

**EVALUATION FINALE DU PLAN
REGIONAL « SPORT SANTE BIEN
ETRE » AUVERGNE 2013-2016**

Référence : 2016-099

VERSION du 23 Janvier 2017

ARS Auvergne-Rhône Alpes

241 rue Garibaldi
CS93383
69418 LYON 3EME

Contacts – DRJSCS - ARS

M^{me} Laurence CASTET
Laurence.CASTET@drjscs.gouv.fr
M^{me} Bertrand COUDERT
Bertrand.coudert@ars.sante.fr

CEMKA-EVAL

43, bld du Maréchal Joffre
92340 BOURG LA REINE
Tel : 01 40 91 30 30

Responsables de l'étude :

M^{me} Valérie DONIO
valerie.donio@cemka.fr
M^{me} Cécile FABRON
Cecile.fabron@cemka.fr

Liste des principales abréviations utilisées dans le rapport

AAP	Appel A Projet
ALD	Affection de Longue Durée
ANEF	Association Nationale d'Entraide Féminine
ANPAA	Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie
AP	Activité Physique
APA	Activité Physique Adaptée
APS	Activité Physique et Sportive
ARS	Agence Régionale de Santé
ARSEPT	Association Régionale Santé Education et Prévention sur les Territoires
BOP	Budget Opérationnel de Programme
CADA	Centre d'Accueil pour les Demandeurs d'Asile
CARSAT	Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CF	Clermont-Ferrand
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CLS	Contrat Local de Santé
CMS	Centre Médico-Sportif
CNDS	Centre National pour le Développement du Sport
COREG-EPGV	Comité Régional d'Education Physique et de Gymnastique Volontaire
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CREPS	Centre de Ressources, d'Expertise et de Performance Sportive
CROMS	Comité Régional des Offices Municipaux du Sport
CROS	Comité Régional Olympique et Sportif
DAHLIR	Dispositif d'Accompagnement du Handicap vers des Loisirs Intégrés et Réguliers
DR	Direction Régionale
DRDJSCS*	Direction Régionale et Départementale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale
DRJSCS*	Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale
DDCS	Direction Départementale de la Cohésion Sociale
ETP	Education Thérapeutique du Patient
FG	Focus Group
FIR	Fonds d'Intervention Régional
IREPS	Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé
MG	Médecin Généraliste
ONAPS	Observatoire National de l'Activité Physique et de la Sédentarité
PNNS	Plan National Nutrition Santé
PRAPS	Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins
PRNSSBE	Pôle Ressource National Sport Santé Bien-Etre
PRSSBE	Plan Régional Sport Santé Bien-Etre

PRS	Projet Régional de Santé
RA	Rhône Alpes
SEMC	Sport Education Mixité Citoyenneté
SREPS	Schéma Régional d'Education Pour la Santé
SROS	Schéma Régional d'Organisation des Soins
UFR- STAPS	Unité de Formation et de Recherche - Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives
UNSS	Union Nationale du Sport Scolaire
URPS	Union Régionale des Professionnels de Santé

* NB : Suite à la réforme territoriale du 1^{er} Janvier 2016, la DRJSCS a également assuré l'échelon départemental et s'est dénommée DRDJSCS. Cette distinction se retrouve dans le rapport.

SOMMAIRE

1	Synthèse	6
2	Le contexte et la finalité de l'évaluation.....	8
2.1	Le contexte.....	8
2.2	Finalités de l'évaluation : quel est le bilan du Plan ?.....	9
3	Méthodologie d'évaluation.....	11
3.1	Recueil des données	11
3.2	Analyses des informations et des réponses à l'enquête	15
3.3	Remarques et limites concernant l'évaluation	15
4	Quelle est la pertinence de la gouvernance et du choix de la structuration du Plan ?.....	17
4.1	Gouvernance et pilotage du PRSSBE Auvergne	17
4.2	Niveau de cohérence du Plan avec les directives et objectifs nationaux	18
4.3	Point de vue des acteurs sur la structuration et la gouvernance du Plan	20
5	Quel est le niveau d'« efficacité » du Plan ?	25
5.1	Niveau d'atteinte des objectifs sur l'amélioration de la coordination et de la mise en réseau des acteurs.....	25
5.2	Niveau d'atteinte des objectifs en termes d'augmentation du niveau d'activité physique et sportive des publics cibles	27
5.3	Apport du Plan en matière d'amélioration de l'offre et de la visibilité des actions.....	28
5.4	Niveau d'efficacité concernant l'accessibilité/couverture territoriale.....	30
5.5	Globalement.....	32
6	Quel est le niveau d'« efficacité » du Plan ?	34
6.1	Budgets SSBE sur la période 2013-2016	34
6.2	Bilan des actions financées sur la période 2013-2016 via l'appel à projets.....	34
6.3	Point de vue des acteurs sur l'attribution des moyens alloués aux actions du plan	37
7	Analyse de l'impact du Plan (effets non prévus) et suggestions d'amélioration proposées par les acteurs.....	40
7.1	Quels sont les effets secondaires/non prévus du Plan ?.....	40
7.2	Evolutions et recadrages suggérés par les différents acteurs	41
8	Synthèse des constats, conclusion et recommandations pour l'élaboration du PRSSBE2	44
8.1	Synthèse des constats	44

8.2	Principaux freins et leviers d’actions possibles (bilan des faiblesses et forces).....	48
8.3	Conclusion générale	51
8.4	Préconisations en termes d’outils de suivis et de qualité des actions <i>et pour l’élaboration du PRSSBE-2</i>	52
9	Annexes	56
9.1	Annexe 1 : Liste des personnes interrogées	56
9.2	Annexe 2 : Grille d’entretien	56
9.3	Annexe 3 : Comptes rendus des 2 Focus Groups	57
9.4	Annexe 4 : Questionnaire	57
9.5	Annexe 5 : Listings statistiques de l’enquête en ligne.....	57
9.6	Annexe 6 : Focus des résultats par Axe.....	57

1 Synthèse

En 2013, suite à la parution de l'instruction nationale, l'ARS et la DRDJSCS d'Auvergne ont élaboré le premier Plan Régional Sport Santé Bien-Etre (PRSSBE) pour 4 années (2013-2016). Le Plan arrive aujourd'hui à son terme, et il était important d'en faire son évaluation. Les résultats de l'évaluation visent à dresser un bilan des résultats du Plan, de ses forces et de ses faiblesses, et in fine, à capitaliser l'expérience de ces 4 années pour éclairer les décideurs sur les choix stratégiques à opérer dans le cadre d'un second PRSSBE Auvergne Rhône-Alpes d'ici 2018.

CEMKA-EVAL a répondu à un appel d'offres de l'ARS Auvergne Rhône-Alpes pour réaliser cette évaluation externe ex-post. La mission s'est déroulée entre juin et décembre 2016. Des questions évaluatives relatives à la pertinence de la gouvernance et de la structuration du Plan en axes organisationnels et stratégiques, à l'efficacité globales des axes et à son efficience étaient posées. Un bilan des freins et leviers/forces et faiblesses ainsi que des préconisations étaient également souhaités.

L'évaluation s'est appuyée sur un recueil et des analyses de données spécifiques. La méthodologie a relevé de l'analyse des documents produits par le groupe technique de suivi du Plan, d'entretiens individuels et collectifs d'acteurs et partenaires, d'une enquête en ligne auprès des opérateurs/acteurs. L'analyse transversale de l'ensemble de ces éléments a permis d'apporter les constats suivants.

- Le Plan a été construit et défini en cohérence/respect avec les recommandations de l'instruction nationale de décembre 2012 : population cible, co-pilotage ARS-DRDJSC, recours aux CLS, co-financement. Les objectifs du Plan se sont globalement intégrés au Projet Régional de Santé dans ses différentes composantes et apparaissent relativement clairs aux acteurs. L'élaboration du Plan s'est basée sur l'existant en termes de ressources et de structures. L'ensemble du processus de gouvernance s'est appuyé sur un comité de pilotage, une équipe technique et des groupes d'experts, dans une structuration relativement simple et appréciée. Les groupes d'experts ont constitué de bons relais vers les acteurs de terrain de leurs propres réseaux. Cependant l'animation tant régionale que territoriale (de proximité) a constitué un des points faibles relevés par différents types d'acteurs interrogés. Il en a résulté un « déséquilibre » de couverture géographique de l'offre d'APA. L'animation régionale a été ralentie depuis plus d'un an par la fusion des régions (qui a mis le Plan en « stand-by »). La structuration en 4 Axes dont 3 populationnels est globalement satisfaisante pour les acteurs interrogés et apporte à la clarté générale du Plan.
- Globalement, le Plan a atteint son objectif organisationnel de mise en réseau des acteurs des mondes du Sport et de la Santé. Une dynamique est lancée, mais reste fragile et devra être poursuivie. Il s'agit d'une première étape essentielle et toujours consommatrice de moyens et chronophage. Le socle ainsi établi comporte des assises relativement solides telles la **formation** (développée avec le soutien du CREPS, avec une volonté d'employabilité des personnes formées), le développement des **parcours** de la personne (et des patients) sur les territoires et la **prévention et promotion** de la santé.
- Une augmentation du niveau d'activité physique et sportive est ressentie par les acteurs, mais reste difficilement mesurable et d'attribuabilité partielle (d'autres facteurs peuvent expliquer l'augmentation d'activité). Les actions « phares » telles que le Site Internet Sport-Santé-Auvergne et le DAHLIR, ont apporté une grande visibilité et une satisfaction en termes de proximité. Le Plan a permis de mettre en place des actions de prévention (primaire, secondaire, et tertiaire) et des offres de pratiques sportives adaptées aux publics cibles qui n'auraient pas été possibles sans le Plan. Plus de 55% des répondants estiment que l'offre d'AP s'est améliorée sur la région du fait du Plan. Si l'accessibilité territoriale était

un objectif clairement affiché, elle reste limitée aux ressources préexistantes. Des relais locaux (tels que les mairies, les CCAS, les référents/coordonateurs des CLS...) participent à la création du maillage territorial. Mais certains territoires ruraux, certains publics (précaires) restent difficiles à atteindre. D'autres relais très importants ont moins fonctionné (relais médical (MG et pédiatres)) notamment pour l'orientation du public vers des offres existantes (par manque d'information ?).

■ Un financement de plus de 1,1 million d'euros sur 4 ans a été dédié au Plan (0,21€/habitant/an), dont 58% pour les actions répondant aux appels à projets annuels. Au total, sur les années 2013 à 2015, plus de 80 associations ou porteurs ont été subventionnés, avec un taux d'acceptation des dossiers près de 60%. Les appels à projets annuels ont été « formateurs » tant pour les porteurs d'actions que pour les pilotes. La qualité des actions financées a été recherchée grâce à une co-instruction et un co-financement pour certaines actions particulièrement structurantes/fédératrices (et pouvant être utilisées comme « modèle »). La co-instruction des dossiers par la DRDJSCS et l'ARS a permis de formaliser les collaborations et de préciser les attentes communes, ainsi que d'instaurer un suivi de ces actions. La répartition des budgets reste cependant inégale entre les axes et les territoires car elle est dépendante des offres et projets déposés. Une tendance à une répartition plus équitable entre les départements s'observe dans le temps. Les relais d'information des appels à projets diffèrent selon les territoires et ont des conséquences sur les dépôts de dossiers et donc sur les montants attribués par territoire d'intervention. Le mode de financement annuel représente pour certaines associations, un frein à la pérennisation des actions.

■ Les principaux leviers, éléments qui ont participé au bon fonctionnement du Plan sont :

- L'adaptabilité et la souplesse du cadre/Plan régional (permettre au Plan d'être évolutif).
- Les relais locaux (DTARS et DDCS/PP) pour l'organisation et l'animation territoriale.
- Le DAHLIR et les CLS comme outils et supports de déploiement de réseaux locaux.
- Le Site Internet et une communication claire, descendante (pour certains aspects) et transversale.
- L'implication forte du mouvement sportif au travers des ligues et comités régionaux des fédérations sportives dans la mise en œuvre des actions, à soutenir.
- La recommandation d'APS par les professionnels de santé : sport sur ordonnance et autre.
- Le financement avec la possibilité d'un conventionnement pluriannuel.
- Les outils plus ou moins connectés de mesure de l'activité physique agissant comme levier de motivation (indispensable à la pratique).

