement.

Par exemple :

Figure 9 : Déclaration d'une pratique d'activité physique ou sportive

Figure 9.a : Profil de personne déclarant le plus une pratique d'APS



Figure 9.b : Profil de personne déclarant le moins une pratique d'APS



« Grâce à ces profils établis à travers cette étude et les précédentes, nous pourrions évaluer, en fonction des caractéristiques démographiques, sociales et économiques de la population du territoire étudié, leur niveau et leurs habitudes d'activités physiques potentiels et hypothétiques. Cela peut, dans la mesure où nous n'avons pas suffisamment de temps pour mener une enquête plus localisée, d'avoir des informations minimum sur les comportements de notre population en matière de pratique physique et sportive. »

2 Offre sanitaire

2.1 Listing des établissements de santé

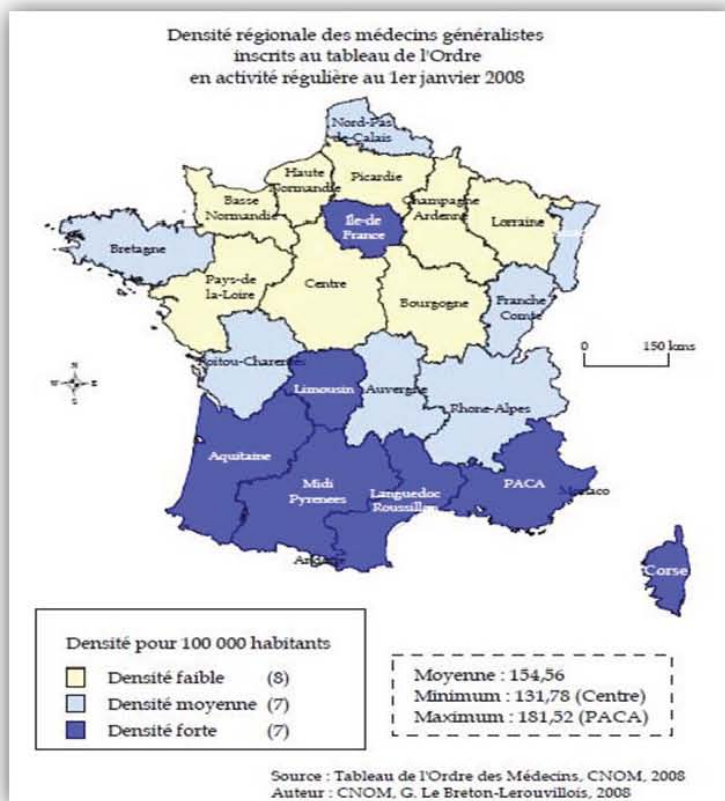
Nous avons recensé un hôpital et une clinique qui sont situés sur le territoire puis nous avons listé les différents services de prise en charge qu'ils proposent.

2.2 Démographie médicale et paramédicale

Nous avons étudié la démographie médicale et paramédicale à travers la densité et le nombre de médecins généralistes, de spécialistes, de masseurs-kinésithérapeutes, d'infirmiers, de chirurgiens dentistes et de pharmaciens. Nous avons utilisés différents outils tels que le diagramme, l'histogramme et la cartographie afin de faire apparaitre clairement les différences de démographie entre les territoires.

Exemple : Démographie médicale

Figure 10 : Densité de médecins généralistes



Au niveau national

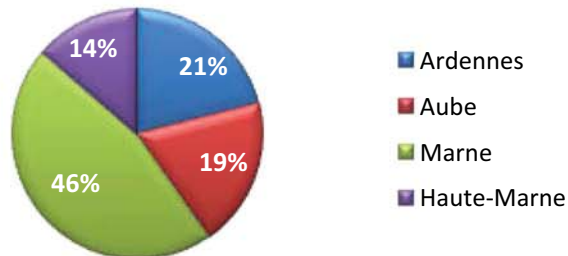
« La densité est de 15,45 médecins généralistes en activité totale pour 10 000 habitants. Sur cette carte on remarque clairement les disparités Nord Sud. Le territoire géographique semble donc être un facteur d'attractivité chez les médecins.

En Haute-Marne

Il y a 280 médecins généralistes en Haute-Marne (Statiss 2008) ce qui représente une densité de 7,65 médecins pour 10 000 Habitants. »

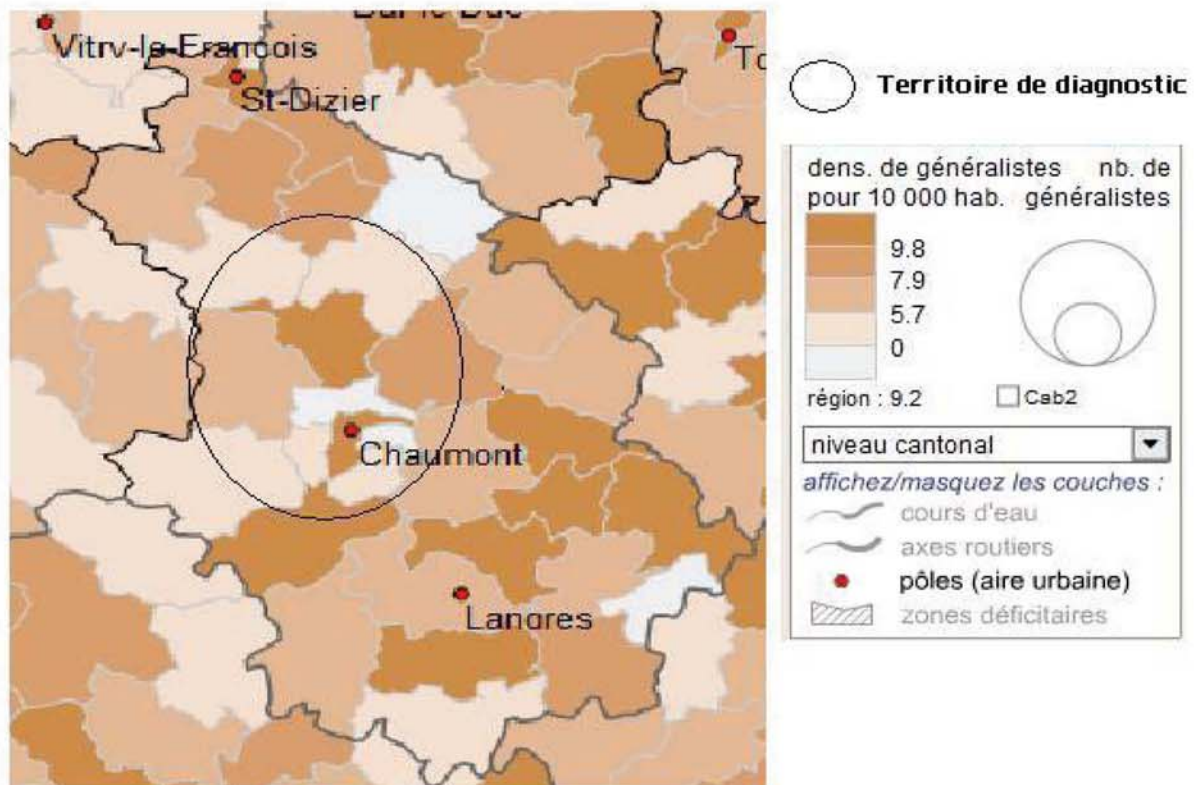
Figure 11 : Nombre de médecin généraliste

Nombre de médecins généralistes par département



STATISS 2008

Figure 12 : Densité de médecin généraliste

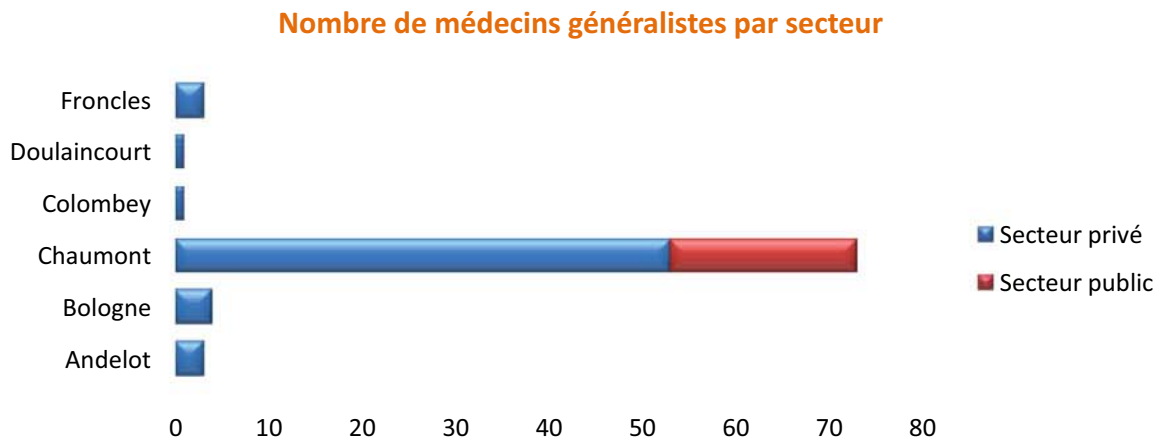


Source : Cartosanté 2008

« La densité de médecins généralistes est supérieure à la moyenne régionale pour les cantons de Vignory, de Chaumont et déficitaire pour les cantons environnant. On note donc une démographie médicale en déclin dans les cantons ruraux en l'occurrence pour la

communauté de communes de la vallée du Rognon et les communes rurales du pays chaumontais notamment celles du canton de Juzennecourt. La densité générale reste inférieure à la moyenne nationale comme nous avons pu le remarquer sur la carte du CNOM. »

Figure 13 : Nombre de médecin généralistes par secteur



Source : Pays de Chaumont 2010

« Ce graphique marque la différence entre le milieu urbain et le milieu rural. Cela s’explique par la présence des deux établissements hospitaliers sur le territoire chaumontais. »

2.3 Listing des associations d’usagers et de prévention

Nous avons recensé dans un premier temps, les associations de patients et leurs coordonnées par l’intermédiaire du Collectif Inter associatif Sur la Santé du département. Nous avons demandé à plusieurs reprises ces informations à l’hôpital de Chaumont mais nous attendons toujours une réponse de leur part.

Dans un second temps nous avons recensé les associations de médecins, de masseurs-kinésithérapeutes, de chirurgiens dentistes, des infirmiers et des pharmaciens.

3 Offre médico sociale et sociale

3.1 Description de l'organisation de l'aide sociale et du médico-sociale

Nous avons fait le choix d'expliquer dans cette sous partie, l'organisation à l'échelon local de l'aide sociale et médico-sociale. Nous avons repéré cinq niveaux :

- L'Etat
- Le Département
- Les Communes
- Les organismes sociaux et médico-sociaux
- Les associations socioculturelles

Pour chacun de ces niveaux nous avons ciblé le ou les acteur(s) principal (aux) et ses ou leurs compétences dans ce schéma organisationnel. **Voici un exemple :**

Le Département

« Il s'agit du Conseil Général 52 et plus particulièrement sa direction de la solidarité départementale (DSD) qui est responsable de l'aide sociale et médico-sociale. Ses compétences se résument essentiellement dans la coordination et l'attribution des aides financières comme par exemple l'allocation personnalisée pour l'autonomie, le Revenu de Solidarité Active ou encore les aides financières aux familles en difficultés.

La DSD de Haute-Marne se compose de plusieurs services :

- Service administration générale et tarification
- Service personnes âgées, adultes handicapés
- Service enfance-jeunesse
- Service Protection Maternelle et Infantile
- Service Action Sociale
- Service Insertion

A ces DSD sont rattachées les circonscriptions d'action sociale qui œuvrent en proximité sur les villes de Chaumont, Langres, Joinville et Saint-Dizier.