Les préconisations suivantes sont formulées à l'issue des constats adressés dans le cadre de l'évaluation :

- Préconisation1 : Maintenir une structuration « simple » en gardant l'approche populationnelle, qui assure une bonne visibilité du Plan.
- Préconisation2 : Développer et soutenir l'animation territoriale par les délégations territoriales de l'ARS et les directions départementales de la cohésion sociale.
- Préconisation3 : Renforcer/systématiser la communication et les échanges entre les différents niveaux : des pilotes vers le terrain mais également sur les territoires entre opérateurs.
- Préconisation5 : Développer des partenariats spécifiques sur les territoires.
- Préconisation4 : Mieux identifier/Renforcer les « portes d'entrées », le rôle de relais, d'orientation ; notamment de la part des professionnels de santé.

2 Le contexte et la finalité de l'évaluation

2.1 Le contexte

2.1.1 L'activité physique, action de prévention, également reconnue comme « thérapeutique non médicamenteuse »...

La sédentarité (manque d'activité physique) est considérée comme le quatrième facteur de risque de décès dans le monde (6%). On estime par ailleurs qu'elle est la cause principale de 21% à 25% des cancers du sein ou du côlon, de 27% des cas de diabète et d'environ 30% des cas de cardiopathie ischémique.

La contribution des activités physiques et sportives (APS) à l'amélioration de la santé des populations n'est plus à démontrer. Il a en effet été prouvé scientifiquement que chez l'adulte, pratiquer une activité physique régulière et adaptée permet de :

- Réduire le risque d'hypertension, de cardiopathie coronarienne, d'accident vasculaire cérébral, de diabète, de cancer du sein et du colon, de dépression et de chute ;
- Améliorer l'état des os et la santé fonctionnelle.

2.1.2 ... promue officiellement depuis 2012 et mise en œuvre depuis 2013 sur le territoire Auvergnat dans le cadre du Plan Régional Sport Santé Bien-Etre

En 2012, l'instruction des Ministères des Affaires sociales et de la Santé, du Travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social et du Ministère des Sports, de la jeunesse de l'éducation population et de la vie associative, précisait les modalités de mise en œuvre opérationnelle des mesures visant à promouvoir et développer **la pratique des activités physiques et sportives comme facteur de santé publique**. Il était demandé aux préfets de régions, directeurs généraux d'ARS, de décliner au niveau régional, un **Plan Sport Santé Bien Etre (PRSSBE)**.

Les objectifs de ces PRSSBE sont d'accroître le recours aux activités physiques et sportives (APS) comme thérapeutique non médicamenteuse et de développer la recommandation de l'APS par les médecins et les autres professionnels de santé, dans un but de préservation du capital Santé des personnes. Le plan d'action doit concerner plus particulièrement des publics à besoins particuliers : les personnes handicapées, les personnes atteintes de maladies chroniques et les personnes avançant en âge. Un co-pilotage est recommandé entre l'ARS et la DRJSCS, avec association du Mouvement sportif local et des acteurs de la prévention. Il est recommandé de s'appuyer sur des moyens préexistants tels que les contrats locaux de santé.

La Loi de Modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 préconise dans son article 144 (L.1172-1), la prescription par les médecins, d'activité physique pour les patients en affection longue durée : « **Dans le cadre du parcours de soins des patients atteints d'une ALD, le médecin traitant peut prescrire une activité physique adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical du patient** » (Les conditions de dispensation sont prévues par décret).

→ En Auvergne, en avril 2013, un comité de pilotage régional arrêta 4 axes opérationnels pour le PRSSBE. Tout en suivant les dispositifs réglementaires, ce plan s'est basé sur les caractéristiques de la population

auvergnate et sur un diagnostic partagé des acteurs du sport et de la santé de la région. Il s'appuie et s'articule avec les priorités sanitaires régionales définies dans le Schéma régional de la prévention, le PRAPS, le programme de réduction des facteurs de risques (notamment maladies cardio-neuro-vasculaires et cancer). Le PRSSBE est en lien avec le PNNS, le Plan Obésité et le Plan Cancer 3. Enfin il s'articule avec le Plan Régional Sport Education Mixité Citoyenneté (SEMC) et le Plan Sport Handicap Auvergne porté par la DRJSCS.

Le Plan est structuré en quatre axes d'intervention prioritaires :

- **Un axe organisationnel** : de mise en réseau des acteurs régionaux sport-santé pour favoriser l'accès et la pérennisation de la pratique de l'activité physique et sportive pour tous ;
- **Trois axes populationnels** destinés à promouvoir et développer l'APS, ciblant :
 - Les personnes atteintes de maladies chroniques non transmissibles
 - Les publics les plus éloignés de la pratique sportive et/ou à besoins spécifiques, en particulier les personnes en situation de handicap
 - Les personnes avançant en âge dans un but de maintien de l'autonomie et du lien social.

NB : Le rapport d'évaluation intermédiaire des actions des références du Plan précise des **mots clés** de chaque axe :

Axe 1	Réseau / Communication/ Encadrant (formation, compétences, éthique)
Axe 2	Interdisciplinarité (équipes mobilisées) / Thérapeutiques non médicamenteuse/ Education thérapeutique/ Adhésion et accompagnement individualisé / Coopération (acteurs-partenaires) au service des bénéficiaires
Axe 3	Handicap / Insertion / Précarité / Accompagnement et suivi de la personne
Axe 4	Autonomie / Lien social / Coordination territoriale

2.2 Finalités de l'évaluation : quel est le bilan du Plan ?

Aujourd'hui, près de quatre ans après son démarrage, l'ARS et la DRJSCS souhaitent disposer d'un bilan des résultats de ce premier Plan Régional Sport-Santé Bien-Etre (PRSSBE) établi pour la période 2013-2016. **Les résultats de l'évaluation doivent permettre de disposer à la fois d'un état des lieux et de propositions pouvant éclairer les décideurs sur les choix stratégiques à opérer dans le cadre d'un second PRSSBE Auvergne Rhône-Alpes d'ici 2018.**

Ce bilan a été réalisé à travers un jugement sur la politique « sport-santé » mise en œuvre dans la région, basé sur les critères définis, et propose des recommandations stratégiques et opérationnelles contributives pour l'élaboration du prochain PRSSBE.

Pour ce faire, l'évaluation a dressé un bilan détaillé des réalisations du PRSSBE et apporte des réponses aux questions évaluatives suivantes :

- **Quelle est la pertinence de la gouvernance du Plan et du choix stratégique de le structurer en axes organisationnels et populationnels ?**
- **Quelle est l'efficacité du Plan pour chacun de ses 4 axes ?**
- **Quelle est l'efficience du Plan en s'appuyant sur ses réalisations et en tenant compte de leur déploiement territorial et de la multiplicité des acteurs ?**

- **Quels sont les freins et difficultés rencontrés et les leviers d'actions possibles (bilan des forces et faiblesses) ?**
- **Quelles sont les améliorations possibles concernant les outils de suivi et la qualité des actions ?**

➔ Ce type d'évaluation nécessite de recueillir les points de vue des multiples acteurs associés au Plan (décideurs, opérateurs, partenaires...) et de colliger/analyser différents types de données, à la fois quantitatives et qualitatives.

➔ Ce document constitue le rapport d'évaluation externe du PRSSBE Auvergne 2013-2016. Le chapitre suivant présente la méthodologie d'évaluation. Les chapitres d'après apportent les éléments de réponses aux questions évaluatives posées. Le dernier chapitre synthétise les résultats et dresse un bilan des forces et des faiblesses du Plan.

L'ensemble des éléments et des analyses ont permis de formuler des préconisations, aussi concrètes que possible, pour l'élaboration du prochain PRSSBE élargi à la Grande Région.

3 Méthodologie d'évaluation

Afin de répondre à la demande de la DRJSCS et de l'ARS Auvergne, l'intervention de CEMKA-EVAL a eu lieu entre juillet et décembre 2016 et s'est déroulée en trois temps :

I	<u>Méthodologie : cadrage et protocole</u>	<ul style="list-style-type: none">➤ Etude approfondie du PRSSBE Auvergne.➤ Elaboration du protocole / référentiel d'évaluation : critères et indicateurs d'évaluation.➤ Elaboration de la méthodologie de recueil de données, du listing des personnes à interroger et des grilles d'entretiens.
II	<u>Recueil des données</u>	<ul style="list-style-type: none">➤ Réalisation des entretiens et enquêtes.➤ Analyses de contenu, statistiques et transversales.
III	<u>Conclusions et recommandations</u>	<ul style="list-style-type: none">➤ Restitution du jugement évaluatif à partir des critères évalués.➤ Proposition de recommandations pour un second PRSSBE (élargi à la Grande Région).

3.1 Recueil des données

3.1.1 Revue documentaire : étude approfondie du PRSSBE et des documents

L'évaluation a nécessité l'analyse détaillée du PRSSBE et des autres documents produits au cours de la mise en œuvre de ce Plan. Cette analyse sert à disposer d'une bonne connaissance du contexte, de l'organisation et du fonctionnement, mais surtout à préciser les critères et indicateurs d'évaluation.

Les documents suivants ont été consultés :

- Des bilans intermédiaires du PRSSBE, et notamment des bilans financiers/suivis des dépenses.
- Les rapports réalisés par la DRJSCS.
- Les documents réalisés par les partenaires.
- Les contrats locaux de santé.
- Les études réalisées par l'observatoire régional de la santé ou autres acteurs.
- Document/information issus des chiffres d'activité du site internet sport-sante-auvergne...

Une première réunion de cadrage entre CEMKA-EVAL et l'équipe technique, le 8 juillet, a permis de faire le point sur les données / documents disponibles (mis à disposition de CEMKA-EVAL) et de préciser les points méthodologiques du protocole, repris dans ce document.

3.1.2 Entretiens qualitatifs

Entretiens individuels

CEMKA-EVAL a procédé aux **entretiens qualitatifs semi-directifs de 34 personnes présélectionnées**. Ces entretiens individuels permettent l'expression la plus libre possible des interviewés. La modalité « téléphonique » permet, par rapport à des entretiens en face à face, de pouvoir interroger plus de personnes (souvent plus disponibles par téléphone que pour un rendez-vous physique).

Les entretiens qualitatifs semi-directifs ont été réalisés **entre le 14 septembre et le 30 novembre 2016**, par deux consultantes de CEMKA-EVAL, selon une grille d'entretien indicative. Les entretiens ont duré entre 30 et 120 minutes.

Liste des personnes interrogées

La liste a été en partie finalisée en concertation avec les membres de l'équipe technique. Cette liste visait à refléter autant que possible l'ensemble des acteurs/opérateurs de la région.

- **Représentants des décideurs** : ARS, DRJSCS, Rectorat, DDCS, CPAM, CROS, CREPS, URPS.
- **Représentants des opérateurs** : CROMS, Mutualité Française, ARSEPT, URF-STAPS, collectivités locales, associations de partenaires, structures médico-sportives, médicales, hospitalières, professionnels de santé et du sport, IREPS, DAHLIR...

Liste des personnes interrogées présentée en **Annexe 1**.

La grille d'entretien

La Grille d'entretien utilisée est présentée en **Annexe 2**. Elle comportait les items suivants :

- Point de vue sur les modalités de gouvernance et d'organisation du PRSSBE.
- Point de vue sur les liens et l'articulation effective avec des autres Plans et Programmes avec lesquels le PRSSBE est censé s'articuler (tant au niveau Santé que Sport).
- Point de vue sur le niveau de réalisation des actions prévues et sur leur couverture régionale.
- Point de vue sur les évolutions observées sur la population cible (axes « populationnels »), suite à la mise en œuvre du PRSSBE : dans quelle mesure ces différentes populations ont augmenté leur APS ?
- Impacts observés du PRSSBE (axe « organisationnel » surtout) sur les opérateurs de terrain (mutualisation, actions conjointes, acculturation au sport-santé, parcours définis/coordination...)
- Impact de la mise en commun des ressources des décideurs.
- Atouts et faiblesses (ou manques) de l'organisation/fonctionnement actuel.
- Propositions/recommandations pour le prochain PRSSBE.....

Les items visaient à recueillir les diverses opinions de manière qualitative. En complément et en guise de « synthèse » de l'entretien, des **notes sur 10** (avec établissement d'une moyenne) ont permis de « quantifier » les réponses qualitatives, sur différents critères abordés. Notre expérience nous montre que même lors de recueils qualitatifs, ce type de note permet une restitution intéressante et de bien discriminer les différents points investigués (points forts et faiblesses notamment).

Organisation des entretiens

Les rendez-vous téléphoniques ont été pris par CEMKA-EVAL aux heures et dates de convenance des personnes. Une analyse de contenu a été réalisée et est présentée dans les différents chapitres d'évaluation.

Les informations issues des entretiens ont été analysées de manière globale (analyse de contenu, des occurrences...). Les verbatims les plus significatifs ont été repris pour illustration dans le rapport.

Focus groups (FG)

Les FG permettent une interaction entre les personnes via des échanges de points de vue. Ces groupes ont été réalisés fin septembre et ont permis d'approfondir certains sujets et de recueillir l'avis des participants sur le Plan, globalement et dans ses particularités territoriales.

→ Deux focus groups ont été menés sur 2 territoires différents : Aurillac et Vichy, les 26 et 27 septembre 2016. Ils étaient constitués d'opérateurs et des représentants des publics bénéficiaires (associations) ayant accepté l'invitation. Les listes ont été validées par l'équipe technique du Plan. Au total, 9 personnes (à Aurillac) et 14 personnes (à vichy) ont participé à ces groupes.

La liste des participants et le compte rendu des discussions de groupes sont présentés en **Annexe 3**.

3.1.3 Enquête en ligne auprès des opérateurs

Elle a permis d'apprécier l'impact et la perception des relais associatifs et acteurs de terrain sur différents points/services/offres du plan régional. Cette enquête était destinée à interroger les différents acteurs et opérateurs de proximité.

Organisation de l'enquête en ligne

CEMKA-EVAL a développé un questionnaire en ligne **sous le logiciel VOX-CO®**, qui permet de nombreuses possibilités en matière de quotas, de questions emboîtées. CEMKA-EVAL a diffusé l'information et le lien de l'enquête par mail.

Pour la diffusion, CEMKA-EVAL avait à sa disposition les listings nominatifs :

- Des différents opérateurs du PRSSBE : collectivités locales, associations partenaires, structures médico-sportives, médicales et hospitalières, professionnels de la santé et du sport,
- Des acteurs et associations financées,
- Des structures inscrites sur le site du CROMS,
- Des porteurs de projets.

Le relais par les différents partenaires institutionnels a également été mobilisé pour diffuser le lien de l'enquête. En parallèle, le questionnaire a été mis en ligne sur le site de la DRDJSCS.

Ce type d'enquête reste budgétairement plus avantageux qu'une enquête téléphonique, mais ne permet pas (contrairement au téléphone) de garantir un taux de réponse minimal ni le type de répondants (plutôt les personnes satisfaites ou les moins satisfaites...).

Questionnaire et déroulement de l'enquête

Le questionnaire comportait des **questions emboîtées** afin d'aborder tous les champs du PRSSBE. Les questions, concrètes et plutôt fermées, ont été posées aux participants avec prise en compte de leur situation spécifique (code postal, association...).

Le questionnaire a été validé avec le comité technique. Les questions ont abordé autant que possible la **dimension comparaison « avant/après » le PRSSBE**.

Le questionnaire est présenté en **Annexe 4**

Le questionnaire a été diffusé le 19 septembre 2016 et la base des réponses a été gelée le 15 novembre 2016. Plusieurs relances ont été réalisées durant la période.

➔ **Au final, 66 personnes ont répondu entièrement au questionnaire en ligne (questionnaires validés).**

Caractéristiques des répondants à l'enquête en ligne

■ Une majorité de répondants issue du secteur sportif

41 répondants (62,1%) sont issus du secteur du sport et 17 (25,8%) du secteur de la santé. Les autres répondants relèvent du secteur médico-social/social (4,5%) ou d'autres secteurs.

■ Des acteurs diversifiés

37,9% des répondants sont des acteurs de terrain, des encadrants ou des intervenants au sein d'une structure. 33,3% sont des porteurs de projet et 24,2% sont des référents ou des représentants des institutions.

Plus spécifiquement, 45,5% des répondants proviennent d'associations et fédérations sportives et 27,3% d'institutions, administrations ou autres services de l'Etat.

■ Des structures majoritairement localisées dans le Puy de Dôme

Les territoires d'intervention des répondants sont d'abord la région (37,9%) suivis du Puy de Dôme (37,9%), de l'Allier (22,7%), du Cantal (18,7%) et de la Haute-Loire (12,1%).

Pour 56% des répondants, leur structure d'exercice se situe dans le département du Puy de Dôme. Pour 18,2% des répondants, elle se situe dans l'Allier, 10,6% au sein du Cantal et 7,6% en Haute Loire. 5 participants (7,6%) sont rattachés à des structures situées hors de l'ex-région Auvergne.

■ Quelques répondants non connaisseurs du Plan

83,3% des personnes ayant répondu à l'enquête en ligne connaissaient l'existence du PSSBE. Les personnes ignorant son existence sont :

- Issues d'associations sportives ou d'usagers, de structures médico-sociales ou autres (hors institutions) ;
- Davantage des acteurs de terrain ou porteur de projet (vs référent/représentant institutionnel) ;
- Issues du secteur du sport (vs secteur de la santé).

■ Une majorité de répondants sont impliqués dans le Plan à travers la mise en œuvre d'actions concrètes :

Environ un quart des personnes interrogées (24%) ont répondu avoir participé à l'élaboration du Plan et 63,6% à la mise en œuvre d'actions concrètes relevant du Plan. Les acteurs provenant des institutions ont davantage contribué à l'élaboration du Plan (33%). 38% des personnes interrogées avaient pris part à la gouvernance du PRSSBE en étant membre du comité de pilotage (12%), d'un groupe d'experts (24%) et/ou d'un groupe de travail (21,2%).

3.2 Analyses des informations et des réponses à l'enquête

3.2.1 Entretiens qualitatifs et focus groups : Analyse de contenu

Les entretiens qualitatifs et focus groups (FG) ont fait l'objet d'une analyse globale de contenu, avec analyse des occurrences. Les verbatim les plus illustratifs sont intégrés dans le rapport.

3.2.2 Enquête en ligne : Analyse statistique

L'enquête quantitative a fait l'objet d'une analyse statistique sous le logiciel SAS® V9.3. (North Carolina, USA).

Des contrôles de cohérence ont été réalisés avant les analyses afin de repérer des éventuelles valeurs aberrantes, doublons...

Les variables qualitatives et ordinales sont décrites par les effectifs et la fréquence de chaque modalité. Les variables quantitatives sont décrites par le nombre de réponses, la moyenne, l'écart type, le minimum, le maximum, la médiane sur l'ensemble des données renseignées.

Le faible nombre de réponses n'a pas permis la réalisation de tests statistiques pour comparer des résultats des différents groupes.

Le listing des analyses statistiques est présenté en **Annexe 5**.

3.3 Remarques et limites concernant l'évaluation

3.3.1 Contraintes méthodologiques de départ

La méthodologie proposée par CEMKA-EVAL visait à recueillir les informations permettant de disposer d'une vision précise de ce qui a été réalisé dans le cadre du PRSSBE et de données constitutives des critères et indicateurs d'évaluation, afin de construire le jugement évaluatif. Plusieurs éléments influencent la méthodologie retenue :

- Le calendrier relativement serré : Les délais de réalisation de la mission ne permettaient pas la mise en œuvre d'enquêtes relevant de la CNIL, du fait des délais d'accord actuellement trop longs. CEMKA-EVAL a donc réalisé un recueil de données ne nécessitant pas de procédure CNIL.
- Le nombre d'associations et d'acteurs intervenant dans le champ du sport/APS et santé, impliqués dans le PRSSBE est relativement important : des arbitrages ont été faits pour le choix des acteurs à interroger individuellement, mais la méthodologie visait à prendre en compte le maximum d'entre elles et surtout à retenir des associations/acteurs dans les différents axes populationnels. L'ensemble des catégories d'acteurs ont cependant interrogées : décideurs, opérateurs, publics cibles et publics bénéficiaires.
- Des acteurs des 4 départements de la région ont été enquêtés afin de bénéficier d'une vision régionale globale.
- Idéalement 4 focus groups auraient été souhaitables (un par département) mais des considérations budgétaires ont conduit à n'en proposer que 2.

3.3.2 Limites/difficultés de l'évaluation

La mission s'est heurtée à des difficultés à différents niveaux :

- Au niveau du calendrier : L'évaluation est intervenue en 2016 dans une période de recomposition régionale commencée depuis 2015. Ainsi, après une forte montée en charge sur les 2 premières années, les deux dernières années ont été plus stables.
- Au niveau de l'horizon d'évaluation : Bien qu'étant considérée comme une évaluation finale, la présente évaluation porte davantage sur les processus et le fonctionnement que sur les résultats. Des *résultats intermédiaires* ont été évalués (notamment en termes de création de réseaux, de partenariats...) mais il reste difficile d'évaluer l'impact en termes d'augmentation du niveau d'activité physique des populations touchées et de gains en santé. D'une part parce que ce sont en général des résultats observables à moyen voire long terme et d'autre part parce qu'il n'avait pas été particulièrement prévu de recueil spécifique de données permettant de mesurer des indicateurs d'impact.
- Au niveau de la disponibilité de données : la construction initiale du Plan n'a pas totalement intégré l'évaluation : pas de système d'information, pas d'objectifs chiffrés à atteindre, pas de critères et d'indicateurs prédéfinis...
- Le relativement faible nombre de réponses à l'enquête en ligne (66 questionnaires complétés) altère la représentativité. Ces résultats **apportent plutôt des tendances** et doivent être interprétés avec prudence.

4 Quelle est la pertinence de la gouvernance et du choix de la structuration du Plan ?

→ Il s'agissait dans ce chapitre, de juger des modalités d'organisation et de fonctionnement du Plan sous l'angle de 4 critères : la qualité de la gouvernance/pilotage, la pertinence de la structuration en 4 axes, le respect de l'Instruction Nationale et le niveau de satisfaction des acteurs.

4.1 Gouvernance et pilotage du PRSSBE Auvergne

4.1.1 Rappel des grandes dates et de l'historique du Plan

Date	Etapes ou faits marquants
24 décembre 2012	Instruction nationale relative à la mise en œuvre opérationnelle des mesures visant à promouvoir et développer la pratique des activités physiques et sportives comme facteur de santé publique, annoncées en conseil des ministres du 10 octobre 2012 : Demande de déclinaison au niveau régional, un plan « sport santé bien-être »
12 avril 2013	Réunion d'installation préalable à l'élaboration : COPIL
12 juillet 2013	2 nd COPIL – Validation des orientations et des actions du PRSSBE
19 février 2014	3 ^{ème} COPIL – Bilan 2013 des actions inscrites dans le PRSSBE Priorisation des actions pour 2014-2015
6 février 2015	4 ^{ème} COPIL – Bilan 2014 et priorisations des actions pour 2015
15 décembre 2015	5 ^{ème} COPIL – Evaluation intermédiaire des actions de référence du Plan à fin 2015 Priorisation des actions 2016
7 juillet 2016	6 ^{ème} COPIL : réflexion sur l'impact du Plan du fait du rapprochement des régions <ul style="list-style-type: none">- Contexte et présentation de chaque plan- Impact de la réforme territoriale sur le suivi des plans Auvergne et Rhône-Alpes- Financement CNDS et FIR 2016- Evaluation des deux plans- Organisation d'une journée thématique le 13/12/16- Impact de la réforme sur les différentes structures représentées au sein du COPIL
Juin à Décembre 2016	Réalisation de l'évaluation externe finale du PRSSBE Auvergne

Le contexte d'élaboration du Plan est à prendre en compte : Le Plan a été conçu par l'équipe de Pilotage composée de la DRDJSCS et de l'ARS, à partir de l'instruction nationale, sans « modèle » préétabli (le Plan National n'étant pas sorti), sans outils particuliers ni formation nationale et dans une relative urgence.

4.1.2 Organisation et pilotage

L'ex-région Auvergne s'est dotée en 2012 d'un Plan structuré en 4 axes : 1 axe organisationnel et 3 axes populationnels ciblant 3 populations spécifiques :

- Les personnes atteintes de maladies chroniques non transmissibles.
- Les personnes les plus éloignées de l'activité physique, particulièrement celles en situation de handicap.
- Les personnes avançant en âge résidant à domicile voire en EHPAD.

La gouvernance du Plan a été mise en place par la DRJSCS et l'ARS à travers la création d'un comité de pilotage (COPIL) restreint qui s'appuyait sur des structures existantes. Les membres étaient issus pour la

DRJSCS de la commission de territoriale du CNDS et pour l'ARS de la commission de coordination de la prévention. Les différents acteurs associés ont permis de faire se rejoindre leurs champs d'intervention : ARS, DRJSCS, Conseil Régional, un Conseil Général (le Cantal), Rectorat, une délégation départementale ARS, CPAM, CROS, CREPS, une DDCS (le Puy-de-Dôme).