→ L'aide sociale représente le premier budget pour le Conseil Général. »

3.2 Listing des établissements et services d'aide sociale et médico-sociale

Ensuite nous avons listé les établissements et les services spécifiques avec leurs coordonnées. Nous les avons classé par type de public pris en charge et par secteur d'intervention comme ce qui suit :

Les établissements et services spécifiques

Accueil des personnes âgées

1/ Etablissement d'Hébergement des Personnes Agées

EHPAD

Public

Centre Jean François BONNET
Maison de retraite du CH de Chaumont
18, rue chènevières 52000 RIAUCOURT
03 25 30 70 30
Médecin coordinateur : Dr ETIENNE

Accueil de Jour ECOLE BUISSONNIERE
Centre Hospitalier de Haute Marne
21 rue Jean ZAY Chaumont

Privé

Maison de retraite Pougny
4, rue Pougny bp7 52270 Doulaincourt
03 25 94 64 38
Médecin coordinateur : Dr RICOUR

Foyer Logement

« Jacques Weil »

62 place Aristide Briand 52000 Chaumont

03 25 03 54 26

Directrice : Mme WITCZAK Nicole

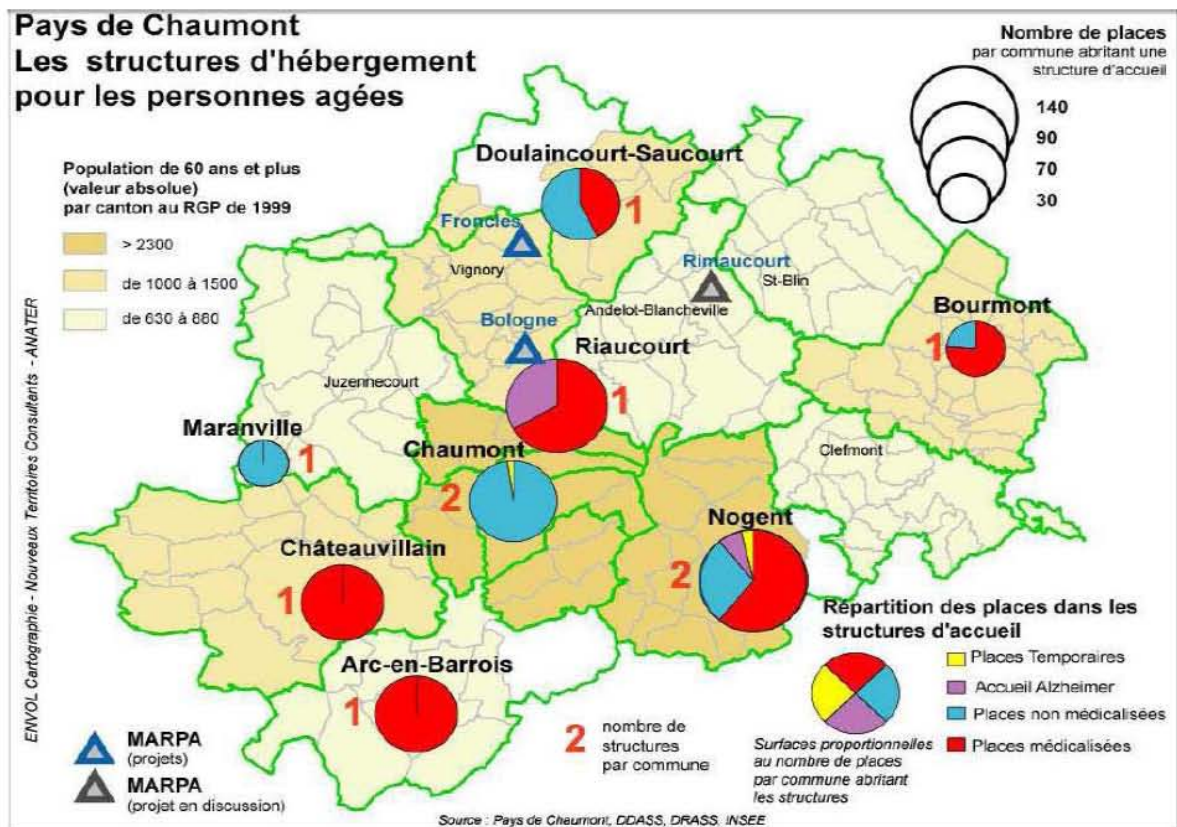
« Eugénie de Baudel »

Rue du palais 52000 Chaumont

03 25 03 08 47

Directrice : M. ROUSSELLE Serge

Figure 14 : Les structures d'hébergements pour les personnes âgées



➔ A noter qu'il y a deux projets de Maison d'Accueil Rural pour Personnes Agées, à Froncles et à Bologne. Celle de Froncles étant d'ores et déjà en construction

2/ Services sociaux en faveur des personnes âgées

Service d'Aide à Domicile

Association Locale ADMR de la Vallée du Rognon
Mairie 52270 Doulaincourt

Association Locale ADMR des Vals de Boise
20 Place de l'église 52330 Colombey les deux églises
03 25 01 83 19

Service de repas à domicile

Centre Communal d'Action Sociale de Doulaincourt
Place Charles de Gaulle 52270 Doulaincourt
03 25 94 61 88

3/ Autre service d'accueil et de conseil

Coordination gérontologique

Le pôle gérontologique

Cité administrative départementale – Cours Marcel Baron 52000 Chaumont
Tel : 03 25 32 86 86

Entité responsable : Le conseil général »

4 Offre éducative

4.1 Lycées et Collèges

Nous avons listé les lycées et les collèges, privés et publics, du territoire avec leurs coordonnées. Nous avons également précisé les sections sportives existantes dans certains des établissements. Nous voulions également obtenir des informations sur les pratiques d'activité physique plus adapté à chacun des élèves, proposées dans le cadre de l'association sportive ou de l'accompagnement éducatif. Mais à ce jour, nous sommes encore en attente de ces données qui devaient nous être parvenues par l'intermédiaire du directeur du comité départemental UNSS. Nous attendions également des informations sur la mise en place de la CC5 sur les lycées de Chaumont mais nous n'avons à ce jour aucun élément, le chargé de mission EPS de Chaumont n'étant pas joignable.

4.2 Ecoles primaires et maternelles

Nous avons listé les écoles primaires et les maternelles, privés et publics, du territoire avec leurs coordonnées. Nous avons ensuite recherché des informations sur l'organisation de l'EPS à l'école, afin de connaître les intervenants et leur formation. Pour cela nous avons contacté en vain le conseiller pédagogique EPS du secteur Chaumontais mais à ce jour, nous n'avons pas encore obtenu d'information, nous les attendons donc. Nous nous sommes également penchés sur l'implication des villes ou des villages dans cette organisation. A priori, seule la ville de Chaumont proposerait une aide à ses écoles à travers la mise à disposition de ses Educateurs Territoriaux en Activités Physiques et Sportives (ETAPS).

4.3 Autres établissements d'enseignement

Nous avons simplement listé, avec leurs coordonnées, les établissements de formations professionnels, de l'enseignement supérieur et les maisons familiales rurales.

5 Offre sportive

5.1 Recensement des Equipements Sportifs

Dans cette sous partie nous avons listé les équipements sportifs recensé par activité, par communauté de communes et par commune :

Recensement des Equipements Sportifs

Pays Chaumontais

➔ Brethenay

« **Pétanque** : Terrain de pétanque Boulodrome - Terrain de pétanque, Terrain de pétanque

Sport Urbain : Piste de Skate & vélo Freestyle - Skate park, Piste de roller skate

Football : Stade de Brethenay Terrain de grands jeux - Terrain de football, Terrain de football

Terrain multisports : Terrain Mixte Terrain de grands jeux - Terrain mixte, Terrain multisports. »

➔ Colombey les deux églises

« **Salle multisports** : GYMNASE B Salle multisports - Salle multisports, GYMNASE B

Forme et Santé : SALLE DE COURS COLLECTIFS Equipement d'activités de forme et de santé - Salle de cours collectifs

Football : TERRAIN DE FOOTBALL Terrain de grands jeux - Terrain de football

Tennis : TENNIS PLEIN AIR Court de tennis - Court de tennis. »

Nous avons ensuite recensé les vélos routes, voies vertes et sentier de randonnées. Nous avons retranscrit les cartographies de ces équipements sportifs naturels ainsi que les informations obtenues sous forme de tableau récapitulatif, en voici **plusieurs extraits** :

Sentiers de Randonnée et de Cyclotourisme

Cartographie Départementale

Figure 15 : Circuits de Randonnée



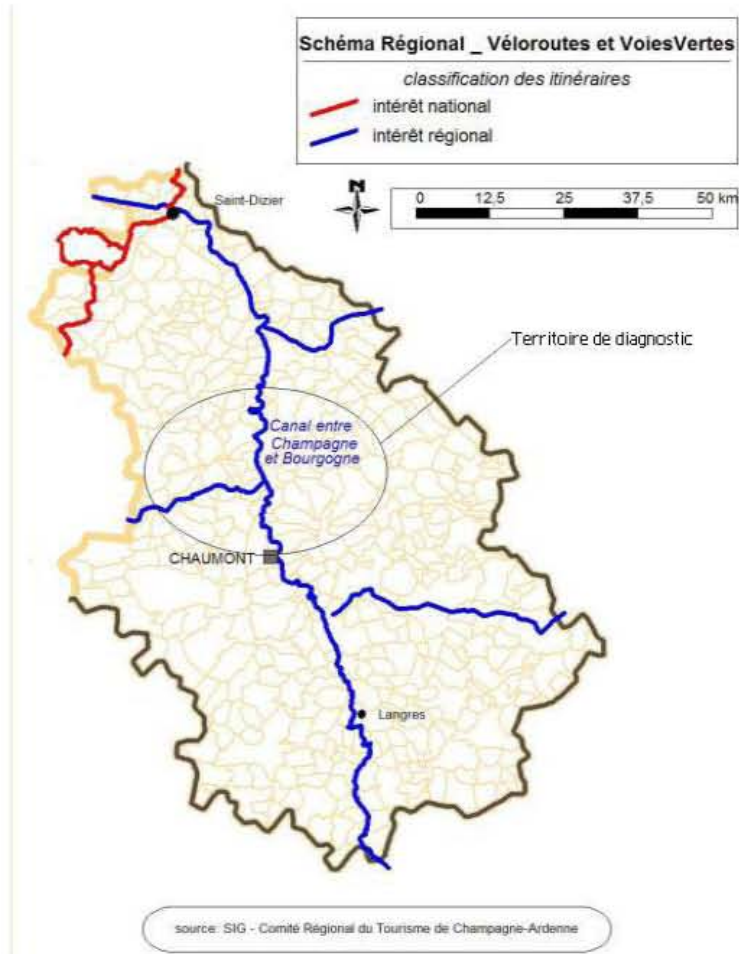
Tableau 9 : Recensement des circuits par Communauté de commune

Communauté de commune de Bologne, Vignory, Froncles

| Nom du circuit | N° du circuit | kms | Ville de départ |
|------------------------|---------------|------|-----------------|
| Marie Calvès | 112 | 74 | Bologne |
| Les Buis | 48 | 12 | Froncles |
| Les Vervelles | 107 | 6 | Marault |
| La Borne Sacrée | 108 | 9 | Meures |
| Les Trois Tilleuls | 111 | 16,5 | Oudincourt |
| Abbaye de la Genevroye | 110 | 12 | Soncourt |
| La Roche Bernard | 49 | 12 | Viéville |
| Château | 109 | 11 | Vignory |
| Côte de Vouécourt | 50 | 9 | Vouécourt |

Figure 16 : Véloroutes et Voies Vertes

Cartographie départementale



5.2 Les licenciés sportifs du département

L'objectif dans cette sous partie, était de situer les activités les unes par rapport aux autres en termes de nombre de licenciés mais également de les comparer en fonction du type de fédération (Multisports, Unisport olympique et Unisport non olympique). Nous avons utilisé des histogrammes et des diagrammes par secteurs, en voici **plusieurs exemples** :

Figure 17 : Nombre de licenciés par type de fédération en Haute-Marne

Nombre de licenciés par fédération Unisport olympique en Haute-Marne 2009

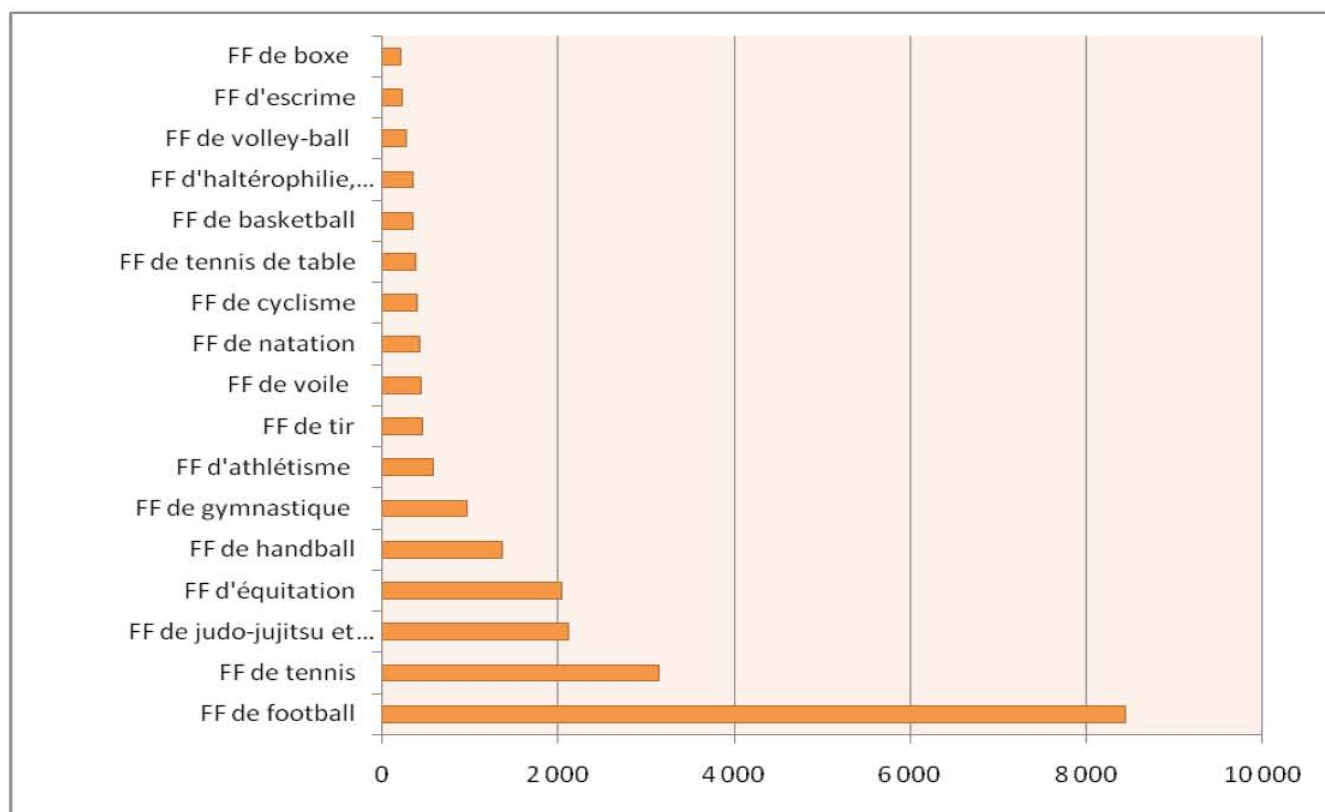
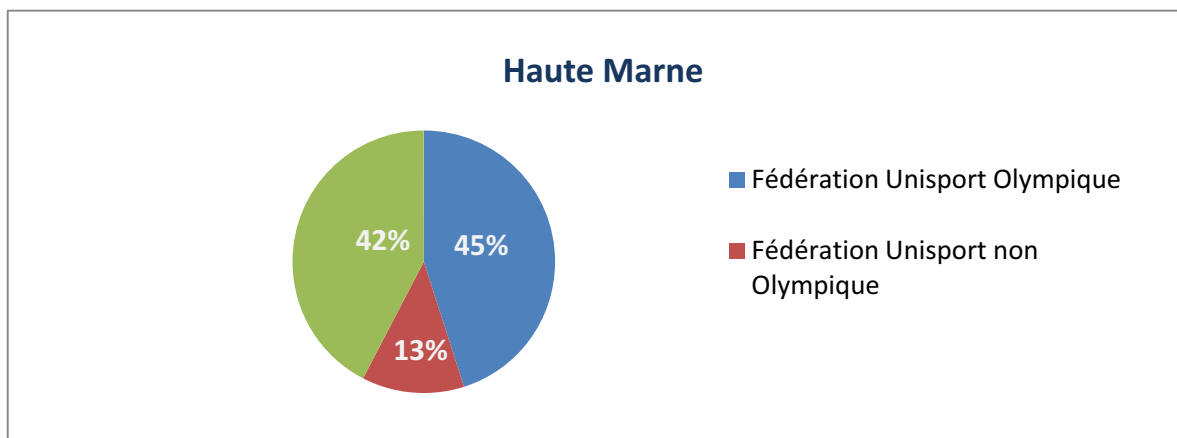