La création de ce comité de pilotage s'est accompagnée de la création d'autres groupes :

- **Une équipe technique** (DRJSCS / ARS) chargée de l'écriture du Plan, du pilotage des axes, du suivi de sa mise en œuvre, de l'accompagnement des opérateurs et de l'évaluation annuelle.
- **Un groupe d'experts** (et des sous-groupes) composé d'acteurs de terrain pour chacun des axes populationnels : une quarantaine de personnes ont été impliquées pour échanger sur la priorisation d'actions par population cible ou par territoire, le partage d'expériences, d'identification d'un réseau sport santé auvergnat, etc. Ces groupes ont particulièrement été sollicités au démarrage du Plan et moins les années suivantes.

La volonté de « simplicité » dans la structuration de la gouvernance et du pilotage a permis d'associer les acteurs importants et nécessaires pour la prise de décisions opérationnelles.

4.2 Niveau de cohérence du Plan avec les directives et objectifs nationaux

Ce critère a notamment été abordé via l'analyse du respect de l'instruction nationale du 24 décembre 2012 qui a instauré la « création » d'un Plan Sport Santé Bien-Etre au niveau régional autour de différentes lignes stratégiques et de moyens identifiés.

L'évaluation du PRSSBE Auvergne a permis de recueillir les éléments suivants permettant de conclure que les porteurs du Plan en Auvergne ont respecté dans les grandes lignes l'instruction nationale susmentionnée.

Les éléments suivants sont à noter dans l'analyse de la cohérence avec l'instruction nationale :

Tableau 1 : Analyse de la cohérence du PRSSBE avec l'instruction nationale

Mise en regard du Plan avec le contenu de l'instruction
Promouvoir et développer la pratique des APS : <ul style="list-style-type: none">○ Pour les personnes atteintes de maladies chroniques non transmissibles○ Pour les personnes avançant en âge quel que soit leur lieu de vie et quel que soit le degré de perte de leurs capacités○ Pour les personnes en situation de handicap quel que soit leur lieu de vie et intégrer les APS dans les plans personnalisés de compensation et dans les projets d'établissements ➔ Les 3 publics ont été ciblés dans le Plan avec une déclinaison par axe permettant une bonne visibilité des thématiques et du public cible.
Généraliser et professionnaliser les APS en EHPAD ➔ Le volet personnes âgées a particulièrement été abordé dans le cadre du maintien de l'autonomie (Axe 4). Cet objectif n'a pas été inscrit en tant que tel dans le Plan.
Développer les dispositifs de collaboration des acteurs régionaux et notamment les réseaux régionaux sport santé afin de garantir la mobilisation de tous les acteurs ➔ Le Plan a favorisé le développement de dispositifs et outils structurant : DAHLIR, Site internet, Soutien financier d'actions et d'acteurs structurant tant au niveau de l'offre régionale que départementale.

Mise en place d'un COPIIL co-organisé DRJSCS et ARS avec une large représentation des différents acteurs du sport, de la santé, des collectivités territoriales, du monde sportif...

→ **Le COPIIL est organisé et opérationnel et pluridisciplinaire.**

Plan d'actions pluriannuel en adéquation avec le PRS, qu'il a vocation à compléter et renforcer sur la thématique « sport-santé bien-être ».

→ **Nombreuses articulations avec le Projet Régional de Santé de l'ARS (cf Focus ci-après).**

Les dispositifs de proximité tels que les contrats locaux de santé, les ASV, les CUCS, les contrats de ville...

→ **En Auvergne, 9 CLS ont, à ce jour, été signés mais tous n'intègrent pas des actions faisant référence à l'activité physique. L'activité physique est évoquée comme une composante dans certaines actions relatives à l'accès à la prévention (CLS du pays de Lafayette, CLS de Chamalières), mais ce n'est qu'au sein du CLS de Vichy, signé en octobre 2014, que plusieurs actions traitant du volet sport santé ont été inscrites comme par exemple :**

- La mise en place du DAHLIR Insertion.
- La mise en place d'un programme personnalisé au réentraînement physique dans le cadre d'un partenariat entre le CREPS et les acteurs locaux.
- La création d'un réseau régional de professionnels de santé et du monde sportif pour une pratique de l'activité physique au bénéfice de porteurs de maladies chroniques.

Au plan financier : 1,5 M€ ont été mobilisés par le CNDS et les crédits du Fonds d'Intervention Régional.

→ **Mobilisation des crédits CNDS et FIR sur l'Auvergne : Plus de 1°200°000€ sur les 4 années.**

Initier de nouveaux partenariats publics et privés sur les projets :

→ **Premier objectif identifié dans le PRSSBE (axe 1) : création d'un réseau sport/santé.**

→ Le Plan reprend globalement les grandes orientations définies dans l'instruction du 24 décembre 2012. Il a ainsi été construit de manière cohérente avec les recommandations officielles. Il a par ailleurs su prendre en compte l'existant et s'adapter aux spécificités territoriales tant épidémiologiques qu'organisationnelles.

Focus sur l'articulation avec le Projet Régional de Santé

Les articulations avec le PRS et en particulier le SREPS, SROS, Programme régional de réduction des principaux facteurs de risque/Plan d'actions santé mentale, PRAPS sont clairement établies sur l'ensemble des 3 axes, comme en témoigne le tableau suivant.

Tableau 2 : Articulation et axes de recouvrement du PRSSBE avec le Projet Régional de Santé Auvergne :

Plan Sport Santé Bien-Etre Auvergne	Articulation avec le PRS Auvergne
Personnes atteintes de maladies chroniques non transmissibles	<p>Schéma régional de prévention – Priorités 1-3 : La prévention de l'obésité chez l'enfant</p> <p><i>Objectif opérationnel 1 : Soutenir la mise en place d'actions pédagogiques sur l'alimentation et l'activité physique en direction des parents de la maternité, des enfants, des professionnels de tous horizons assumant des responsabilités au service de la population enfants-adolescents</i></p> <p>Action : « Sensibiliser les élus, les gestionnaires d'équipements sportifs, les responsables de clubs sportifs à la nécessité d'adapter leur offre en faveur de la promotion de l'activité physique pour les enfants en surpoids et obèses sur les temps périscolaires, ces enfants pouvant appartenir à des classes socialement défavorisées. »</p> <p><i>Objectif opérationnel 3 : Structurer la prise en charge des enfants-adolescents présentant un surpoids ou souffrant d'obésité sur les bassins de santé intermédiaires, tout particulièrement sur les bassins d'Aurillac, de Clermont, de Riom-Combrailles, de Moulins (cf. SROS-PRS).</i></p> <p>Action : « Utiliser au mieux les ressources existantes en s'appuyant sur l'activité des réseaux diabète existant, en créant si possible des passerelles pour l'inclusion d'adolescents obèses dans</p>

	<p>les programmes proposés de réadaptation à l'activité physique »</p> <p><i>Objectif opérationnel 4 : Obtenir des informations territorialisées sur l'évolution des problèmes de surpoids et d'obésité chez les jeunes Auvergnats de manière à mieux évaluer l'ampleur du phénomène et l'impact des mesures prises.</i></p> <p>Action : « Réaliser par bassin de santé intermédiaire, en lien avec les inspections académiques et les collectivités intéressées, un état des lieux de la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les enfants de 6 ans à l'entrée en CP, des offres existantes en termes d'alimentation et d'activité physique pour une meilleure adaptation des actions de prévention ainsi que du degré de participation du public ciblé à ces offres. »</p>
Personnes avançant en âge quel que soit le lieu de vie	<p>Programme régional de réduction des principaux facteurs de risque - Plan d'actions santé mentale</p> <p><i>Objectif intermédiaire 4 : protéger le capital « santé mentale » des séniors en favorisant tout comportement participant au « bien vieillir » : l'investissement dans des activités de loisirs, le maintien d'une vie sociale et la préservation d'une vie intellectuelle sont les stratégies fréquemment identifiées pour parvenir à préserver la santé mentale tant à domicile qu'en institution.</i></p> <p>Action : « Valoriser toutes les actions conduites sur les territoires par les collectivités locales, les caisses d'assurance maladie, les mutuelles, les associations en faveur du maintien d'activités sociales diversifiées, des capacités intellectuelles et physiques (exemple : atelier mémoire, atelier équilibre, activité physique adaptée,...) accessibles aux séniors vivant à domicile »</p>
Personnes en situation de précarité	<p>Programme régional d'accès à la prévention et aux soins</p> <p><i>Objectif opérationnel 2 : Mettre en place des actions de prévention collective auprès de publics « captifs » (personnes en chantiers d'insertion, écoles de la 2^{ème} chance, structures d'hébergement, personnes détenues...)</i></p> <p>Action : « Missionner l'IREPS, l'ANPAA, le COREG-EPGV dans le cadre de conventions pluriannuelles pour mettre en place des actions, adaptées aux publics en situation de précarité et, dans la mesure du possible préparer avec eux, portant sur l'alimentation (notamment dans les villes actives PNNS), l'activité physique, les addictions, l'hygiène de vie ».</p>

4.3 Point de vue des acteurs sur la structuration et la gouvernance du Plan

4.3.1 Point de vue des acteurs interrogés dans le cadre des entretiens

Point de vue des institutionnels sur la structuration

Les acteurs institutionnels interrogés ont décrit une structuration satisfaisante dans le cadre des axes populationnels et du pilotage, permettant aux acteurs de se repérer et d'adhérer plus facilement :

- « Une structuration souhaitée par rapport à des catégories d'âge qui a été très opérante pour l'Education Nationale dans le cadre d'autres plans » (Rectorat).
- « Une structuration qui permet de s'adapter aux spécificités locales » (DDCS15).
- « Une structuration relativement similaire à celle des politiques internes à d'autres partenaires : « on fonctionne de la même façon donc du coup on s'est retrouvé dans ce Plan qui correspondait vraiment à notre programmation » (Mutualité française).

Point de vue des associations sur la structuration

- Les acteurs associatifs notent une structuration relativement claire permettant de s'inscrire facilement dans l'un des axes, même si pour certains, une priorisation aurait été pertinente :
 - « Une structuration logique aux yeux des associations » « On a toujours trouvé une ligne au sein des axes sur laquelle s'appuyer » (GE sport 63).
 - « Il était important que le Plan s'adresse à tout public ».
 - « C'est bien d'avoir élargi les 4 axes mais on ne peut pas tout faire en même temps : On a voulu trop élargir, il aurait mieux fallu faire axe par axe, mais cela aurait pris trop de temps... ».
- Des axes adaptés aux populations déjà ciblées par les associations :
 - « Les financements fléchés par axe ont été une aide par rapport au projet global sur l'obésité » (CALORIS).
 - « C'était indispensable qu'il y ait un axe populationnel personnes âgées » (CARSAT).
 - « Ces 4 axes évitent d'être dans la généralité » (Ligue contre le cancer).
- Une interrogation sur la place de l'axe destiné aux personnes handicapées :
 - « Interrogation sur l'axe Handicap à raccrocher au sport santé bien-être. Pertinence de cet axe ? Il existe un Pôle Ressource National Sport Handicap (au même titre que Pôle Ressource National SSBE).
 - « La question de la place du handicap se pose toujours dans le champ du sport-santé ».

Point de vue sur la gouvernance

Un des critères de réussite est l'implication forte d'une équipe technique très motivée, ayant porté le Plan tant au niveau de la DRJSCS que de l'ARS (« Importance des référents ARS et DRJSCS très motivés et impliqués »).

- Apports très importants des groupes d'experts pour la création des réseaux et la connaissance réciproque des acteurs :
 - « Ces groupes permettent de se concerter entre professionnels de santé et partenaires » ; « de faire des bilans, de souligner les points de vigilance et ce qui fonctionne ».
 - « Au niveau de la mise en œuvre, ça a été très facilitant d'apprendre à se connaître et de créer du lien entre les différentes actions des uns et des autres ».
 - « Satisfait car associé aux décisions, aux propositions. C'était relativement démocratique ».
 - « Les experts viennent de différents horizons, cela permet un partage d'expériences et de compétences », « Les experts, acteurs reconnus avec de l'expérience, ont été une garantie de réussite ».
 - « Cela a permis d'avoir un Plan relativement clair avec un plan d'actions simple à mettre en œuvre ; basé sur un diagnostic (connaissance des besoins), une concertation et une validation par les acteurs ».
- Un pilotage élargi associant des acteurs de différents champs et permettant les complémentarités :
 - « Toutes les institutions sont sollicitées : Réunion de gens de structures différentes qui s'occupent de la même thématique ».
 - « On a apporté notre expertise car on connaissait bien les clubs sportifs ».
- Un rôle essentiel de « régulation » :

- « Il faut qu'il y ait une gouvernance parce que tout le monde s'engouffre dans le SSBE avec des grandes confusions entre le sport-santé et le sport-loisir bien-être. Heureusement qu'il y a un groupe de pilotage pour essayer de cadrer les acteurs et les actions ».
- « Il est important qu'il y ait des gardes fous de façon à ce que tout le monde ne fasse pas n'importe quoi ».
- Quelques griefs :
 - Une *variabilité* dans la fréquence des réunions : « Impression qu'il y a eu des périodes de charge et des périodes d'oubli. Plus de régularités serait intéressant ». « Peu satisfaite car initialement associée aux réunions de lancement puis plus rien. Manque de réunion et de visibilité ».
 - Un questionnement sur les partenaires associés : « Education nationale : n'a pas d'action commune dans ce Plan ». « Interrogation sur la composition de ces différents organes de gouvernance et sur l'exhaustivité de la composition ».
 - « Des groupes d'experts trop ambitieux, trop nombreux. Le travail n'a peut-être pas été assez ciblé. Les demandes n'ont pas été assez précises. Il faut un temps de travail renforcé entre experts et équipe technique et définir les objectifs prioritaires ».
 - « Le pilotage était plutôt institutionnel mais avec un manque de communication ».
 - « L'ensemble globalement satisfaisant mais on peut l'améliorer sur la représentation dans les groupes et des rencontres plus structurées ».

➔ On note globalement, un bon niveau de satisfaction de la gouvernance et du pilotage du Plan de la part des partenaires et acteurs interrogés.

4.3.2 Retour des focus groups

Les discussions ont mis en exergue que le Plan peut parfois rester « théorique » pour certains acteurs (éloignés des instances régionales). Mais il a permis le renforcement d'un réseau « informel » préexistant et le développement de nouvelles actions dont certaines en partenariat (mise en cohérence d'actions jusqu'à présent juxtaposées), ainsi qu'une ouverture du monde du sport sur la santé. Il permet une bonne visibilité du Sport Santé qui légitime le « aller-vers ».

Le Plan apporte un cadre mais n'est pas estimé assez « contenant, encadrant, structurant » pour les acteurs de terrain, qui ont un grand besoin d'aide technique et organisationnelle pour se coordonner.

4.3.3 Point de vue des acteurs ayant répondu à l'enquête en ligne

- 58% des répondants concernés se déclarent « tout à fait ou plutôt satisfaits » de la **Gouvernance** du PRSSBE. 20% des personnes n'ont pas d'avis sur la question.
- 51% des répondants déclarent être satisfaits de l'**animation**, et 30 % se disent relativement insatisfaits de l'animation (19% n'ont pas d'opinion).
- Les répondants sont globalement satisfaits du choix décidé pour la **structuration** du Plan en 4 axes puisque 73% d'entre eux la juge « tout à fait/plutôt » pertinente. 23% n'ont pas d'avis. Une note médiane de 7 sur 10 a été attribuée à la structuration générale du Plan.
- 77% des acteurs estiment que les **objectifs du Plan** sont « plutôt/tout à fait » clairs.
- Les répondants attribuent une note médiane de 6 sur 10 à l'articulation du Plan avec les autres politiques régionales.

4.3.4 Retour d'expérience des porteurs sur la construction et le pilotage du Plan

Le retour d'expérience des porteurs que sont l'ARS et la DRJSCS est très important pour mieux comprendre la construction et le déploiement du Plan. Les entretiens réalisés montrent une très grande dynamique au démarrage d'un Plan qui a été fait « dans l'urgence ». En effet, l'instruction de décembre 2012 était relativement exigeante sur la mise en œuvre et relativement ouverte en termes de cadre constitutif/organisationnel. Il apparaît que les années 2015-2016 ont plutôt été des années de stabilisation et de moindre activité (ressentie par les acteurs de terrain).

Points positifs

- Une des principales plus-values est que le Plan a été construit à partir des ressources existantes et d'un travail de proximité, en associant les « experts » reconnus du secteur et de la région (gage de connaissance et d'acceptabilité). La région ne disposait pas de réseaux Sport-Santé avant le Plan (seulement quelques réseaux de santé), qui aurait pu être le « pilier du Plan ».
- Les pilotes ont repéré des porteurs de projets et des partenaires potentiels, se sont appuyés sur l'instruction nationale qui a permis une bonne collaboration et une dynamique transversale entre l'ARS et la DRJSCS.
- Le site Internet est un élément qui a fédéré et fait parler du Plan. Son élaboration a nécessité un travail sur la qualité des informations et sur la géolocalisation (cartographie) des actions du sport et de la santé. Ce site permet de répertorier et proposer des structures qui accueillent en toute sécurité des personnes porteuses de maladies chroniques (portail « Sport-Santé » du site) et celles souhaitant simplement pratiquer pour lutter contre l'inactivité physique dans un but de maintien de leur capital santé (portail « Sport Loisir Bien-Etre »).
- Le Plan permet de faire travailler ensemble les mondes du sport et de la santé avec d'autres partenaires notamment les collectivités territoriales (via les CLS), les mutuelles, les organismes de formation, l'éducation nationale...
- Il a permis de faire connaître l'existant qui est ainsi valorisé, d'impulser des dynamiques territoriales et d'orienter les actions vers des zones blanches, des « déserts » en offres d'activités physiques...

Difficultés rencontrées par l'équipe projet

L'équipe projet en charge de la mise en œuvre et du suivi du Plan, s'est heurtée à différentes difficultés. Une des principales difficultés a relevé de la relative nouveauté et urgence de la demande (« premiers Plans sport-santé-bien-être), du manque de connaissance réciproque des deux mondes (sport et santé), du manque de modèle national et surtout du manque d'expérience et de formation sur le sujet (et sur l'élaboration d'un Plan). Les autres difficultés sont liées :

A l'élaboration, au suivi et à l'animation/pilotage :

- Le suivi a semblé-t-il être sous dimensionné : Pas/peu de moyens de gestion, de pilotage rapproché.
- Pas de formation spécifique de l'équipe de suivi à l'évaluation et à la démarche de Plan.
- L'animation territoriale a été variable selon les départements.
- Difficulté de travailler avec des associations Loi 1901 qui restent la plupart du temps portées par des bénévoles. Par ailleurs, certaines structures, acteurs du Plan, restent fragiles (ex Centres Médico-sportifs, dépendant bien souvent des collectivités territoriales).

Au fonctionnement et à l'activité :

- Nombreux changements d'interlocuteurs dans les COPIL et les groupes d'experts.
- Turn-over important des dirigeants en Sport, entraînant des pertes d'historiques.
- Certains groupes ont peu fonctionné (Ex : Groupe de travail sur l'obésité des enfants) ou ont manqué d'efficacité. L'articulation avec le Plan Obésité-Nutrition a été difficile.
- Des échelons territoriaux faiblement mobilisés/impliqués.
- Manque de travail avec la Politique de la Ville.
- Peut-être un manque de visibilité du contenu des CLS en matière d'AP, alors qu'il y a une forte incitation à s'appuyer sur ces outils.

Des difficultés liées à la conjoncture (fusion des régions) :

- Malgré l'instruction de décembre 2012, la commande restait relativement « vague » (liberté de mise en œuvre).
- La réforme concernant la fusion des régions a été un élément perturbateur pour le Plan, notamment sur 2016, se traduisant par :
 - Un manque de visibilité des financements CNDS des actions due à la différence de fonctionnement entre la région Rhône Alpes et la région Auvergne dans la gestion des crédits.
 - Un arrêt des groupes d'experts cette année.
 - Une absence de secrétariat.
- Les souhaits d'orientation vers le sport-santé-entreprise (santé des actifs), le monde du travail et le thermalisme ont dû être mis en stand-by du fait de la réforme territoriale.
- Des problèmes de calendriers et de calage avec le niveau national ont été notés : il était attendu les résultats d'un groupe de travail national sur la thématique d'accompagnement (toujours pas paru).
- Les membres de l'équipe technique ont par ailleurs été, pour la DRJSCS, très fortement mobilisés en 2015 pour la création de l'Observatoire National de l'Activité Physique et de la Sédentarité.
- L'année 2016 : réforme très « perturbante » par rapport à la visibilité des financements CNDS des actions (hors AAP) avec une différence de fonctionnement entre RA et Auvergne dans la gestion des crédits (Gestion disciplinaire pour le financement en Rhône Alpes qui a été appliqué sur l'ensemble de la grande région Auvergne-Rhône Alpes).
- Un manque d'implication du Conseil Régional (pas d'attribution de financement, contrairement au Rhône-Alpes).

5 Quel est le niveau d'« efficacité » du Plan ?

Le rapport intermédiaire du Plan réalisé par la DRJSCS et l'ARS a dressé l'avancée des actions de référence de chaque axe, permettant ainsi d'évaluer la mise en œuvre et les résultats de ces actions. Ce document a été utilisé pour l'analyse de l'efficacité globale du Plan, en plus du recueil d'informations spécifique et de l'opinion des acteurs.

On précise que l'efficacité globale est évaluée via des critères intermédiaires liés aux processus et à la mise en œuvre des actions. En effet, les résultats en termes d'amélioration de l'état de santé (impact sur les indicateurs épidémiologiques régionaux) (et même de réalisation d'APS) ne peuvent être observés qu'à moyen voire long terme. L'efficacité touche ainsi ici principalement aux critères de mise en réseau/collaborations, de développement de l'offre d'APS et d'APA, de visibilité et de proximité des offres sur les territoires.

5.1 Niveau d'atteinte des objectifs sur l'amélioration de la coordination et de la mise en réseau des acteurs

5.1.1 Points de vue des partenaires (entretiens individuels)

- Les apports du Plan sur la connaissance réciproque des acteurs et la création de réseaux propices aux collaborations sont observés par les acteurs et partenaires interrogés :
 - « Identification de nombreux partenaires grâce au Plan qui a permis d'avoir une vue d'ensemble de ce qu'il était possible de proposer, notamment parfois sur des disciplines atypiques (exemple : démonstration BMX) ».
 - « Permet de connaître des intervenants spécifiques aux thématiques et présents sur une zone géographique en particulier ».
 - « Le réseau se développe de plus en plus. Synergie PRSSBE et CLS pour l'articulation des acteurs y compris Contrats de Ville. Le coordinateur doit avoir une vision globale et développer des actions de proximité ».
 - « Création de lien entre associations et secteur médical : recensement de l'offre et réponses à la demande (Mais toutes les associations ne sont pas recensées sur le Site Internet) ».
- Le Plan a, pour certains, formalisé des réseaux informels/personnels qui préexistaient :
 - « Il y a eu un développement de la culture, du travail en commun mais est-ce dû au Plan? »
 - « Réseau plutôt informel sur l'axe 4 au travers des réunions du groupe d'experts qui ont permis d'échanger avec d'autres intervenants en direction de la population des personnes âgées ».
 - « Ce réseau existait, il n'était pas vraiment formalisé ».
- Des résistances se font cependant sentir au niveau des collaborations possibles :
 - « Chacun veut rester le « maître de sa paroisse », d'où l'intérêt d'avoir une gouvernance pour recadrer tout le monde ».
- Enfin, quelques acteurs sont « déçus » et disent se débrouiller sans les outils du Plan :
 - « N'a pas vu d'effet, n'utilisent pas le Site Internet car n'ont pas besoin de plus d'informations : elle a créé sa propre base de données pour son public cible. N'ont pas d'actions communes avec d'autres acteurs. Pas d'apport particulier du Plan en matière de maintien à domicile ».

- « Pas d'action commune avec d'autres acteurs. Une tentative de collaboration n'a pas fonctionné ».

5.1.2 Résultats de l'enquête en ligne

- Plus de 6 répondants sur 10 estiment que le Plan a permis l'identification de partenariats entre acteurs du sport et le renforcement du lien entre acteurs de la santé et du sport.
- La note médiane attribuée au Plan quant à la création d'un véritable réseau des acteurs régionaux sport santé est de **6 sur 10**.
- Pour les répondants, les principaux apports du Plan relèvent de la mise en réseau et l'articulation des champs sanitaires et sportifs :
 - **L'identification des partenariats** pour mettre en place des actions au sein des territoires (64% d'acteurs d'accord),
 - **Le renforcement du lien entre acteurs de la santé et du monde sportif** (62,5% de personnes d'accord).
- 53,5% des répondants déclarent que le Plan leur a permis de mettre en place des actions de prévention ou d'offres de pratique sportive adaptée aux publics cibles, qui n'auraient pas été possibles sans le Plan. 34% pensent le contraire et 12,5% ne se prononcent pas.