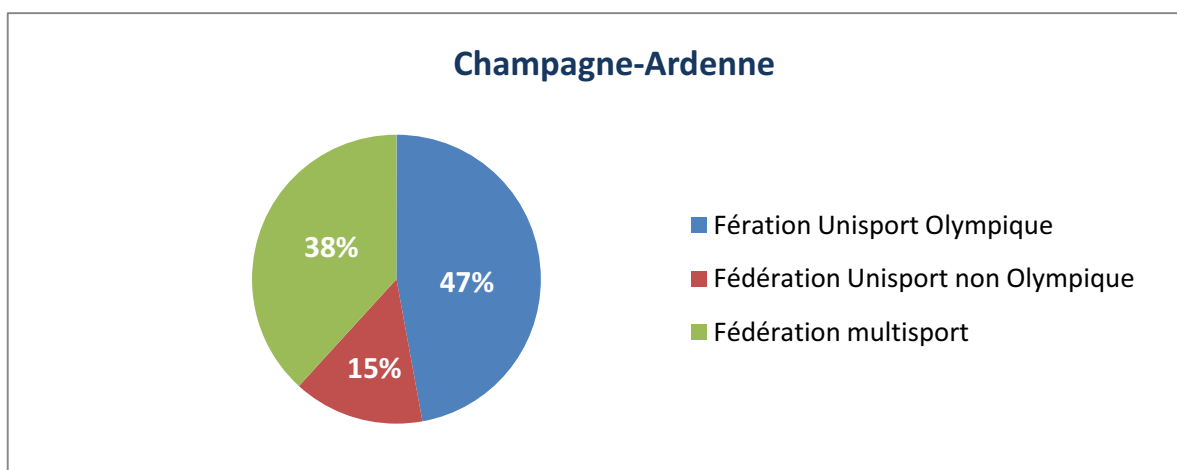
Figure 18 : Part du nombre de licenciés par types de fédérations

Figure 18.a



MEOS 2010

Figure 18.b



MEOS 2010

« Si l'on compare les données départementales avec les données régionales, on constate clairement une recrudescence des licenciés haut marnais dans les fédérations multisports au détriment des fédérations Unisport non olympiques. Cela marque l'intérêt croissant des personnes pour la pratique diversifiée, libre et non compétitive. »

5.3 Listing des associations sportives

Nous avons listé et classé toutes les associations sportives recensées, par activité générale proposée ou par discipline d'affiliation. Nous avons précisé leurs coordonnées ainsi que, selon les informations obtenues, le responsable de la structure associative. En voici un

Exemple :

| |
|--------------------|
| Randonnée pédestre |
|--------------------|

→Colombey-les-deux églises

Marche ou Rêve

Guy DEVAUX

11, Rue de Colombey 52330- La chapelle en Blaisy

03 25 02 00 13

devaux.guy@orange.fr

→Doulaincourt

Doulaincourt en Marche

Thierry DELONG

Rue Pasteur 52270 Doulaincourt

08 71 48 69 08

→Froncles

FJEP Froncles « les baladins »

Claude LIVENAIS

15 Rue du Petit Chemin 52320 Soncourt sur Marne

03 25 31 67 85 ou 06 75 83 20 45 52

cdrp@orange.fr <http://www.randonneehautemarne.fr>

COMITE DEPARTEMENTAL DE RANDONNEE PEDESTRE

Président :

LIVENAIS Claude

15 rue du Petit Chemin

52320 SONCOURT SUR MARNE

→Chaumont

Chaumont Rando 52000

Lucien FILIPPI

2, rue Daremout 52000 Chaumont

03 25 03 43 22

lcfilippi@aol.com

Les Mille Pattes

Jean Michel

LAIR 1, Rue des abbés Dunant 52000 CHAUMONT

03 25 32 21 88

lairjm@orange.fr

5.4 Listing des centres de loisirs

Nous avons également cité les centres de loisirs recensés auprès du service jeunesse, sport et vie associative de la DDCSPP :

Centres de Loisirs

- Fédération Départementale ADMR à **Chaumont**
- Mairie **Chaumont** Jeunesse
- Familles Rurales **Chaumont**
- Maison des loisirs de **Chaumont**
- Maison du temps libre **de Chaumont**
- Club 1000 Jeunes **Chaumont**
- ADMR de **Colombey les deux églises**
- CLSH **Bologne**
- CLSH **Froncles**
- CLSH **Vieville**
- Familles Rurales de **Jonchery**
- Mairie de **Jonchery**
- Mairie de **Foulain**

5.5 Recensement de l'offre sportive privée

Afin de compléter ces recherches sur l'offre sportive du territoire, nous avons étudié l'offre sportive du secteur privée à travers les salles de remises en forme et les éducateurs sportifs indépendants.

Secteur Privé

Recensement du secteur Forme et santé

→ Aucune salle de sport ou de remise en forme n'a été recensée, *Gym Clark* et *Physic Sport Chaumontais* ayant fermé dernièrement.

Educateur Sportif indépendants

→ Il existe 4 éducateurs sportifs indépendants sur le territoire dont l'un d'entre eux est titulaire de la formation « Sport-Sant é » organisée par le CMES.

5.6 Recensement de l'offre mutualiste

Nous avons recherché des informations sur les mutuelles qui proposent des aides ou l'accès à une pratique d'activité physique concrète :

Recensement de l'offre Mutualiste

- Mutualité Française propose son programme NAPA.

Bénéficiaires : Personnes à risques cardiovasculaires (surcharge pondérale, diabète de type 2, hypertension artérielle, hypercholestérolémie, antécédents cardiovasculaires).

- La mutuelle retraite des agents EDF met en place des ateliers « équilibre » sur le secteur, encadré par un éducateur sportif formé.

Recensement de l'offre des caisses primaire d'assurance maladie

- La MSA aide essentiellement financièrement les familles et les personnes âgées pour faciliter l'accès à une pratique d'activité physique. Elle aide également à la mise en place des ateliers « équilibre » en partenariat avec le comité départemental EPGV.

A partir de toutes ces recherches, nous avons fait un bilan de l'offre « Sport Santé » existant sur le territoire.

6 Offre sport santé

6.1 Bilan de l'offre de formation des éducateurs

Nous avons identifié les formations fédérales proposées par certains comités départementaux mais également la formation proposée par le Comité Départemental Olympique et Sportif en lien avec le Réseau Sport Santé Bien Etre. Puis nous avons listé les éducateurs qui ont suivis, depuis son ouverture, la formation « Sport Santé » du réseau. Par exemple :

| |
|---|
| Bilan des formations « Sport-Santé » |
|---|

Formations fédérales

La randonnée pédestre

« Le comité départemental propose une formation de base à ses éducateurs qui comprend également un module de sensibilisation sur la nutrition.

Il existe aussi une formation pour l'obtention du brevet fédéral de randonnée pédestre.

Enfin, la fédération a mis en place une nouvelle formation spécifique pour la pratique de la « Rando Santé », il s'agit d'une structure intégré dans un démarche plus globale intitulée « Rando Pour Tous ». En résumé, la « Rando Santé » est l'un des trois volets composant cette démarche (Rando Santé, Rando Solidaire et Rando Handicap).

La fédération s'engage à ce que les clubs ayant le label « Rando Santé », puissent accueillir, encadrer et proposer une pratique d'activités physiques adaptées à des personnes sédentaires, aux capacités physiques diminuées et/ou atteintes de maladies chroniques.

Le comité départemental de randonnée pédestre s'est engagé dans une politique de développement de la « Rando santé » impulsé par la fédération. Un ancien médecin, Marie

France Dasriaux en sera la coordinatrice et assurera la formation auprès des éducateurs demandeurs.

Marie France DASRIAUX, médecin du comité départemental de RP, a reçu la formation Rando Santé et peu désormais former sur le territoire haut-marnais d'autres éducateurs volontaires. »

Le comité a reçu plusieurs demandes de bénévoles pour des formations :

- 2 personnes pour la Rando santé
- 3 personnes au brevet fédéral
- 12 personnes au module de base

Formations « Sport-Santé » du Réseau Sport Santé Bien-Etre

Formation des éducateurs sportifs

« Elle est mise en place par le CDOS 52 en lien avec le CMES, il s'agit d'une formation, gratuite, de 16 heures sur un seul week end. Elle correspond au BLOC 1 de la formation « Sport-Santé » mis en place par le Réseau Sport Santé Bien-Etre de Champagne-Ardenne.

Ce module de formation a plusieurs objectifs

- ✚ connaître les bienfaits du sport mais aussi les risques d'une pratique non encadrée (par exemple repérer un sportif à risque cardiaque afin de l'adresser chez un médecin pour avis, ou repérer une personne à risque élevé de chute)
- ✚ savoir évaluer la capacité physique individuelle (équilibre, force musculaire, conditionnement cardio-respiratoire) par différentes batteries de tests
- ✚ comprendre les mécanismes du vieillissement et l'intérêt de l'activité physique (associé à des règles diététiques) jusqu'à un âge avancé dans la conservation de l'autonomie
- ✚ comprendre et connaître les gestes de secourisme qui sauvent.

| |
|---|
| « Liste des éducateurs formés au « Sport-Santé » sur le territoire » |
|---|

- **Matagne Joël** : Educateur de sport adapté
Bât les Combelles
6, rue du parc appartement 121 52700 Andelot
06 17 13 71 00
- **Boulant Sébastien** : Educateur Sportif Indépendant
14/24 voie Beugnot 52000 Chaumont
06 75 70 94 34
- **Marchal Alain** : Educateur randonnée pédestre « les 1000 pattes »
03 25 03 20 46
maryseetalainmarchal@orange.fr
- **Dasriaux Marie France** : Médecin du CD Randonnée pédestre
03 25 02 43 80
Mariefrance.dasriaux@neuf.fr
- **Bertin Christophe** : Cyclotourisme
03 25 70 68 31
Bertin10.christophe@wanadoo.fr
- **Brigodiot Michèle** : Kinésithérapeute Hôpital de Chaumont
63, rue Lamartine 52000 Choignes

6.2 Bilan des offres de pratique « Sport Santé »

Nous avons recensé les offres de pratiques d'activités physiques et sportives appartenant potentiellement au champ du « Sport-Santé ». Nous avons dans un premier recensé toute l'offre associative concernant la pratique de loisir, adaptée, touchant des publics en difficultés comme par exemple les personnes âgées, les personnes en situation de handicap, atteintes de maladies chroniques, en situation sociale précaire ... Nous avons dissocié l'offre proposée par les comités départementaux, qui a une politique de développement « sport santé » sur le plan départemental, et celle proposée par certaines associations qui ont développé des actions isolées de leur fédération ou de toutes fédérations. Ces dernières sont des actions qui fonctionnent en autonomie sans réel soutien de leur comité départemental ou régional.

Dans un second temps, nous avons récapitulé l'offre « Sport Santé » dans un tableau, apportant des informations supplémentaires et plus précises.

Voici une présentation d'une partie du travail effectué :

Bilan des offres de pratique « Sport-Santé »

Comités départementaux

➔ Education Physique et Gymnastique Volontaire (EPGV)

« Il existe **5 clubs affiliés** dont un à Condes, un à Bourdon sur rognon, un à Bologne, un à Vieville et un à Marault (*voire Partie 5*). Ils proposent principalement des créneaux d'activités physiques adaptées aux types de public qu'ils accueillent, c'est à dire principalement un public féminin et de plus de 50 ans. Ils ont des difficultés à attirer les jeunes au sein de leurs clubs. Ils aimeraient développer l'offre et le type d'activités mais ils n'ont pas suffisamment de moyens humains et notamment de conseiller technique départemental.