5.1.3 Points de vue des acteurs ayant participé aux focus groups

Les discussions des FG ont relaté les points suivants :

- Création d'un lien entre le médical et des associations sportives, qui n'existait pas avant sur le département.
- Un regard plus ouvert sur la santé « au-delà du sport » : L'éducation à la santé est une composante essentielle associée aux séances Sport Santé.
- Un maillage pour mieux répondre aux besoins :
 - Le réseau départemental est important pour avoir une connaissance fine des équipements.
 - Bonne répartition des associations (du moins pour les personnes âgées).
- Meilleure connaissance entre les différents acteurs, même si dans le Cantal, du fait de sa petite taille, tout le monde se connaissait. Le Plan a permis la création de partenariats plus forts.
- Identification des actions qui se faisaient, mutualisation des forces, des idées.

Le Plan a permis le renforcement d'un réseau « informel » préexistant et le développement de nouvelles actions dont certaines en partenariat (mise en cohérence d'actions jusqu'à présent juxtaposées), ainsi qu'une ouverture du monde du sport sur la santé. Il permet une bonne visibilité du Sport Santé qui renforce / légitime le « aller-vers ».

Sur Aurillac, les participants ont précisé que les acteurs locaux n'étaient pas coordonnés et que le circuit du patient n'était pas clairement organisé notamment pour l'entrée dans l'APA et l'après APA. Le DAHLIR et les CLS sont des piliers incontournables pour le déploiement des réseaux locaux, de l'organisation territoriale. Une coordination, communication des pilotes (ARS-DRJSCS) est nécessaire avec les acteurs de terrain. Le site Internet Sport-Santé-Auvergne est un outil à potentialiser. La communication vers les professionnels médicaux et paramédicaux comme relais d'orientations semble indispensable (pour qu'ils connaissent les possibilités).

5.2 Niveau d'atteinte des objectifs en termes d'augmentation du niveau d'activité physique et sportive des publics cibles

L'atteinte de cet objectif reste difficile à évaluer du fait d'un manque de remontée et de centralisation de données. Par ailleurs, ce résultat est également difficilement observable sur le court terme. Il s'agit davantage d'un objectif à moyen voire long terme.

5.2.1 Résultats de l'enquête en ligne

Les répondants attribuent une note moyenne de **6 sur 10 (médiane à 6,5)** à l'augmentation du niveau d'activité physique et sportive des publics cibles (via la lutte contre l'inactivité physique). Des progrès sont donc observés mais peuvent encore être réalisés.

5.2.2 Points de vue des acteurs de interrogés (entretiens individuels)

Globalement, une grande majorité des acteurs interrogés estiment que le Plan a permis une augmentation du niveau d'activité physique et sportive des publics cibles. Certains précisent cependant que des territoires ne sont pas couverts (Nord Cantal par exemple).

- « *Oui, on observe des changements de comportement dans l'activité au quotidien (plutôt que pratique sportive)* ».
- « *Oui via leur action en partenariat avec l'EPGV (dont une partie des financements dépend du Plan aussi)* ».
- « *C'était l'objectif premier, j'espère qu'on tend vers ça* ».
- « *Je pense que l'information passe, les gens se questionnent* ».
- « *Il y a des initiatives comme l'accompagnement à l'insertion dans des clubs existants qui facilitent l'accès à l'activité physique* ».
- « *Sur la ville de Montluçon, il y a des demandes* ».
- « *Oui, je pense que les gens ont été sensibilisés par rapport à ce Plan* ».

Ils estiment que le Plan a bénéficié de la visibilité de la thématique au niveau national (« sujet d'actualité »).

- « *Oui mais est-ce dû au Plan ? Le niveau national est très engagé. Les privés s'engouffrent, l'offre se développe. Il y a une prise de conscience au niveau national* ».
- « *Le sport santé, c'est un peu à la mode* ». « *On en parle plus* ».

De nombreux acteurs ne peuvent pas réellement observer l'impact et ne peuvent donc se prononcer :

- « *Plus du ressenti, pas de données ou résultats factuels* ».
- « *A mon niveau je suis incapable de vous dire* ».

5.3 Apport du Plan en matière d'amélioration de l'offre et de la visibilité des actions

5.3.1 Point de vue des acteurs interrogés (entretiens individuels)

→ Globalement, la grande majorité des acteurs estiment que le Plan a davantage joué sur la visibilité de l'offre que sur l'offre elle-même. Ils estiment qu'il y a aujourd'hui une meilleure visibilité de l'offre et des actions d'APS sur la région et ses territoires. Les acteurs ont cependant du mal à définir la part due au Plan et la part liée à une communication nationale « ambiante » sur le Sport et la Santé. Ces messages nationaux participent également à la mise en avant de la thématique (« sport sur ordonnance... »), favorisent le développement d'offres et la visibilité globale. Les dynamiques nationales au niveau des fédérations sportives ont également contribué à l'intérêt pour ces actions. Plus localement, les contrats locaux de santé participent à cette amélioration de la visibilité.

→ Pour certains acteurs et partenaires, cette visibilité reste cependant « encore trop faible » ou limitée au dispositif DAHLIR : « *Oui via le DAHLIR qui se développe partout. Il y a une prise de conscience, une volonté de développement* ». Certains acteurs manquent également de recul pour se rendre compte mais précisent qu'il ne s'agit « que du premier Plan. Les choses sont construites et cela va se développer. C'est difficile à dire. L'existence du Plan donne des lignes de conduite aux acteurs du Plan, valorise leurs actions ».

→ Le site Internet a contribué à cette plus grande visibilité et au recensement de l'offre :

- « *Sur le site Internet, j'aimerais qu'il y ait plus de propositions de structures en proximité [...] même si c'est déjà génial de pouvoir adresser des personnes de façon assez sereine, en confiance. Ce serait bien qu'il y en ait plus, il faut que ça continue* ».
- « *Le portail a favorisé la vulgarisation ; cela a permis à des associations de s'inscrire et de se faire connaître* »»
- « *Il y a une visibilité via le site sport santé auvergne qui a été largement promu même s'il y a un cadre un peu plus rigoureux à construire : en essayant de rendre visible l'offre d'APS, on a dû faire face à des problèmes non identifiés au départ* ».
- « *A propos du site Internet : il permet de bien différencier le sport loisir bien-être du sport santé, qui est une approche différente avec des gens qualifiés* ».
- « *C'est compliqué mais cela se développe. C'est un combat quotidien de l'UNSS* ».

→ Mais des difficultés persistent en termes de visibilité pour certains publics (précaires), pour certains acteurs (MG) et sur les modalités d'utilisation du site Internet :

- « *La lisibilité est bonne pour les gens dans les réseaux, les partenaires de la santé, du social, les collectivités territoriales. Mais il existe un blocage pour les publics précaires (les mairies prêtent les salles pour les maladies chroniques mais pas pour les publics précaires)* ».
- « *Oui, mais la visibilité est encore à améliorer. Mériterait d'être plus visible par rapport aux MG* ».
- « *Elle fait elle-même le recensement de ce qui existe sur son territoire et ne passe pas par le site Internet* ».
- « *L'identification de ces initiatives se fait lors des échanges avec les autres acteurs du plan* ».

5.3.2 Point de vue des acteurs ayant répondu à l'enquête en ligne sur les apports du Plan

Les résultats de l'enquête en ligne tendent à montrer que le Plan a créé des conditions de partenariat par le renforcement d'une visibilité des acteurs de la thématique

- 57,5% des répondants sont « tout à fait ou plutôt d'accord » pour dire que l'offre en matière d'activité physique et sportive adaptée s'est améliorée sur la région du fait du PRSSBE.
- Ils attribuent une note moyenne de 6 sur 10 (médiane à 6,5) à cette amélioration : des progrès sont donc observés mais peuvent encore être réalisés.

Pour les acteurs du PRSSBE, ses apports résident avant tout dans :

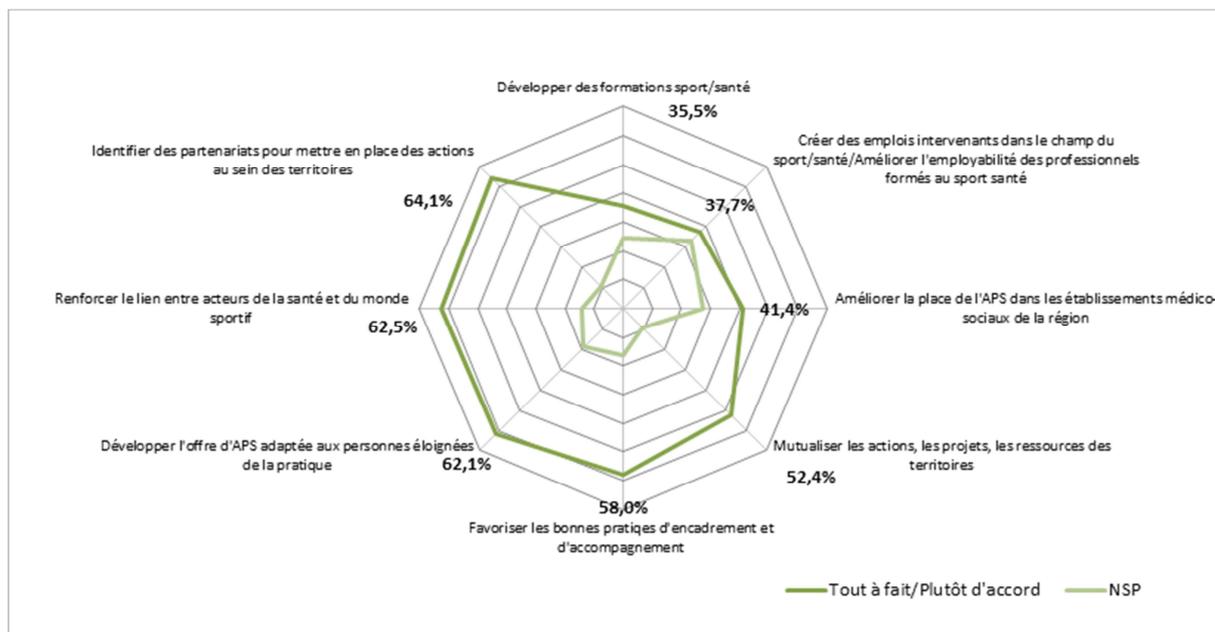
- **L'identification des partenariats** pour mettre en place des actions au sein des territoires (64% d'acteurs d'accord),
- **Le renforcement du lien entre acteurs de la santé et du monde sportif** (62,5% de personnes d'accord)
- **Le développement d'offre d'APA adaptée aux personnes éloignées de la pratique** (62%).

Les apports du Plan les moins reconnus sont ceux relatifs :

- Au développement des formations sport/santé (35,5% de personnes d'accord),
- A la création d'emplois intervenant dans le champ du sport santé (37,7%)
- A l'amélioration de la place de l'APS dans les établissements médico-sociaux de la région (41,4%).

On note que beaucoup de personnes ont cependant répondu « ne sait pas » pour ces 3 derniers items.