Ils ont mis en place deux programmes pour la prise en charge de publics spécifiques :

- ✓ Femme et sport
- ✓ Acti'Marche

Ces deux projets n'ont pu être mis en place sur notre territoire de diagnostic par manque d'éducateur formé, ils n'existent donc que sur le secteur de Saint-Dizier. »

Associations isolées

→ Rayon Sportif Chaumontais

« Il s'agit d'un club affilié à la fédération sportive et culturelle de France. Il propose des activités physiques de loisirs comme la gymnastique pour adulte. Leurs Créneaux de Gym Form'Détente sont côtoyés essentiellement par des personnes de plus de 50 ans. Les animatrices possèdent une formation fédérale EPGV. »

→ Association Forme et Loisirs

« L'ancienne dénomination de cette association est « cœur et santé » mais depuis peu ils ont changé de nom pour devenir « forme et loisirs ». Ils proposent les activités d'aquagym, de marche ou de gym douce et musculaire. L'essentiel de leurs pratiquants sont des personnes du 3^{ème} âge à la retraite. Sébastien Boulant, éducateur sportif formé au sport-santé, prend en charge les créneaux de gym douce et musculaire. »

Tableau 10 : Tableau récapitulatif

Nous avons résumés dans un tableau récapitulatif les offres qui semblent obtenir les critères nécessaires pour une éventuelle labellisation « Sport Santé » par le Réseau Sport Santé Bien Etre (**en rouge**) mais également celles qui pourraient le devenir (**en noir**).

| Fédération | Lieu du club | Nom et coordonnées du Club | Activités proposées | Educateur responsable |
|-----------------------|-------------------|---|---|---|
| UNAVF | Chaumont | Association des Villes de France 2 rue Pierre Curie - 52000 CHAUMONT Tél. : 03 25 05 83 91 <u>Responsables des Animations</u> : Martine BOBROSKY et Elisabeth BESANCON <u>Chargée de mission</u> : Ginette CORNETET | Aquagym le mercredi 20h 21h piscine municipale | Sébastien BOULANT , Educateur Sportif Indépendant formé au bloc 1 sport santé, titulaire du CQP Maintien de l'Autonomie de la Personne et formation gym mémoire et équilibre |
| Cœur et Santé | Chaumont | Forme et loisirs Président: M.VIEILLE Tel: 03 25 03 49 00 | Gym douce et d'entretien le Mardi/Jeudi 16h 17h, le Vendredi 10h30 11h30 et Aquagym le Mercredi 12h 12h45. A noter qu'ils ont un partenariat avec le CMES de Chaumont | Sébastien BOULANT , Educateur Sportif Indépendant formé au bloc 1 sport santé, titulaire du CQP Maintien de l'Autonomie de la Personne et formation gym mémoire et équilibre |
| EPGV | Saint-Dizier | Comité Départemental Président : LEFEVRE Evelyne 1 place du Marechal Leclerc 52100 SAINT DIZIER Tel : 03.25.06.20.27 codep.gv52@wanadoo.fr | Gymnastique Douce, Acti'Marche, Femme et Sport. | Marylis LEFEVRE , Brevet Fédéral 98 Adulte/Enfant/Seniors - Atelier Equilibre - Gym Mémoire - Tuteur, Formation Acti'Marche. |
| Sport en Milieu Rural | Chaumont-Choignes | Comité Départemental COLLIER Rue d'Alsace 52260 Tel : 03.25.31.76.09 cdsmr.52@mouvement-rural.org | Le comité propose les services de son salarié afin d'intervenir dans les associations affiliées. Il met en place des séances de Gym douce et d'entretien pour tous publics. | Thomas MATTER , BP JEPS APT |
| FSCF | Chaumont | Rayon sportif Présidente: Lilliane tel: 06 76 28 80 88 | Créneaux de Gym Form'Détente cotoyé essentiellement par des personnes de plus de 50 ans. | Sylvie MATAJA , Brévet Fédéral 98 A/E/S EPGV, Josiane CHAMPMARTIN, Brevet Fédéral 80 Adulte EPGV |

6.3 Les projets mis en place sur le territoire

Nous avons listé ici les différents projets qui ont fait l'objet d'un appel à projet que ce soit dans le cadre des Contrats Urbains de Cohésion Sociale (CUCS) ou dans le cadre de l'ARS. Ce sont des projets qui proposent soit des actions ponctuelles, soit des créneaux d'activités physiques réguliers. Nous avons cité l'intitulé du projet et expliqué brièvement l'objet principal de ces projets. Il s'agit de projets qui ont été mis en place uniquement sur la ville de Chaumont par des associations de Chaumont.

Quelques exemples :

Projets mis en place en 2010

➔ Office Municipal des Sports de Chaumont (OMS)

Journée Sport-Santé

« Il s'agit d'une journée découverte regroupant des partenaires santé et sportifs. Jeunes et parents peuvent accéder à des ateliers prévention, nutrition, d'évaluation de la condition physique et de pratique d'activité physique et sportive. »

Femmes et Sports

« Il s'agit de proposer des activités physiques et sportives régulières aux femmes, n'étant pas inscrites dans aucune structure associative, pendant le temps scolaire (aquagym et sorties extérieures). »

➔ Fédération Départementale des Familles Rurales

Promotion de la santé par la nutrition et le sport

« Il s'agit d'une préparation et d'un séjour en yourte avec passage d'une échographie du cœur, 4 séances de 2h au CMES, 2 ateliers nutrition mis en place par le CODES et un séjour de 12 jours en yourte où les adolescents réaliseront leur menu, avec les produits locaux. »

Opération Manger Bouger

« Il s'agit de faire découvrir aux usagers du Groupe d'Entraide Mutuelle, la pratique d'un sport et de leur proposer 3 séances de nutrition. »

Partie 4 : Présentation de notre analyse stratégique du territoire

1 Analyse PESTEL

Nous avons cité les différentes caractéristiques de l'environnement macro-environnemental en le définissant comme étant soit une opportunité, soit une menace ou soit une incertitude. Voici les résultats de l'analyse :

Analyse macro environnementale : PESTEL

| |
|-------------------------|
| Des opportunités |
|-------------------------|

Au niveau politique

- Les politiques de Santé publique reconnaissent les bienfaits de l'activité physique : Etude Inserm 2008 « Activité Physique : Contexte et effets sur la Santé ».
- Forte implication internationale avec notamment la Charte d'Ottawa.
- Transversalité du « sport santé » dans l'organisation du gouvernement.

Au niveau économique

- Impact à long terme sur la santé de la population → réduction des dépenses en traitement notamment pour les maladies chroniques et leurs traitements très coûteux.
- Orientation des financements publics vers le « Sport-Santé ».

Au niveau socioculturel

- Augmentation de la population française.
- Augmentation de l'espérance de vie.
- Besoin de bien-être.
- Demande grandissante de pratique d'activité physique en loisirs

Au niveau technologique

- Evolution des matériels pour une pratique d'activité physique adaptée et sécurisée
- Variété des outils de test de condition physique

Au niveau environnemental

- L'environnement est un déterminant de la santé
- Essor des voies vertes, vélo routes, parcours de randonnées → Randonnées, cyclotourisme, tourisme équestre...

Au niveau législatif

- Loi HPST 2009 incite à la prise en charge globale et aux parcours de soins coordonnés. Le patient est pris dans sa globalité, il y a donc une place possible pour l'activité physique.
- Intégration de l'activité physique dans certains programmes nationaux : Le PNNS 3 qui intègre, depuis 2011, l'activité physique à travers 9 Items, le plan « bien vieillir », « amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques »...
- Loi sur l'égalité des droits et des chances des personnes en situation de handicap du 1^{er} février 2005.
- La réforme Douste-Blazy du 13 août 2004. L'assurance maladie a défini son programme et ses actions en matière de gestion du risque. De rendre plus performante l'organisation des soins en France et de changer les comportements des patients et des praticiens pour réduire le nombre des consultations et la consommation de médicaments.

Des incertitudes

- L'instabilité gouvernementale : Elections de 2012.
- La réforme des collectivités territoriales et la Révision Général des Politiques Publiques.
- L'augmentation constante des dépenses de la France en matière de sécurité sociale et retraites.

Des menaces

- L'augmentation du carburant.
- La baisse du pouvoir d'achat.
- Le taux de chômage. En Champagne-Ardenne, le passage d'un chômage conjoncturel à un chômage structurel se poursuit. (Hausse du nombre de demandeurs d'emplois de + de 50 ans, hausse du nombre de chômeurs longue durée).
- La baisse des financements publics : Les critères d'obtentions de financements et de subventions sont de plus en plus ciblés et cadrés.

Cette première analyse a permis de constituer en partie l'analyse suivante : la matrice SWOT.

2 Analyse SWOT

Nous avons cerné les particularités de l'environnement macro et micro-environnemental puis nous les avons confronté afin d'évaluer comment nous pourrions conduire stratégiquement notre projet de développement « sport santé ». Voici ce qu'il en ressort :

- **Comment utiliser les forces pour tirer parti des opportunités ?**

« L'émergence du RSSBE de Champagne Ardenne et de la SF2S, présidée par le Médecin Conseiller de notre DRJSCS, est un appui primordial pour l'accompagnement du développement du « Sport Santé » en Haute-Marne. »

- **Comment corriger les faiblesses en tirant parti des opportunités ?**

« Les nouvelles politiques de santé publique insistent sur l'approche préventive de la santé afin de répondre aux problématiques de santé des populations et ainsi, leurs permettre de se préserver de la maladie et de vivre plus longtemps en meilleure santé. L'activité physique R.A.S.P y contribue directement. »

- **Comment minimiser les faiblesses et les menaces ?**

« Pour minimiser ces faiblesses et ces menaces il est nécessaire d'inclure le projet de développement dans une démarche collective et partagée. Nous devons faire en sorte d'associer tous les acteurs du territoire à notre travail et montrer son efficacité sur le court, moyen et/ou long terme. »

- **Comment utiliser les forces pour réduire les menaces ?**

« Les bonnes relations entre les acteurs locaux peuvent permettre de créer une dynamique interne qui ne sera que peu influencée par les changements menaçants au niveau macro environnemental. »

- **Examiner en quoi les forces permettent de maîtriser les faiblesses ?**

« La gratuité de la formation peut aider les clubs qui n'ont pas de moyens financiers.

L'implication du mouvement sportif et le soutien de la DDJS va nous permettre de structurer et de développer l'offre « Sport Santé ».

Développer le projet au sein d'un groupe médical permettra de prendre en charge les problématiques de santé de la population en zone rurale et impulser une dynamique sur le reste du territoire. »

- **Examiner en quoi les opportunités permettent de minimiser les menaces ?**

« La SF2S a été mise en place récemment, elle va permettre d'uniformiser le développement et l'organisation du Sport Santé au niveau national. Elle souhaite, entre autres, améliorer la considération des intervenants en APA et des Educateur Médicaux Sportif, principaux acteurs de l'intervention sur le terrain. »

3 Analyse Stratégique des Acteurs

3.1 Analyse descriptive des acteurs

Tableau 11 : Tableau récapitulatif

Nous avons choisi de construire ce tableau en ciblant les acteurs ou groupes d'acteurs principaux. A travers l'étude de leurs compétences, leurs atouts et leurs handicaps, nous avons pu dégager les différents enjeux pour lesquels ces acteurs seraient prêt ou non à adhérer à notre projet.

| Acteurs | Caractéristiques | Enjeux | | Atouts | Handicaps | Stratégies |
|--|---|---|--|---|--|-------------------------------|
| | | Perd | gagne | | | |
| <p>Le Conseil Régional</p> | <p>Il est l'assemblée délibérante de la région. Il est obligatoirement consulté sur les problèmes de développement et d'aménagement. Ils interviennent dans différents domaines d'action dont le sport et la culture, la santé, les lycées pour le secteur éducatif, l'agriculture et la filière bois, l'accès aux transports, l'aménagement du territoire, l'attractivité économique de la région...</p> | <p>Le conseil régional n'y perd que l'argent qu'il investira suite la demande de subvention.</p> | <p>L'image d'un CR qui soutien la dynamique du projet qui touche toute une population sur un territoire départemental.</p> | <p>C'est une collectivité qui possède des fonds de subventionnement important pouvant pérenniser nos projets.</p> | <p>Le Sport-Santé n'est pas défini dans ses compétences.</p> | <p>C'est un acteur neutre</p> |
| <p>Le Conseil Général 52</p> | <p>Ils ont en charge les politiques dans les domaines de : l'entretien des routes, l'accompagnement social, l'entretien des collèges, l'économie, le tourisme, la culture, le sport ou encore l'environnement.</p> | <p>Le conseil général n'y perd que l'argent qu'il investira suite à la demande de subvention.</p> | <p>L'image d'un CG qui soutien la dynamique d'un projet qui touche toute une population sur son territoire.</p> | <p>C'est une collectivité qui possède des fonds de subventionnement important pouvant pérenniser nos projets. Il est également un interlocuteur local incontournable à travers le réseau d'acteurs qu'il sollicite. Il est notamment au centre de l'organisation sociale et médico-sociale du département.</p> | <p>Le sport-santé n'est pas défini dans ses compétences mais il peut aider sur le champ du sport et notamment dans le secteur « formation ».</p> | <p>C'est un acteur neutre</p> |