Figure 1 : Pourcentage de personnes ayant répondu être « tout à fait/plutôt d'accord » et « ne sait pas » avec les apports suivants du plan



5.3.3 Retour des Focus Groups

Les éléments suivants ressortent des discussions de groupe :

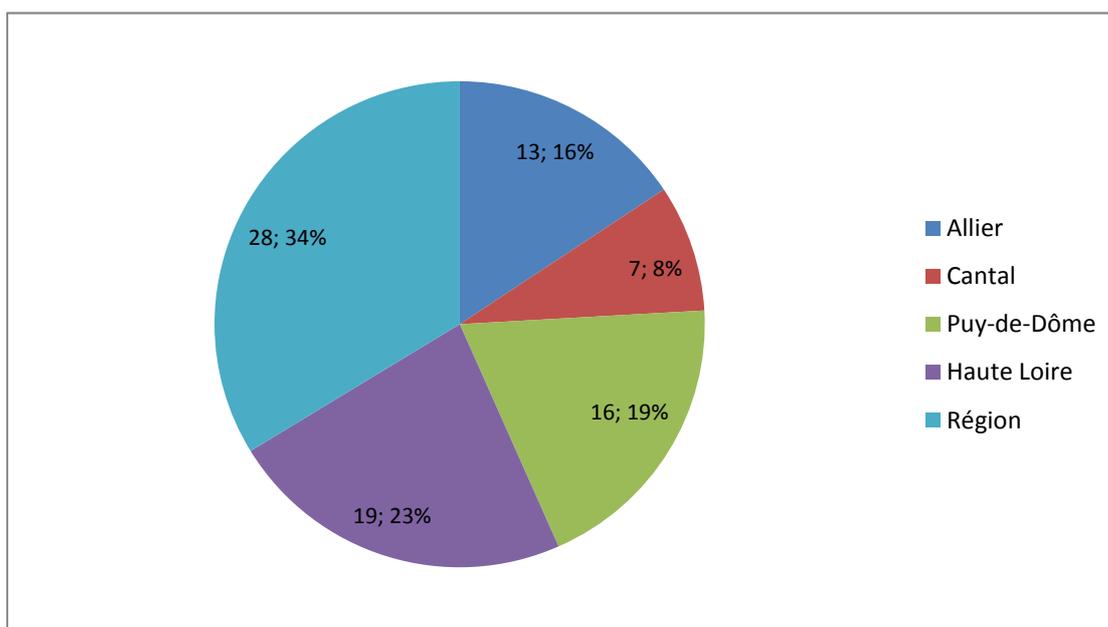
- Le DAHLIR et les CLS sont des piliers incontournables pour le déploiement des réseaux locaux, de l'organisation territoriale.
- Le Plan a permis le renforcement d'un réseau « informel » préexistant et le développement de nouvelles actions dont certaines en partenariat, ainsi qu'une ouverture du monde du sport sur la santé. Il permet une bonne visibilité du Sport Santé qui renforce / légitime le « aller-vers ».
- Mais le Plan peut parfois rester « théorique » pour certains acteurs (éloignés des instances régionales).
- Une coordination départementale/territoriale sous la forme d'un réseau est nécessaire entre les DDCS et les DTARS et les partenaires identifié (ou à identifier) comme le DAHLIR (dont le rôle est jugé un contournable par les personnes interrogées), ainsi que des filières d'aval (orientation vers le milieu ordinaire « identifié/labellisé » après l'APA).

5.4 Niveau d'efficacité concernant l'accessibilité/couverture territoriale

5.4.1 Cartographie/répartition des actions financées

L'analyse des données des subventions accordées montrent une inégalité de répartition entre les départements. L'Allier et le Cantal ont semble-t-il moins déposé de projets (dans le cadre de l'appel à projets) et donc reçu moins de financement.

Figure 2 : Territoire d'application des actions financées (nombre et %) sur la période 2013-2015



5.4.2 Point de vue des acteurs interrogés (entretiens individuels)

Concernant l'amélioration de la couverture (territoriale) de l'offre en matière d'APS adaptée, les acteurs sont d'avis mitigés :

- Une grande partie des acteurs estiment que l'accessibilité à une offre adaptée, via un développement de la couverture territoriale, s'est améliorée grâce au Plan :
 - « *Oui, Cela s'ouvre. Travail avec la conférence des financeurs. A permis de faire émerger des idées pour aller vers le public éloigné (Issoire, Thiers, Riom), vers les personnes âgées, les personnes en difficulté* ». «*Les municipalités développent le Sport Santé* ».
 - « *Ce qui nous a sauté aux yeux c'est finalement de se rendre compte qu'on pensait que certaines zones étaient dépourvues alors qu'il y a des initiatives locales. Il y a des choses qui se font sans que cela ne se sache* ».
 - « *Depuis le Plan, il y a eu davantage d'implantations des Ateliers Equilibre sur des zones rurales* ».
 - « *Oui. Les opérateurs ont également des directives de délocalisation en milieu rural. Il y a 17 actions différentes déclinées dans différentes communes* ».
 - « *Tout le monde dans les zones reculées d'Auvergne peut faire une activité physique. On peut faire de l'EPGV, même dans les zones reculées* ».
 - « *Oui, car sont allés sur des secteurs éloignés. Et les éducateurs ont des frais de déplacements pour aller plus loin : l'ARSEPT a donné un fonds pour les territoires fragiles éloignés (+400€ par Atelier Equilibre sur zones éloignées et pour publics précaires seniors)* ».

- Mais précisent que l'offre reste variable selon les territoires, et souvent centrée sur les grandes villes :
 - « *Il existe des zones difficiles à atteindre : Plutôt bonne couverture de la ville et plus dur sur le rural* ».
 - « *Le Plan est resté très centré sur Clermont-Ferrand. Les DT ARS n'ont peut-être pas assez été associées ?* ».
 - « *En Haute Loire les actions sont surtout centrées sur le Puy en Velay. Il existe des zones blanches avec des problèmes de transport* ».
 - « *Sur les 4 départements, la représentativité n'est pas la même. Du coup, on fait en fonction des disponibilités des intervenants selon le secteur géographique sur lequel on se retrouve* ».
 - « *On voudrait couvrir tout le territoire du Puy de Dôme mais on manque de moyens* ».
 - « *Les acteurs proches du centre de la région sont plutôt impliqués. Ex : les actions commencent par le Puy de Dôme car c'est difficile de se déplacer pour les autres* ».

- Pour certains, il est difficile de se prononcer :
 - « *Il y a des gens qui désenclavent les territoires mais est-ce que c'est bien harmonisé sur l'ensemble de la région et couvert de façon équilibrée ?* » .
 - « *N'est pas sûre que l'offre se soit améliorée dans tous les départements* ».
 - « *On a du mal à identifier les acteurs sur ces territoires. Ils ne sont pas forcément conviés aux temps d'échange...* ».

- Des améliorations sont proposées et estimées nécessaires par les personnes interrogées, à différents niveaux :
 - « *Travailler avec les communautés de communes, avec les collectivités pour essayer de permettre à la population isolée de faire de la pratique d'activité physique* ».

- « Comment faire savoir aux gens qu'ils peuvent bénéficier de telles activités? Les médecins ne sont pas au courant. Il faudrait que l'ARS ou la CPAM informent les médecins, ou qu'il y ait des informations dans la presse quotidienne du pharmacien et du médecin ».

5.4.3 Point de vue des acteurs ayant répondu à l'enquête

- 57,5% des participants à l'enquête sont « tout à fait d'accord / plutôt d'accord » avec l'idée que l'offre en matière d'APSA s'est améliorée sur la région du fait du Plan.
- Les participants ont attribué une note médiane de **6,5 sur 10** pour juger l'apport du Plan en matière d'accessibilité territoriale de l'APAS pour les publics cibles, de 6 sur 10 pour juger l'apport du Plan en matière d'augmentation de l'activité physique et sportive des publics cibles et de 6 sur 10 également pour juger l'apport du Plan en matière de visibilité des offres et actions en matière de sport santé.

5.4.4 Retours des Focus Groups

En termes de couverture territoriale, et d'accessibilité, les discussions ont fait ressortir plusieurs points :

- **L'ouverture vers le milieu ordinaire grâce au Plan** : le travail d'accompagnement des personnes qui sortent des programmes spécifiques est l'enjeu du Plan. Des associations du milieu ordinaire peuvent aussi accueillir ces publics, mais le personnel a besoin d'une formation spécifique à l'accueil.
- **Importance des CLS dans la coordination et la mise en œuvre du Plan sur les territoires** :
 - CLS Thiers : fait le lien entre chaque partenaire et coordonne tout ce qui se passe sur le territoire :
 - « Sans ça, ce serait plus difficile pour les associations sportives d'entrer dans des actions ».
 - « Les CLS sont les piliers, les moteurs. Ils peuvent aider à coordonner, à faire le bon choix, à connaître les capacités des uns et des autres qui ne font pas tous la même chose ». « Le coordinateur doit vraiment connaître son territoire ».
 - CLS de Vichy (signé en 2014) :
 - « Plusieurs fiches actions relevaient de l'activité physique ».
 - « Un groupe de travail a été constitué autour de l'AP avec DAHLIR, CCAS, CADA, ANEF, CREPS pour mener une réflexion autour d'un parcours pour les personnes éloignées de l'activité physique ».
 - « Le Plan a permis d'initier le démarrage de ces activités et de proposer d'autres activités (séances de reprise d'activité...) ».

5.5 Globalement

5.5.1 Point de vue des acteurs et institutionnels (entretiens individuels)

La synthèse des notes attribuées par les personnes interviewées montre des notes supérieures à la moyenne pour tous les items étudiés. 6 critères ont une moyenne supérieure à 7 sur 10.

Tableau 3 : Synthèse des notes attribuées par les personnes interviewées

	NOTES MOYENNES	Min	Max

Qualité de la structuration retenue (axes organisationnel et populationnels).	7,6	3	8
L'augmentation du niveau d'APS pour les personnes avançant en âge	7,6	5	8
L'augmentation du niveau d'APS pour les personnes atteintes de maladies chroniques	7,4	4	9
Le niveau d'adaptation du PRSSBE aux besoins régionaux.	7,4	4	8
La mobilisation des acteurs du sport autour de la santé et du bien-être	7,3	4	9
L'amélioration de l'offre de services en APS sur le territoire (diversification)	7,2	4	8
L'augmentation du niveau d'APS pour les personnes éloignées de l'AP (particulièrement en situation de handicap et de précarité)	6,9	4	7
Le niveau de satisfaction quant à la gouvernance/pilotage du PRSSBE	6,8	3	7
L'amélioration de la coordination des opérateurs en Sport Santé Bien Etre	6,7	0	9
La proximité de l'offre d'APS proposée	5,9	4	7

5.5.2 Point de vue des acteurs ayant répondu à l'enquête en ligne

- 60,7% des répondants se déclarent satisfaits du PRSSBE.
- Ils attribuent en synthèse les notes suivantes à différents critères et impacts du Plan :
- Les notes moyennes sont relativement peu élevées et peuvent constituer un encouragement à continuer et poursuivre le Plan.

Tableau 4 : Notes sur 10 attribuées par les répondants à l'enquête

Critères : Notes sur 10 attribuées par les répondants à l'enquête	Notes Moyenne (Médiane) sur 10
A la structuration générale du Plan (PRSSBE)	5,8 (7)
A son apport sur la création d'un véritable réseau des acteurs régionaux Sport Santé	5,8 (6)
A son apport en matière d'accessibilité territoriale de l'APA pour les publics cibles	5,8 (6,5)
A son apport pour l'augmentation de l'activité physique et sportive des publics cibles (lutte contre l'inactivité physique).	6 (6,5)
A son apport sur la visibilité des offres et actions en matière de sport santé	5,3 (6)
A son articulation avec les politiques de santé publique et les politiques sportives nationales	5,6 (6)

Des focus sur chaque axe sont présentés en **Annexe 6**.

6 Quel est le niveau d' « efficacité » du Plan ?

L'abord de l' « efficacité » reste relativement limité car, à ce stade de développement du Plan, il est difficile de mettre en regard l'efficacité des actions avec les financements alloués. Il s'agit davantage dans ce chapitre de poser un regard évaluatif sur la gestion des fonds dédiés aux actions du Plan et sur le retour d'expérience en la matière. Ce volet est abordé en s'appuyant sur les analyses des données budgétaires transmises avec prise en compte de la répartition par Axe et par année et sur les opinions des différents acteurs.

6.1 Budgets SSBE sur la période 2013-2016

Sur la période 2013-2016, une enveloppe de 1 142 014 € provenant pour partie des crédits de la DRJSCS (CNDS hors AAP, CNDS AAP, et Budgets Opérationnels de Programme) et de l'ARS (FIR), a été mobilisée pour soutenir financièrement les actions en matière de Sport Santé Bien-Etre dans la région. Soit un budget moyen annuel de 285 500 €. Le budget spécialement dédié à l'appel à projets (ARS / DRJSCS) représente 58% du budget total dédié au PRSSBE plus globalement.

L'année 2015 a été marquée par une forte hausse des subventions par rapport à l'année précédente (+42%, avec doublement de l'enveloppe FIR). En 2016, une régression est notée.