| | | | | | | |
|---|--|--------------------------------|--|--|---|-------------------------------|
| <p>Le Pays de Chaumont</p> | <p>Leur rôle est d'aider à la conduite de projet des municipalités ou des collectivités intercommunales qui seront toujours les porteurs des projets initiés. Le pays accompagne et peut parfois aider financièrement sur des projets moindres.</p> | <p>Il n'y perd rien.</p> | <p>L'image d'un pays qui soutien la dynamique d'un projet qui touche toute une population sur son territoire.</p> | <p>Son expertise dans la méthodologie de projet mais également ses connaissances précises de son territoire et des autres projets qui s'y développent.</p> | <p>Il ne possède que le secteur de la santé dans ses compétences. Ils n'ont pas de moyens financiers conséquents.</p> | <p>C'est un acteur passif</p> |
| <p>Les communautés de communes</p> | <p>Elles assurent des missions dans le cadre du développement économique, de l'aménagement de l'espace, des politiques de logement et du cadre de vie, de la construction, l'entretien et le fonctionnement d'équipements touristiques, culturels et sportifs, de l'action sociale d'intérêt communautaire et de la protection et la mise en valeur de l'environnement de leur territoire.</p> | <p>Elles n'y perdent rien.</p> | <p>L'image d'une collectivité qui soutien la dynamique d'un projet qui touche toute une population sur son territoire.</p> | <p>Sa connaissance aigue de leur territoire et des ressources qui s'y trouvent. Elles sont également un interlocuteur privilégié à travers le réseau d'acteurs qu'elles sollicitent.</p> | <p>Toutes les communautés de communes ne possèdent pas forcément les compétences « sport » et « santé ».</p> | <p>C'est un acteur passif</p> |

| | | | | | | |
|----------------------------|---|--------------------------------|---|---|--|------------------------------|
| <p>Les communes</p> | <p>Les compétences des communes sont identiques quelle que soit leur taille. Elles ont une vocation générale instituée par la loi du 5 avril 1884 : « le conseil municipal règle, par ses délibérations, les affaires de la commune ».</p> <p>On peut ainsi distinguer :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les compétences traditionnelles : <i>Les fonctions d'état civil, les fonctions électorale, l'action sociale, l'enseignement et l'équipement des établissements, l'entretien de la voirie communale, l'aménagement, la protection de l'ordre public.</i> - les compétences décentralisées dont notamment : <i>L'urbanisme, l'enseignement, l'action économique, le logement, la santé, l'action sociale, la culture.</i> | <p>Elles n'y perdent rien.</p> | <p>L'image d'une collectivité qui soutient la dynamique d'un projet qui touche toute une population sur son territoire.</p> | <p>Sa connaissance aigue de leur territoire et des ressources qui s'y trouvent. Elles sont également un interlocuteur privilégié à travers le réseau d'acteurs qu'elles sollicitent.</p> <p>Elle possède également des fonds de subventionnement pour les associations locales notamment.</p> <p>Le sport est également une préoccupation municipale.</p> | <p>La santé n'est pas une compétence de toute les municipalités, il n'y a pas encore de dynamique de développement reconnus au sein des communes étudiées.</p> | <p>C'est un acteur actif</p> |
|----------------------------|---|--------------------------------|---|---|--|------------------------------|

| | | | | | | |
|-------------------------|--|----------------------------|---|---|--|---------------------|
| <p>La DDCSPP</p> | <p>Elle représente l'état et par son pôle « jeunesse, sport et cohésion sociale » présente différentes missions :</p> <p>Service Jeunesse, sports et vie associative</p> <p>Politiques de jeunesse, de vie associative et d'éducation populaire</p> <p>Politiques sportives</p> <p>Formation et d'emploi</p> <p>Politique de la ville en partenariat avec le conseil général (CUCS, ASV, Adulte relais, Dynamique espoir banlieue...)</p> <p>Service des politiques d'insertion et d'accès au logement</p> <p>Politiques sociales liées au logement.</p> <p>Politiques d'insertion sociale et protection des personnes vulnérables</p> <p>Politiques en faveur des personnes étrangères</p> <p>Politiques d'accompagnement socio-familial</p> <p>Inspection et de contrôle des établissements sociaux</p> | <p>Elle n'y perd rien.</p> | <p>Elle peut être associée à cette dynamique de développement et ainsi s'inscrire dans l'objet de sa mission « Sport Santé ».</p> | <p>Au sein du service Jeunesse, Sports et Vie associative il y a une personne qui est chargée d'une mission « sport santé ».</p> <p>Les dossiers CNDS sont instruits par les agents de la DDCSPP. Ces dossiers intègrent les actions « sport santé » et « formation », entre autres, dans leurs critères de subventionnement.</p> <p>Cette structure est un appui et un centre de ressource important à travers le réseau d'acteurs qu'il coordonne et sollicite.</p> | <p>Administration contraignante, laissant peu de marge de manœuvre par rapport aux missions fixées au préalable.</p> | <p>Acteur Actif</p> |
|-------------------------|--|----------------------------|---|---|--|---------------------|

| | | | | | | |
|--|--|--|---|---|--|---------------------|
| <p>Les médecins, les kinésithérapeutes et les pharmaciens</p> | <p>Ils sont les premiers acteurs du système de santé et donc les premiers en contact avec les usagers. Ils sont des personnes de confiance responsable de la santé de la population.</p> | <p>Ils engagent leur responsabilité et leur crédibilité.</p> | <p>Une approche plus globale dans la prise en charge de leur patient.</p> <p>Une innovation qui peut les distinguer des autres professionnels de santé et qui peut revaloriser leur pratique.</p> | <p>La confiance que la population a en son médecin du fait de ses connaissances et de son expertise dans le secteur médical. Ce sont les médecins qui font les prescriptions médicales.</p> <p>Les kinés sont en marge de la reprise d'activité physique à travers la rééducation. Ils ont un impact direct sur l'éducation de leur patient.</p> <p>Le pharmaciens est en contact régulièrement avec le patient et assure la suite de la prise en charge par le médecin. Il peut être un vecteur de communication complémentaire.</p> | <p>Le manque de formation des médecins sur ce type de prise en charge.</p> <p>Une responsabilité engagée qui peut inquiéter le médecin s'il n'a pas été sensibilisé et former à cela.</p> <p>Les kinés ne font pas de prescriptions.</p> <p>Les pharmaciens ne font pas non plus de prescriptions.</p> | <p>Acteur Actif</p> |
|--|--|--|---|---|--|---------------------|

| | | | | | | |
|------------------------------------|---|--|--|--|--|----------------------|
| <p>Le mouvement sportif</p> | <p>Il est représenté par les Comités Olympiques et Sportifs et notamment à notre échelle par le CDOS. Il y a un certain nombre de fédérations, affiliées au mouvement sportif, représentée par les comités départementaux chargée de développer les politiques fédérales à l'échelon local.</p> | <p>Un comité peut avoir peur de perdre sa composante compétitive pour les disciplines que cela concerne.</p> | <p>Une orientation nouvelle, plus proche de la demande des consommateurs d'activité physique.</p> <p>Une opportunité de fédérer de nouveaux licenciés.</p> | <p>Proximité des comités avec leurs clubs.</p> <p>Volonté générale de se développer.</p> <p>Initiateurs des politiques de développement au niveau départemental.</p> <p>L'agent de développement du CDOS est la même personne que pour le CMES</p> | <p>Peu de moyens financiers et de ressources humaines pour le développement de créneaux « sport santé ».</p> | <p>Acteurs actif</p> |
|------------------------------------|---|--|--|--|--|----------------------|

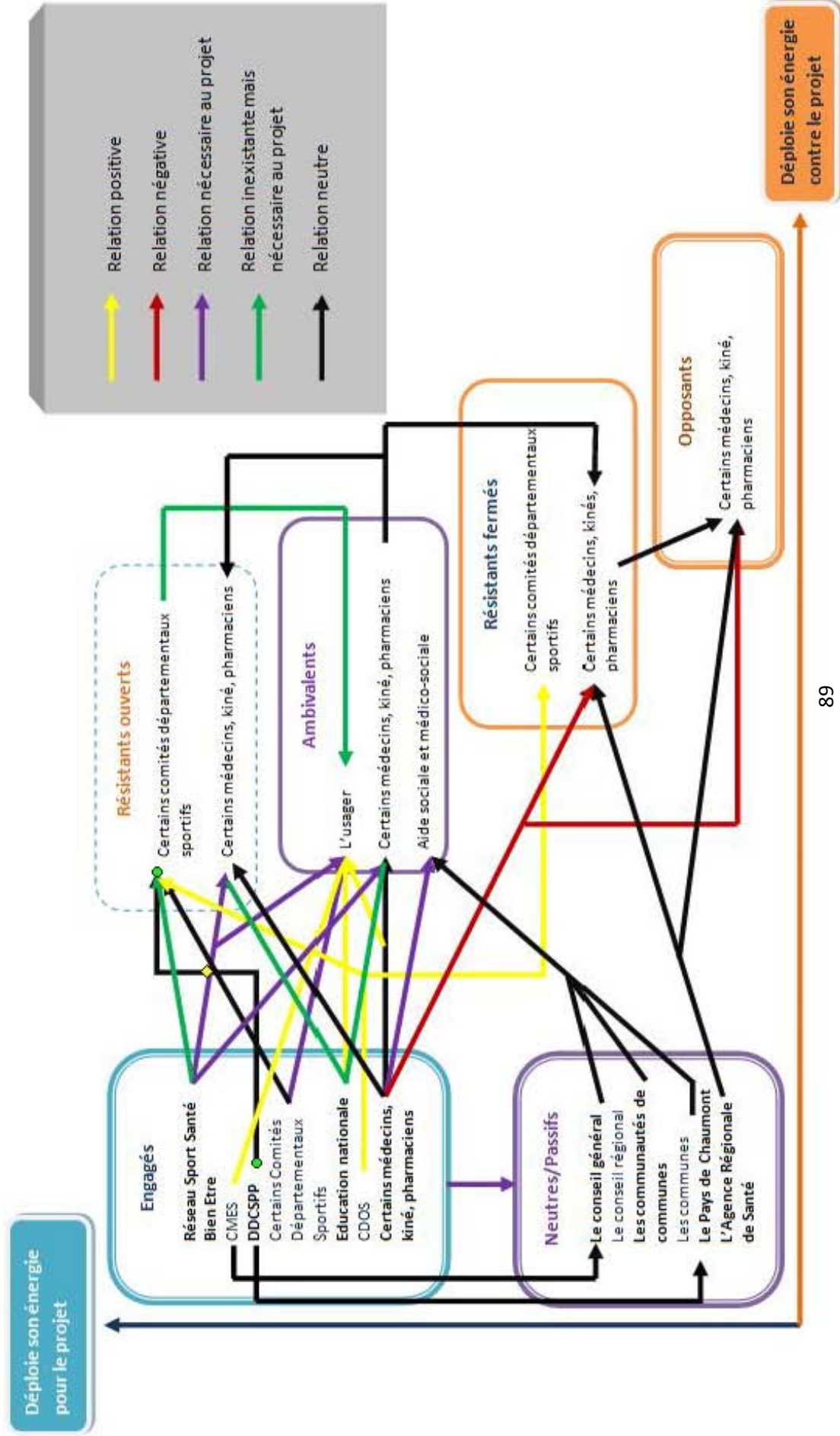
| | | | | | | |
|------------------------------|---|----------------------------------|---|--|--|--------------|
| L'utilisateur | Ce sont des personnes, tout âge confondu, qui ne pratiquent pas, peu ou plus d'activité physique. Ce sont donc des sédentaires qui sont atteints ou non de maladie chronique. Cela peut également être des personnes en situation de précarité sociale qui ne peuvent s'offrir une pratique d'activité physique régulière, encadrée et adaptée. | L'utilisateur n'a rien à perdre. | L'intégration dans la pratique d'une activité physique régulière, adaptée, sécurisante et progressive, favorable pour sa santé et lui permettant de tisser des liens sociaux avec d'autres personnes. Un traitement par l'activité physique complémentaire pouvant réduire ou mieux supporter les autres traitements thérapeutiques. | Ce sont eux qui formulent la demande ou qui répondent à l'offre proposée par le médecin ou autre professionnels de santé, du social, médico-social et éducatif. | La difficulté est de motiver ces personnes pour qu'elles intègrent un parcours prévention santé autour du projet sportif personnalisé. | Acteur ciblé |
| L'éducation nationale | Cela concerne essentiellement les écoles maternelles, primaires, les collèges et les lycées. Il s'agit des personnes qui travaillent au sein de ces structures comme les directeurs, les enseignants d'EPS et les médecins ou infirmières scolaires. On peut également citer l'inspection académique du département et également le rectorat d'académie au niveau régional qui développe une mission sport-santé. | Ils n'ont rien à perdre. | Apporter une pratique adaptée durant le temps scolaire ou périscolaire afin de favoriser l'intégration des jeunes pratiquant peu d'activité physique. Apporter un suivi de l'élève entre le secteur scolaire et le milieu médical extérieur. | La proximité avec les enfants dans leur structure. Les responsabilités de ces acteurs dans l'éducation des enfants et adolescents de leur établissement. Le rectorat d'académie qui possède une mission sport santé. | Il s'agit d'un milieu qui présente des contraintes dans le sens où il est difficile de mettre en place certains projets. L'établissement lui-même n'étant pas seul décideur pour chacun des projets mis en place. | Acteur actif |

| | | | | | | |
|--|---|--------------------------|--|--|--|----------------|
| Le CMES | Il s'agit d'une association qui propose un versant médico-sportif avec la mise en place du suivi des sportifs de tous niveaux, et un autre versant qui propose la réhabilitation des personnes souffrant d'une maladie chronique. Il y a deux médecins du sport, un préparateur physique, un éducateur médico-sportif, un cardiologue et un agent de développement. | Il n'a rien à perdre. | Pouvoir proposer à leurs patients sortant des ateliers de réhabilitation, un pratique d'activité physique adaptée et régulière au sein d'un club « sport-santé » | Il a une forte activité sur le territoire. Il est connu et reconnu par les professionnels de santé ainsi que les personnes qui le pratique. Il est le seul sur le territoire qui a dans son équipe un éducateur médico-sportif. | Victime de son succès, il ne peut accueillir plus de patients dans ses programmes de réhabilitation. | Acteur actif |
| Le Réseau Sport Santé Bien Etre | Il s'agit d'une structure régionale qui coordonne les actions des différents acteurs concernés par le champ du « Sport Santé ». Il souhaite pouvoir mettre en place sur la région Champagne-Ardenne, le parcours de soins sport santé. | Il n'a rien à perdre. | Etendre ses actions sur l'ensemble de la région et sensibiliser encore plus de personnes par la pratique d'une activité physique. | Il possède des ressources et des appuis important au niveau régional et national. Sa transversalité lui permet de sensibiliser plus facilement les différents champs concernés par le sport-santé. | Le manque de ressources humaines ne lui permet pas d'établir des contacts de proximité sur tous les départements de la région. | Acteur central |
| Aide sociale et médico-sociale | Cela concerne les acteurs des établissements, des services d'aide sociale et/ou médico-sociale que ce soit dans le secteur public ou associatif. | Ils n'ont rien à perdre. | Associer à l'aide sociale et médico-sociale une offre améliorant la qualité de vie des personnes concernées. | ils sont en contact régulier avec des personnes ayant différentes situations sociales. Ils ont développé une relation de confiance avec ces personnes. | Ils n'ont pas été formés à ce type de prise en charge. Ils n'ont pas forcément le temps de proposer cette approche. | Acteurs actif |

| | | | | | | |
|----------------------------------|---|--|---|---|--|----------------------|
| <p>Agence Régionale de Santé</p> | <p>Ouverte début avril 2010, l'Agence régionale de santé (ARS) de Champagne-Ardenne met en œuvre la politique régionale de santé, en coordination avec les partenaires et en tenant compte des spécificités de la région et de ses territoires. Ses actions visent à améliorer la santé de la population et à rendre le système de santé plus efficace.</p> <p>Il y a en Haute-Marne une délégation territoriale détachée de l'ARS qui assure un travail de proximité.</p> <p>Tous les ans, elle lance un appel à projet et subventionne les projets répondant aux objectifs prioritaires de santé fixés.</p> | <p>L'ARS n'y perd que l'argent qu'elle investira suite à la demande de subvention.</p> | <p>La pérennisation de projets assurant l'efficacité d'un meilleur système de santé sur son territoire. S'associer à un projet intégrant une prise en charge globale du patient et favorisant la mutualisation des moyens de plusieurs partenaires tels que peuvent le souhaiter les nouvelles politiques de santé publiques.</p> | <p>Entité responsable de la politique de santé régionale.</p> <p>Instruit les dossiers de demandes de subventions.</p> <p>Expertise dans le champ sanitaire et médico-social.</p> | <p>Administration réglementée laissant peu de marge de manœuvre.</p> | <p>Acteur Neutre</p> |
|----------------------------------|---|--|---|---|--|----------------------|

Suite à ce travail, nous avons essayé de visualiser, à travers l'élaboration d'un sociogramme, les différentes relations existantes entre les acteurs recensés. Puis nous avons identifié la nature de ces relations pour établir quelles seront celles à développer pour atteindre les objectifs de notre projet.

3.2 Figure 19 : Le sociogramme



Rappelons que ce sociogramme est amené à évoluer avec le temps en fonction des éventuels changements repérés, notamment dans la nature des relations entre les acteurs ou encore des nouvelles relations identifiées.

Partie 5 : Analyse, discussion des résultats et propositions d'action

Pour tous les résultats et les chiffres que nous annoncerons dans cette partie, nous ferons référence à notre diagnostic territorial « Sport Santé ».

A travers ce travail de diagnostic territorial « Sport Santé » nous souhaitons mettre en avant les ressources, d'un territoire défini, appartenant aux différents champs d'intervention concernés par le « Sport Santé ». Nous avons expliqué que ce dernier vise à favoriser la pratique d'une activité physique et/ou sportive régulière, adaptée, sécurisée et progressive pour toutes personnes quels que soient leur âge, leur sexe et leurs capacités ou incapacités physiques, mentales et/ou sociales. Il s'agit donc là de sensibiliser tout public et c'est pourquoi nous avons ciblé nos recherches autour des secteurs du social, médico-social, éducatif, sanitaire et, puisque nous parlons de « sport santé », du milieu sportif.

Notre objectif principal était de situer l'état des avancées de notre territoire ainsi que le potentiel de développement de l'offre d'activités physiques favorables à la santé, en tenant compte de 3 axes prioritaires : la communication, l'accessibilité financière et le développement des zones non-couvertes.

Ainsi nous allons analyser et interpréter les résultats principaux obtenus tout au long de nos travaux de recherche mais également nous évoquerons les différentes difficultés rencontrées ainsi que les limites de notre travail.

1 Analyse globale et discussion des résultats

1.1 Les caractéristiques de la population

Les résultats obtenus sur les caractéristiques générales de la population de notre territoire, nous ont permis de la situer, essentiellement, par rapport à la moyenne régionale et nationale.

La population étudiée est principalement vieillissante avec plus de 26 % de personnes âgées de plus de 60 ans ; cela se confirme en observant le rapport de personnes < 20 ans sur celle > 60 ans, qui est inférieur à 1. La densité de population du département haut-marnais est la plus faible de la région Champagne-Ardenne. Cette dernière est placée au 18^{ème} rang sur 22 au niveau national. En comparaison, la densité moyenne au niveau national est de 113 habitants/km² alors qu'elle n'est que de 30 habitants/km² pour notre département.

Cela suggère une forte identité rurale du territoire et un éloignement géographique important entre les villages et les villes, limitant de ce fait, l'accès aux multiples services du quotidien. Tout comme au niveau national, le pourcentage d'hommes dans notre département est inférieur à celui des femmes, mais de moindre manière puisque le pourcentage d'hommes est supérieur à la moyenne nationale (48,4 % au niveau national pour 51 % au niveau départemental).

Concernant l'évolution de la population dans notre département, on constate une perte de 10 000 habitants sur les 10 dernières années alors que la France métropolitaine enregistre globalement un gain de population. Nous pourrions perdre 20 000 habitants dans les 30 années à venir. Cette prévision négative peut notamment s'expliquer par la conjoncture économique actuelle. En effet, les catégories socioprofessionnelles majoritairement représentées dans notre département sont les ouvriers (33 %) et les employés (30 %). Or ce sont principalement ces deux catégories qui ont été touchées par le chômage. Cela est d'autant plus vrai que notre territoire présente un taux d'agriculteurs sensiblement supérieur à la moyenne nationale (4 % pour 2 %). Les difficultés économiques de l'industrie française entraînant une saturation du marché de l'emploi, la population active de notre territoire en est la première victime. En conséquence, cela engendre un exode des jeunes

populations vers les bassins d'emplois de proximité. En parallèle nous ne constatons que très peu d'arrivées, ce qui crée le déséquilibre entre les entrées et les sorties de la population sur notre territoire. Cet exode de la population recherchant un emploi peut également expliquer le fait que le taux de chômage en Haute-Marne (9 % au 3^{ème} trimestre 2010) soit inférieur à la moyenne régionale (9,4 %) et nationale (9,3 %).

Pour ce qui est de l'état de santé de notre population, nous avons pu noter une espérance de vie des hommes (75,8 ans) et des femmes (82,8 ans) inférieure à la moyenne régionale (76 ans / 83,6 ans) et nationale (77,6 ans / 84,2 ans). Il s'agit là encore de données pouvant expliquer l'évolution négative de la population si l'on considère la présence d'une majorité de personnes âgées de plus de 60 ans et le fait que l'espérance de vie soit inférieure à celle des autres territoires.

Les hommes et les femmes décèdent le plus fréquemment de tumeurs ou de maladie de l'appareil circulatoire. Si l'on observe la morbidité, on s'aperçoit que la prévalence de l'obésité en Champagne Ardenne (13,9 % pour les hommes / 17,4 % pour les femmes) est nettement supérieure à celle du niveau national (9,8 % / 9,8 %). Cela se vérifie également dans la prévalence du diabète (4,5 % pour la région seulement 3,9 au niveau national) et dont 43,7 % des personnes traitées au niveau régional sont atteintes d'obésité alors que ce chiffre n'atteint que 33,9 % au niveau français. Ces données nous apportent un éclairage sur les causes de mortalité dans notre région.

Le taux d'Affection de Longue Durée en Haute-Marne marque spécifiquement les problématiques de santé du territoire. En effet le taux de prévalence des ALD est de 195/1000 au niveau départemental alors qu'il n'est respectivement que de 176,5/1000 et 177,5/1000 au niveau régional et national. Nous savons que nous sommes sur un territoire à forte identité rurale et cela peut expliquer ces chiffres, notamment du fait des difficultés pour les personnes malades d'être accueillies en structure hospitalière. D'ailleurs si l'on compare les 4 départements de la région Champagne Ardenne, on constate que ce sont les deux départements « ruraux » qui présentent les taux de prévalence d'ALD les plus élevés, en l'occurrence la Haute-Marne et les Ardennes.

Une dernière étude a montré que les causes principales d'inaptitude au travail étaient les lombalgies, les troubles musculo-squelettiques ou encore les causes psychosociales. Les

ouvriers sont définis comme étant les principales victimes des lombalgies et TMS alors que les employés seraient touchés par les causes psychosociales. Ces informations concernent directement notre département et bien évidemment notre territoire de diagnostic puisque le taux d'ouvriers, d'agriculteurs et d'employés est supérieur à la moyenne nationale.

Enfin, dans cette partie nous avons étudié les habitudes des personnes en matière de pratique d'activité physique, à travers l'aspect qualitatif (type de situation de pratique) ou quantitatif (fréquence et intensité de la pratique). Nous avons ensuite établi des profils sociaux selon ces critères. Par contre, nous avons choisi de privilégier la qualité de la pratique car nous nous sommes aperçus que les personnes qui déclaraient pratiquer le plus une activité physique pendant le temps de travail étaient également celles qui la pratiquaient le moins lors des loisirs. Or nous savons que la pratique d'activité physique au travail ne peut être considérée comme étant favorable à la santé au contraire de celle engagée lors des loisirs.

Effectivement, il s'agit bien souvent de personnes travaillant en tant qu'employés, ouvriers ou encore agriculteurs/exploitants dont les conditions de travail engendrent les problématiques de santé dont nous avons parlé précédemment.

Les personnes déclarant pratiquer **le plus** une activité physique lors des loisirs et ce, dans le cadre d'une pratique encadrée, en milieu associatif et/ou de façon intensive (plus d'une fois par semaine), ont un profil social bien défini :

- Un homme
- Entre 15 et 29 ans
- Diplôme supérieur ou égal au BAC
- Revenu supérieur à 1500 euros
- Cadre / Professions intermédiaires

Au contraire, le profil social des personnes déclarant **le moins** cette pratique est :

- Une femme
- 50 ans et plus
- Diplôme inférieur au BAC
- Revenu inférieur à 1500 euros
- Ouvriers / Employés / Sans activités / Retraités

Enfin, nous avons également situé le profil des personnes déclarant **le plus ne pas pratiquer** d'activité physique :

- Une femme
- Plus de 65 ans
- Revenu inférieur à 1500 euros
- Retraité/Sans activité

Si nous comparons alors ces profils à ceux que l'on a repéré majoritairement sur notre territoire de diagnostic, nous pouvons constater clairement que notre population présente le profil de personne déclarant le moins une activité physique qualitative voir même celui déclarant aucune activité. Et si l'on rapporte ces éléments aux problématiques majeures de santé définies auparavant, nous pouvons justifier le besoin d'intégrer cette population dans une pratique d'activité physique régulière, adaptée, sécurisante et progressive.

Toute cette première partie d'étude sociodémographique et économique, de l'état de santé et des comportements en matière d'activité physique de la population du territoire, nous a permis de confirmer le besoin pressenti en matière de « Sport Santé ». La difficulté de ce travail a été de pouvoir obtenir des données équivalentes que ce soit selon l'année de recueil des données étudiées, ou que ce soit entre les territoires, parce qu'il était nécessaire de comparer ces territoires à travers des chiffres provenant d'une même étude.

En réalité ces conditions n'ont pas toujours été remplies et nous n'avons pu comparer tous les territoires au milieu de tous ces thèmes d'études proposés. Pour pallier à cela, nous avons choisi de montrer qu'il y avait des similitudes entre certains territoires comme par exemple entre le territoire de diagnostic et le département qui l'inclus. En effet, les caractéristiques de l'un se rapprochaient fortement de l'autre, en conséquence nous posons l'hypothèse que ce que nous vérifions pour l'un pouvait être considéré pour l'autre.

1.2 Les ressources du secteur sanitaire

Ensuite, nous avons recensé les ressources du territoire dans le secteur sanitaire, ce qui nous a permis de situer l'offre d'accès aux soins ainsi que de noter les disparités en matière de démographie médicale et paramédicale entre les territoires et à l'intérieur même du nôtre.

La présence d'un seul hôpital et d'une seule clinique sur le territoire peut paraître suffisante si l'on se réfère à la population totale mais la forte ruralité identifiée précédemment peut marquer certaines difficultés dans le cadre de l'accès à ces structures. Nous l'avons remarqué lorsque nous parlions de la prévalence des ALD.

En ce qui concerne la démographie médicale et paramédicale on a pu facilement repérer les zones déficitaires du territoire et donc situer les manques dans ces zones. Ce qui nous a permis d'évaluer les possibilités de développer l'axe « communication » dans notre projet de développement du « sport santé » sur le territoire. Pour compléter cela, nous avons également listé les associations de patients afin d'envisager les possibilités de communication auprès des représentants des usagers du système de santé.

Les principales limites de cette partie résident dans la comparaison entre chacun des territoires notamment pour la démographie médicale et paramédicale. Les données obtenues ne provenaient pas toujours des mêmes sources et cela a limité notre travail d'analyse et d'interprétation. Nous n'avons pu comparer, entre elles, les données spécifiques relevées pour chacun des professionnels de santé. Par exemple, nous avons recueilli l'âge moyen pour les infirmières ou les masseurs-kinésithérapeutes situés dans notre territoire, ce qui n'a pas pu se faire pour les médecins.

1.3 L'organisation de l'aide sociale et médico-sociale

Ce secteur de recherche est celui qui nous a posé le plus de difficulté, il s'agit d'un domaine que nous ne maîtrisons pas et qui paraît, de prime abord, extrêmement complexe. Et pour cause, la frontière entre l'aide sociale et l'aide médico sociale est bien trop floue. Les parcours de prise en charge des publics peuvent solliciter tantôt l'une tantôt l'autre voire même, l'une en interaction avec l'autre. Le maillage entre les différents acteurs est un élément important dans le schéma organisationnel de l'aide sociale et médico-sociale à l'échelon local, dans ce cas précis.

Pour comprendre ce milieu, nous nous sommes donc orientés vers une personne ressource, le directeur des affaires sociales et du Centre Communal d'Action Sociale de la ville de Chaumont qui a également travaillé, pendant 15 ans, au sein du Conseil Général de Haute Marne ainsi qu'en milieu associatif en début de carrière. Et toujours dans un souci de développer la communication autour du « Sport Santé » sur notre territoire, nous nous sommes essentiellement attachés à traiter cette question : « qui fait quoi et pour qui ? ». En effet, en fonction du public pris en charge il y a un réseau d'acteurs bien ciblé qui intervient. Les informations que nous avons recensées nous permettront d'identifier les parcours de prise en charge des différents publics dans le secteur social et médico-social. Il s'agit ainsi de renforcer l'axe « communication » de notre projet mais également de pouvoir intervenir sur l'axe « accessibilité financière » pour les personnes en situation précaire qui n'auraient pas les moyens de s'inscrire dans un parcours « Sport Santé ».

Comme nous l'évoquions précédemment, l'aide sociale et médico-sociale est un champ d'intervention complexe de par son organisation et on peut y associer une multitude de structures qu'elles soient associatives, publiques ou encore privées.

Nous avons dû ajuster constamment nos recherches et la construction de cette partie, en fonction de chaque nouvelle personne rencontrée sur le terrain. Mais en croisant les données selon ces différentes sources d'informations locales, départementales ou par le biais de sites internet, nous avons réussi à construire ce recueil de données afin qu'il soit le plus exhaustif possible.

1.4 La place du « sport santé » dans le secteur éducatif

L'objectif était de connaître les activités physiques et sportives périscolaires proposées dans les établissements scolaires mais également leur l'implication dans la mise en place d'action « Sport Santé » ou encore de sensibilisation à la pratique d'activité physique R.A.S.P en dehors des programmes d'EPS obligatoires. Nous nous sommes renseignés auprès du directeur du comité départemental UNSS, du chargé de mission EPS de Chaumont mais également auprès du conseiller pédagogique EPS de Haute-Marne. Seulement nous n'avons pas pu obtenir toutes les informations escomptées, en effet nous étions dépendants de ces personnes car nous n'avions pas assez de temps pour affiner nos recherches. Il nous faut donc attendre encore si l'on souhaite avoir ces différentes informations, et ainsi évaluer l'impact des établissements scolaires sur l'éducation des élèves en matière de « Sport Santé ». L'objectif étant de pouvoir envisager son développement à travers l'axe « communication » ou encore l'axe « accessibilité financière » pour les élèves des classes sociales défavorisées, comme par exemple pour les établissements en Zone d'Education Prioritaire.

1.5 La déclinaison de l'offre « sportive »

A travers le recensement des équipements sportifs nous avons pu identifier les offres potentielles de pratiques sportives dans chacune des communes. Puis nous avons ensuite poursuivi nos recherches autour de l'offre associative afin de classer cette dernière selon son type de pratique. Nous avons tenté de recenser l'offre sportive privée mais nous n'avons pu qu'obtenir des informations de façon informelle, c'est pourquoi nous ne garantissons précisément l'exhaustivité des résultats.

L'objectif final de ces recherches était de situer l'offre sportive susceptible d'être considérée « Sport Santé » ou bien qui, potentiellement, pourrait l'être.

C'est pourquoi nous avons privilégié la rencontre avec les comités départementaux sportifs. Il s'agit des acteurs les plus légitimes pour rendre compte de l'activité de leurs clubs.

Etant donné le peu de temps que nous avons dans la réalisation de ce diagnostic, nous nous sommes attachés à rencontrer, essentiellement, les comités départementaux sportifs sensibilisés ou impliqués dans le « Sport Santé », qu'ils le soient consciemment ou inconsciemment. Stratégiquement nous nous sommes appuyés sur le service jeunesse, sport et vie associative de la DDCSPP puisque c'était la période des appels à projet du CNDS.

1.6 La déclinaison de l'offre « Sport Santé » : l'existant et le potentiel

Nous avons listé les différentes offres « Sport Santé » que ce soit dans le secteur de la formation ou de la pratique physique. Le but de ce recueil de données était d'identifier l'existence d'une offre de pratique « Sport Santé » afin d'en cibler les zones couvertes et non-couvertes du territoire. Ceci, dans le but, notamment d'analyser les possibilités de développement des zones non couvertes. Mais également de cibler les ressources qu'il sera possible de solliciter pour communiquer autour des offres existantes, notamment à travers celles que nous avons identifiées précédemment dans les différents champs (sanitaire, social, médico-social, éducatif et sportif).

Il nous a été difficile de discerner clairement l'offre « Sport Santé » du restant de l'offre sportive. En effet, nous n'avions pas de critères précis capables de faciliter nos recherches et notre sélection. Nous avons donc décidé de les définir en tenant compte du niveau de formation de l'éducateur encadrant la pratique, du type de public que la pratique sollicite et de la nature de l'activité. Cela nous a permis d'identifier deux catégories d'offre « Sport Santé » : l'existante et la potentielle. L'« offre existante » pourra être ensuite labellisée « Sport Santé » par le RSSBE mais uniquement dans le cadre de la prévention primaire. L'« offre potentielle » désigne les associations possédant un certain nombre de critères, insuffisants pour une labellisation immédiate, mais qui pourraient le devenir ultérieurement, là encore uniquement dans le cadre de la prévention primaire.

En effet, aucune association ne présente les critères nécessaires pour la prise en charge de personnes atteintes de maladies chroniques, dans le cadre de la prévention tertiaire.

1.7 L'analyse stratégique du territoire

L'objectif de ce travail était d'analyser le contexte macro environnemental et micro environnemental du projet « Sport Santé ». Ceci afin de dégager les problématiques constructives liées également à l'engagement des acteurs concernés, et aux interactions entre eux. Pour finalement établir une stratégie d'action adaptée aux forces et faiblesses de l'environnement local et ainsi initier, efficacement, un projet de développement.

En ce qui concerne l'analyse stratégique des acteurs, nous avons regroupé les acteurs par fonction ou structure, sans jamais dissocier la personnalité de l'individu de sa fonction. Mais si nous devons réaliser un projet sur un territoire plus précis nous étudierions cet aspect ainsi que les interactions informelles pouvant exister entre les acteurs des différents champs d'intervention concernés. Nous avons donc proposé d'éventuelles stratégies d'action en précisant que celles-ci sont amenées à évoluer dans le temps que ce soit à court, moyen ou long terme. Voilà pourquoi nous n'avons proposé qu'un plan d'action global établi avec des objectifs ciblés dans ces trois dimensions temporelles.

Cette démarche méthodologique peut ainsi être reproduite sur d'autres territoires.

1.8 Analyse générale du diagnostic territorial « Sport Santé »

Tout au long de notre travail de terrain nous avons respecté les objectifs que nous nous étions fixés tout en suivant le plan opérationnel de départ. Mais nous avons constamment réajusté ce plan en fonction des rencontres effectuées sur le terrain, nous nous sommes trouvés parfois confrontés à des blocages institutionnels ou parfois à des réticences dues à des conflits de personnes. La conduite de ce diagnostic nous a demandé de la patience, une capacité d'adaptation et bien souvent de la persévérance.

Nous ne pouvons malheureusement justifier de l'exhaustivité de notre rendu mais avec le recul et avec l'expérience que nous venons de vivre, nous pourrions dans l'avenir améliorer et surtout, cibler plus efficacement notre stratégie d'intervention.

Par ailleurs, n'ayant aucune compétence en matière de cartographie, nous n'avons pu construire ce type de représentation visuelle dans l'analyse des données recueillies. Les cartographies présentées dans notre diagnostic ont été tirées de documents internet ou d'autres fichiers. Mais il serait intéressant de compléter ce travail avec ce type d'outil afin de souligner certaines particularités du territoire qui ont une importance dans l'orientation future d'un projet de développement « Sport Santé ».

Avec le recul, il nous paraît maintenant ambitieux de ne s'être accordé que deux mois pour effectuer ce travail. Il aurait été plus judicieux de préparer un plan d'action sur une période minimum de 3 mois tout en prévoyant un temps supplémentaire pour la phase d'écriture du document qui a pris un temps très précieux sur le temps de recherche de données.

Ou bien fallait-il réduire le territoire d'étude ? Ceci afin de pouvoir privilégier le travail de proximité sur le terrain, et ainsi affiner le recueil des données, garantissant, par la même, l'exhaustivité du diagnostic.

2 Propositions d'action

Nous avons, dans un premier temps, rappelé le contexte du territoire en situant ses forces et ses faiblesses, et ainsi établi, dans un second temps, un plan d'action stratégique de développement des parcours « sport santé », sur notre territoire, impulsé par le RSSBE et la SF2S.

2.1 Bilan du contexte territorial

Notre territoire connaît de nombreuses difficultés sur le plan géographique, démographique et socioéconomique. Sa forte ruralité et l'âge avancé d'une grande partie de sa population engendre une réelle problématique dans le cadre de la mobilité et de l'accès des personnes aux différents services de la vie quotidienne. Cela suggère également des difficultés sur le plan de la santé de ces personnes qui vieillissent et dont les capacités s'amointrissent avec le temps.

En ce qui concerne l'accessibilité financière, la situation économique actuelle et le fort taux d'employés et d'ouvriers recensé, nous amène à penser qu'il sera difficile de solliciter les individus pour un engagement dans de nouvelles dépenses. La vie devient de plus en plus chère et les salaires ne permettent pas toujours, selon la catégorie socioprofessionnelle, de pallier à ces augmentations. En bref, c'est tout le pouvoir d'achat qui diminue. Les conditions de travail des catégories socioprofessionnelles citées ci-dessus, entraînent des problématiques de santé particulières (partie 4, 1.1) qu'il faut prendre nécessairement en considération.

L'offre « Sport Santé » du territoire n'a pas encore été recensé et donc, pas officiellement reconnue. Or on s'est aperçu au cours de ce travail, que les clubs sportifs n'ont pas attendu qu'on leur explique qu'il fallait prendre en charge un nouveau type de public, ils ont su répondre à une demande de plus en plus ancrée dans les mœurs. Il existe donc une offre non organisée et officieuse qui nécessite un cadre d'action, un accompagnement et un suivi afin d'assurer la structuration de cette offre sportive spécifique sur le territoire. En revanche, nous n'avons recensé qu'une possibilité d'offres « sport santé » pour la prévention primaire, aucune offre associative, mis à part l'offre du CMES de Chaumont, ne peut proposer de programmes ou de créneaux dans le cadre de la prévention tertiaire.

Il existe sur le territoire des personnes ressources impliquées, volontairement ou de par leurs missions dans le cadre de leur profession, dans le développement du « sport santé ». On peut citer notamment le service Jeunesse, Sport et Vie associative de la DDCSPP, le Centre de Médecine et d'Evaluation Sportive mais encore le Comité Départemental EPGV, de la Randonnée Pédestre. Mais aussi le Comité Départemental Olympique et Sportif qui est étroitement lié au CMES puisque qu'il y a un agent de développement qui partage son temps de travail sur les deux structures.

Nous pouvons soulever l'hypothèse que le conseil général soit sensible à cette démarche puisqu'il participe activement au financement du CMES. La ville de Chaumont soutient également cet établissement à titre financier. Nous savons également que l'hôpital de Chaumont lui prête ses locaux et que certains praticiens de la clinique de Chaumont envoient des patients vers l'association. Le CMES de Chaumont est un réel indicateur de l'engagement des acteurs du secteur sanitaire et des élus locaux dans le champ du « sport santé ».

Le mouvement sportif connaît de grandes difficultés tant en terme de moyens financiers que de moyens humains. En effet, les comités départementaux sportifs notamment, ne manquent aucunement de volonté mais clairement de moyens pour assurer leurs objectifs de développement. Les clubs « sur »vivent avec leurs bénévoles mais ces derniers s'essouffent et tout comme la population du département, ils vieillissent. Le bénévolat tend à disparaître et c'est pourquoi nous entendons parler de plus en plus de « professionnalisation du milieu sportif », mais pour cela il est primordial d'être en mesure de pérenniser les emplois ».

2.2 Détermination des enjeux

Après avoir analysé le contexte macro/micro-environnemental et les différents jeux d'acteurs, nous pouvons dégager les grands enjeux liés à ce projet de développement territorial « sport santé ».

Enjeux 1 : Au niveau Social

- Créer du lien social entre les individus, à travers la pratique d'une activité physique en groupe.
- Faciliter l'accès à une offre sportive adaptée pour les publics en fragilité sociale de par leur isolement (social ou géographique) ou de par leur situation précaire.

Enjeux 2 : Au niveau Sanitaire

- Répondre aux problématiques de santé du territoire. L'activité physique apporte une complémentarité dans certains traitements thérapeutiques et peut être bénéfiques pour nombre de pathologies chroniques.
- Diversifier et globaliser les parcours de prise en charge du patient pour les médecins. Ce qui peut être générateur d'innovation pour leur pratique et être source d'intérêt pour de jeunes médecins ou des étudiants en médecine.

Enjeux 3 : Au niveau Sportif

- Diversifier l'offre de pratique des associations sportives dans le but de toucher un public non licencié.
- Augmenter le nombre de créneaux dans les associations et ainsi, faciliter la pérennisation des emplois des éducateurs sportifs ou encore la création d'autres emplois.

2.3 Plan d'action stratégique

Nous avons expliqué les différentes étapes de notre plan d'action stratégique organisé en 3 actions ciblées dans le temps, à court terme, à moyen terme et à long terme. Pour chacune des étapes nous avons associé les acteurs qui peuvent avoir un rôle de leviers ou d'appui dans la conduite de notre projet.

« Action 1 : Initier le développement (court terme)

Etape 1 : Reconnaissance de l'offre Sport Santé

Il faut commencer par enclencher la labellisation « sport santé » des associations sportives afin qu'elles puissent accueillir des personnes dans le cadre de la prévention primaire dans un premier temps. Pour le moment aucune association ne propose de prise en charge pour le moment dans le cadre de la prévention tertiaire. Cette étape doit être menée par les CDOS/CROS en lien avec le RSSBE.

Etape 2 : Sensibilisation et formation des médecins

Suite à cette première de labellisation, nous pourrions intervenir auprès des médecins dans une démarche de sensibilisation dans un premier temps puis de formation dans un deuxième temps pour ceux qui seront intéressés par la mise en place du parcours de soins « Sport Santé ». Il est nécessaire d'effectuer cette sensibilisation à travers un échange d'expériences par les pairs, en effet un médecin est le mieux placé pour expliquer cette démarche à un autre médecin. Il faudra également s'appuyer sur des expériences positives extérieures. On pourra s'appuyer notamment sur le médecin conseiller de la DRJSCS et sur le comité départemental de l'ordre des médecins.

Etape 3 : Expérimentation du parcours de soins « sport santé »

Nous partons du principe qu'il faut commencer quelque part pour pouvoir initier tout projet territorial, c'est pourquoi il nous faudra mettre en place, dans un premier temps, ce projet de parcours de soins « Sport Santé » sur une structure de notre territoire pour pouvoir par la suite l'étendre aux autres structures. Nous pourrions nous appuyer, dans le cas présent, sur le Groupe Médical de Froncles qui est une structure pluridisciplinaire et qui souhaite vivement s'engager dans la démarche. L'enjeu sera donc d'expérimenter la mise en place de ce type de parcours au sein d'une maison de santé et donc de l'intégrer pleinement dans le projet de santé de l'établissement. Nous devons nous appuyer principalement sur l'ARS, le RSSBE et le CMES. Ces dernières pourront nous permettre d'entrer en contact avec d'autres partenaires importants pour le projet.

Action 2 : Renforcer le développement (moyen terme)

Etape 1 : Sensibiliser les comités départementaux et clubs sportifs non labellisés

Il s'agit là de sensibiliser les comités départementaux sportifs et clubs qui prennent en charge des publics spécifiques mais qui ne remplissent pas les critères de labellisation. Il faudra s'appuyer essentiellement sur le CDOS et les autres comités ou clubs sportifs labellisés afin de montrer par l'expérience positive, l'intérêt pour ces structures sportives de former leurs éducateurs. L'objectif sera de favoriser le développement de l'offre en milieu rural afin d'améliorer l'accès à ces créneaux « Sport Santé ».

Etape 2 : Communiquer auprès de tous les professionnels de santé

Il s'agit là d'étendre la communication de ces parcours de soins « Sport Santé » et de l'offre sportive existante à tous les professionnels de santé comme les masseurs-kinésithérapeutes, les pharmaciens, les diététiciens, les psychologues ... Il faudra engager une démarche de sensibilisation auprès de ces personnes en démontrant ce qui fonctionne d'ores et déjà sur

le territoire. C'est la stratégie de la preuve par l'expérience positive. Il faudra s'appuyer sur les associations départementales de ces professionnels de santé pour globaliser l'information et la sensibilisation. Le RSSBE ainsi que les professionnels de santé engagés dans notre projet seront les acteurs principaux de ce travail.

Etape 3 : Etendre la mise en place de ces parcours sur d'autres structures

Il faudra engager d'autres projets sur d'autres structures en tenant compte des possibilités. L'objectif est de lancer le projet de développement concrètement suite à l'expérimentation que nous avons proposé dans l'étape 3 de la phase 1. Nous nous appuyerons sur les conclusions de la phase d'expérimentation, sur les médecins sensibles à notre démarche ainsi que sur l'offre « sport-santé » existante sur le territoire proche.

Action 3 : Pérenniser et accentuer le développement du « sport santé » (long terme)

Etape 1 : Aider les comités départementaux et les clubs sportifs

Il faut permettre aux clubs et comités départementaux de se professionnaliser et donc de mettre en place des créneaux de prise en charge spécifique encadrés par des éducateurs formés aussi bien pour la prévention primaire que tertiaire. Pourquoi ne pas envisager l'embauche de professionnels de l'APA ? Il nous semble incontournable de songer à la mutualisation des moyens financiers et humains entre associations et comités départementaux afin de garantir et de pérenniser l'offre sur le territoire qui est vouée à disparaître en même temps que le bénévolat.

Dans ce cadre là, il faudra s'appuyer sur des financements publics à travers les appels à projet de l'ARS, du CNDS voire d'autres institutions. Il faudra également s'appuyer sur les compétences du service jeunesse, sport et vie associative de la DDCSPP, en matière d'emploi et de mutualisation de moyens. En outre, nous avons connaissance du Groupement d'Employeurs pour le Développement Associatif 52 qui sera un acteur incontournable dans la mise en place de cette démarche.

Nous pourrions également citer l'appui des collectivités territoriales mais n'étant pas certain de ce qu'elles vont devenir sur le long terme, suite à la réforme des collectivités de 2014, nous ne pouvons nous avancer sur leurs aides potentielles.

Etape 2 : Etendre la communication autour du « sport santé »

Il est nécessaire de répondre à notre objectif premier qui est de permettre l'accès à une activité physique et sportive pour toute personne qu'elle que soit ses capacités, incapacités ou situation sociales. Pour ce faire, il nous faut aborder un 3^{ème} champ d'intervention que nous avons étudié dans la partie 3 de la phase 1 « Etat des lieux » de notre diagnostic : Le champ du social et du médico-social. En s'appuyant sur les outils méthodologiques de la SF2S, nous serons en mesure de mettre en place le parcours prévention santé autour du projet sportif personnalisé et ce, par l'intermédiaire des professionnels de différentes structures de l'aide sociale et/ou médico-sociale. Cette approche garantira une communication exhaustive auprès de la population, c'est-à-dire sensibilisant tous les publics. Il faudra s'appuyer sur la SF2S et les acteurs de l'aide sociale et médico-sociale. Nous ne pouvons pas pour le moment prévoir précisément quels seront nos interlocuteurs du fait des incertitudes que laisse entrevoir la réforme des collectivités territoriales.

Cette partie constitue la base de notre démarche dans la réalisation d'un éventuel projet de développement territorial « sport santé ».

Ne pouvant exprimer précisément toutes les données recueillies, nous nous sommes contentés d'expliquer de manière globale les résultats obtenus en s'appuyant tout de même sur des exemples précis tirés du diagnostic.

Nous allons désormais interpréter ces résultats et engager la discussion autour des problématiques rencontrées lors du travail effectué sur le terrain. »

Conclusion

Ce diagnostic a la particularité de traiter une thématique nouvelle et qui évolue tant dans son organisation que dans la représentation que l'on s'en fait. Le « Sport Santé » est un paradoxe en soi puisqu'il impose le rapprochement terminologique de deux notions que sont le sport et la santé. Mais il confronte également deux milieux qui s'éloignent de par leurs modes de fonctionnement et qui ne se comprennent pas toujours, deux mondes avec deux langages bien distincts. Toute la complexité réside dans cette approche et durant ce travail de diagnostic, il a été bien souvent difficile d'expliquer et de faire comprendre la légitimité de notre démarche. Au-delà de ces difficultés nous avons pu construire ce diagnostic territorial « sport santé » à travers un cadre méthodologique précis, adapté aux objectifs de développement territorial du « sport santé » et applicable à d'autres territoires quelles que soient leurs spécificités. Mais concrètement, comment pouvons nous justifier du fait que ce diagnostic territorial prend en considération toutes les dimensions articulées autour de la problématique « sport santé » ? Et quels sont les indicateurs permettant de rendre compte du fait qu'il peut être appliqué à d'autres territoires ?

Tout d'abord, nous avons fixé les objectifs de ce diagnostic en lien avec ceux de la Société Française Sport Santé et également, des Réseau Régionaux Sport Santé. Il s'agissait donc de situer le contexte de notre objet de travail afin de cibler les orientations de nos futures études de terrain. Et de ce fait, nous avons fait le choix d'appliquer une méthodologie classique en trois phases : un état des lieux, une analyse stratégique du territoire et des propositions d'actions stratégiques. En effet, nous avons vu que tout diagnostic territorial constitue la première étape dans la conduite de projet, or en ce qui nous concerne aucun projet n'a été clairement identifié lors de la demande d'élaboration de ce travail. C'est pourquoi nous avons construit ce dernier en imaginant préparer un projet de développement territorial « sport santé » dans le cadre des parcours « sport santé » proposé par les deux institutions précédemment citées.

Ensuite dans la phase d'état des lieux, toutes les données recueillies dans ce diagnostic proviennent de structures ou d'institutions identifiables sur tous les territoires français. Par exemple, nous avons collaboré étroitement avec la Direction Départementale de la Cohésion Sociale et de la Protection de Populations, avec le Comité Départemental Olympique et Sportif ou encore l'Agence Régionale de Santé. Pour chacune de nos recherches nous avons identifié les sources et les acteurs institutionnels ressources sur lesquels il est possible de s'appuyer pour recueillir les données escomptées. Par exemple, lorsque nous avons voulu connaître les associations engagées dans le « sport santé » nous nous sommes orientés vers la délégation territoriale de l'Agence Régionale de Santé dans le cadre des appels à projet ARS.

Suite à cela il serait intéressant d'établir un document servant de « guide méthodologique » pour toute personne souhaitant reprendre ce travail de diagnostic sur son territoire.

Bibliographie

Conférence de consensus « activité physique et santé », Nancy, 2005.

Cours « Analyse Stratégique des projets », Rémi BACHELET, Cours central de Lille, 2010.

Cours de Méthode qualitative en sciences sociales, Anne REVILLARD, 2006, Ecole normale supérieur de Cachan « Aide mémoire : préparer et réaliser une entretien »

Cours Master 1, Sébastien JACQUOT, 2007, U.ANGERS « Méthodologie de diagnostic territorial et d'analyse des lieux »

Cours Master 2, Valérie Bretagne, 2010, U.NANCY « Analyse Stratégique des Acteurs »

Document synthèse de préparation à la foire de Chalons en Champagne « sports, jeunesse, cohésion sociale et prévention-santé pour le bien-être et la qualité de vie : les acteurs de la Champagne-Ardenne s'engagent », 2011.

Hubscher Ronald « l'histoire en mouvement, Paris, Arnaud Colin, 1992, p 58 (Chapitre « le sport : un objet mal identifié »)

LE BOTERF Guy /LESARD Pierre, « l'ingénierie des projets de développement : gestion participative et développement institutionnel », Agence d'Arc, 1993.

Rapport de la HAS « développement de la prescription des thérapeutiques non médicales », Avril 2011.

Sylvie LARDON et Vincent PIVETEAU « méthodologie de diagnostic pour le projet de territoire : une approche par les modèles spatiaux », volume 80/2 – 2005.

THIETART et XUEREB, « Stratégie », 2006.

Webographie

fr.wikipedia.org

<http://anjoutest.com/SF2S/index.html>

<http://www.apa-sante.fr>

<http://gestionfin.canalblog.com/archives/2007/10/04/6422896.html>

<http://www.has-sante.fr>

www.glopalpa.org.uk

www.insee.fr

www.legifrance.gouv.fr

www.surfeco21.com

www.vie-publique.fr

Annexes 1

Voir le Diagnostic Territorial Sport Santé élaboré dans le cadre de notre stage, joint sous forme de CD ROM.

Annexes 2

Grille d'entretien

| Nom : | Fonction : | Date / Heure : |
|------------|----------------|----------------|
| Prénom : | | Lieu : |
| Objet : | | |
| Thématique | Question posée | Réponse |
| | | |
| | | |
| | | |