Tableau 5 : Tableau récapitulatif de la répartition des budgets annuels entre 2013-2016 par source

FINANCEMENT SSBE AUVERGNE 2013-2016	2013	2014	2015	2016	Total	Répartition
CNDS (DRJSCS) : Actions SSBE hors appel à projets	111 600 €	86 200 €	113 550 €	90 100 €	401 450 €	35%
CNDS (DRJSCS) : Appel à Projets SSBE	64 770 €	65 000 €	82 000 €	82 000 €	293 770 €	26%
BOP (DRJSCS)	19 400 €	24 100 €	20 965 €	11 800 €	76 265 €	7%
FIR (ARS) : Appel à Projets SSBE	66 500 €	72 000 €	136 873 €	95 156 €	370 529 €	32%
Total par année	262 270 €	247 300 €	353 388 €	279 056 €	1 142 014 €	100%
Répartition par année	23%	22%	31%	24%	100%	

6.2 Bilan des actions financées sur la période 2013-2016 via l'appel à projets

En termes de nombre de dossiers, sur la période 2013-2015,

- Sur les 143 dossiers déposés dans le cadre de l'appel à projets commun ARS-DRJSCS, 84 ont fait l'objet d'une subvention des ARS et/ou du CNDS soit **58,7% de taux d'acceptation** de financement.
- Au cours de cette même période, 59 projets se sont vu refuser un financement (soit 41,3%). Les raisons de refus sont diverses mais une bonne partie de ces projets a été identifiée comme hors cadre/critères de l'AAP du fait des populations auxquelles ils se destinaient, pour le manque de cohérence du dossier, ou du fait de la non adéquation du porteur de l'action (pas de financement direct d'EHPAD par exemple).

L'année 2015 a été marquée par une forte hausse des subventions par rapport à l'année précédente (+63%).

Au démarrage, le Plan a financé diverses « petites » actions (médianes de 3 000€ et 3 250€ en 2013 et 2014). En 2015, les actions plus structurées et pérennes ont été privilégiées et soutenues et en particulier les activités du DAHLIR et du COREG-EPGV. La tendance est à une meilleure répartition des crédits d'appel à projets entre les départements et au profit d'actions régionales à destination des territoires.

L'année 2016, marquée par la fusion des régions, a été particulière, avec une mise en réserve de budget pour éviter l'arrêt d'actions.

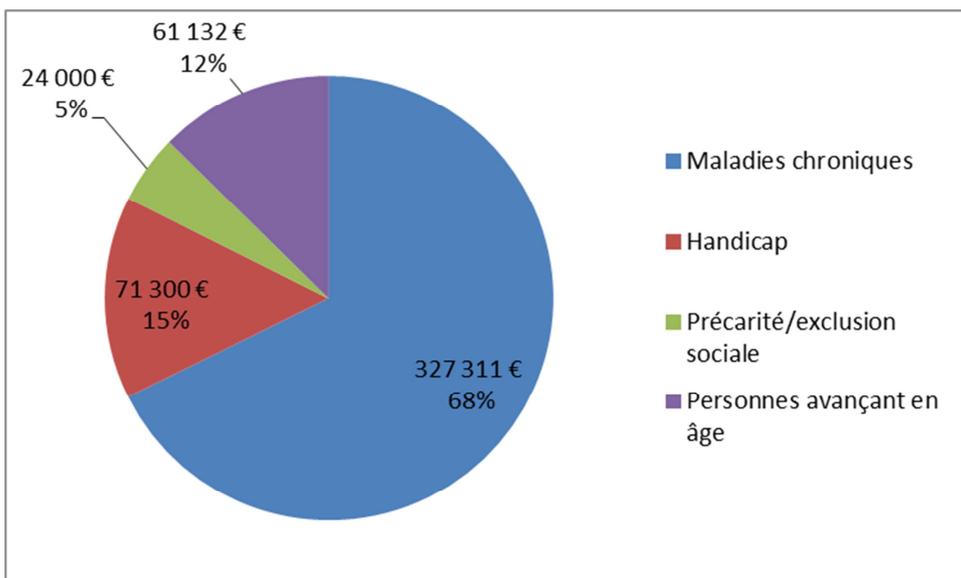
L'analyse de la répartition de l'enveloppe par axe montre des évolutions et des différences entre les axes :

- Sur la période 2013-2015, la part la plus importante des financements était destinée aux actions en direction des personnes atteintes de pathologies chroniques non transmissibles qui représentaient près de 68% des financements totaux attribués. Il est précisé que le 1^{er} appel à projet (2013) n'a ciblé que 2 axes populationnels (publics des axes 2 et 3 du Plan) alors que les suivants étaient élargis à l'ensemble des 3 axes populationnels.
- Les projets destinés à un public précaire, en situation d'exclusion sociale (Axe 2) ainsi qu'à un public avançant en âge (Axe3) ont bénéficié de subventions à partir de l'année 2014 mais relativement moins importantes.

Tableau 6 : Tableau récapitulatif de la répartition des projets financés en 2013-2015 dans le cadre des appels à projets

	2013	2014	2015	TOTAL sur 2013-2015
MONTANT TOTAL de l'enveloppe	131 270€	134 500 €	218 873€	484 643 €
Nombre de dossiers reçus	49	52	42	143
Nombre d'associations demandeuses correspondants	38	38	30	81
Nombre de dossiers refusés (%)	21 (42,9%)	28 (53,9%)	10 (23,8%)	59 (41,3%)
Nombre de projets acceptés (%)	28 (57,1%)	24 (46,1%)	32 (76,2%)	84 (58,7%)
Montant moyen de subvention attribué par action	4 688 €	4 704 €	6 840 €	5 512 €
Min /Max	700€ / 15 000€	1 000€ / 14 500€	1 000€ / 8 000€	700€ / 35 000€
Médiane	3 000 €	3 250 €	4 500 €	3 500 €
Montant attribué Axe 2	96 070 € (73,7%)	76 400 € (56,8%)	154 841 € (70,7%)	327 311 € (67,5%)
Montant attribué Axe 3	34 300 € (26,3%)	27 500 € (20,4%)	33 500 € (15,3%)	95 300 € (19,7%)
Montant attribué Axe 4		30 600 € (22,7%)	30 532 € (13,9%)	61 132 € (12,6%)
Montant attribué hors axe	900 € (0,7%)			900 € (0,2%)
Montant attribué Allier	24 700 € (18,9%)	10 000 € (7,4%)	15 000 € (6,8%)	49 700 € (10,2%)
Montant attribué Cantal	3 000 € (2,3%)	15 400 € (11,4%)	52 500 € (24%)	70 900 € (14,6%)
Montant attribué Puy de Dôme	7 600 € (5,8%)	20 000 € (14,9%)	45 541 € (20,8%)	109 900 € (22,7%)
Montant attribué Haute-Loire	34 600 € (26,5%)	34 000 € (25,3%)	41 300 € (18,9%)	73 141 € (15,1%)
Montant attribué Région	61 370 € (47,1%)	51 100 € (38%)	64 532 € (29,5%)	177 002 € (36,5%)

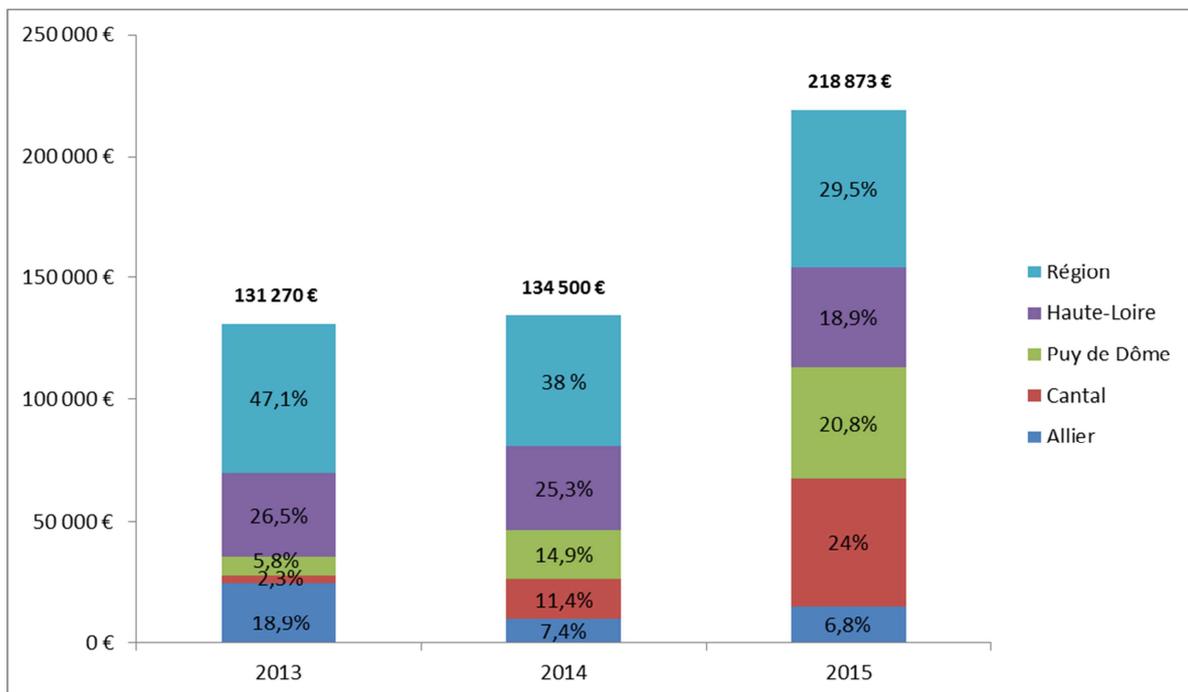
Figure 3 : Répartition des subventions accordées par axe populationnel sur la période 2013-2015



- Sur la période 2013-2015, environ 1/3 des projets financés (34,5%, n=29) concernaient l'ensemble de la région Auvergne. Les projets portés sur le département du Cantal étaient les moins nombreux. Conséquence en partie de cela, de grandes différences de subventions accordées aux actions ayant un territoire d'intervention spécifique ont été constatées variant d'un total de 49 700€ pour des projets intervenant en Allier à un total de 180 002€ pour des projets intervenant à l'échelle de la région sur la période 2013-2015.
- L'évolution de la part des financements attribués à chaque territoire d'intervention montre une tendance à une meilleure répartition entre les départements de l'Auvergne. Alors que les territoires d'intervention du Cantal et du Puy de Dôme ont vu leurs parts de financements par rapport aux subventions totales croître sur la période (respectivement de 2,3% et 5,8% en 2013 à 24% et 20,8%), les projets ayant pour territoire d'intervention la région ne représentaient plus que 29,5% des subventions attribuées en 2015 contre 47,1% en 2013.

La répartition des financements par Axe et par territoire reste dépendante des projets candidats au financement. Cela crée donc de fait, des inégalités territoriales : certains territoires, pouvant dans le pire des cas, ne déposer aucun projet (ou aucun acteur ne déposant de projets touchants certains territoires).

Figure 4 : Répartition des subventions attribuées par territoire d'intervention sur la période 2013-2015



6.3 Point de vue des acteurs sur l'attribution des moyens alloués aux actions du plan

6.3.1 Point de vue des acteurs interrogés dans le cadre des entretiens

Point de vue des acteurs institutionnels

- Les acteurs institutionnels notent des logiques d'attribution des fonds différentes entre l'ARS et le CNDS : « L'ARS, plutôt exigeante dans ses choix, a tendance à financer peu de projets mais avec de gros montants. Le CNDS, à l'inverse, finance plus d'actions avec des montants moins élevés ».
- Les financements sont attribués de manière « comprise et réfléchi » : « Les financements suivent lorsque les projets sont intéressants et sérieux. »
- Les acteurs ont pris conscience de la nécessité d'être vigilants pour ne pas léser les structures les moins connues : « Des structures qui bénéficient d'une bonne notoriété ont peut-être des financements plus importants et plus pérennes ? ».
- La procédure de dépôt de dossier peut paraître complexe pour un grand nombre de structures « Les structures ont besoin de ressources humaines compétentes pour préparer, défendre, présenter les projets/dossiers » « Les dossiers sont compliqués à remplir et les conditions restreintes », « Au global peu de structures peuvent répondre aux AAP ou prétendre aux financements. »
- Des crédits existaient déjà avant le Plan : « Le Plan n'a pas été un vrai levier; car les crédits existaient déjà. Ils ont été fléchés différemment. Il n'y a pas eu de moyens supplémentaires, cela a été une erreur des partenaires qui au final n'ont pas joué le jeu. ».

- Le mode annuel d'attribution des ressources n'est pas adapté pour mener des actions à long terme : « *pas d'actions pérennisées car pas de financements pérennes* »
- Au global, il subsiste un manque de moyen financier pour pouvoir mettre en place le Plan : « *C'est un Plan qui se veut un Plan d'envergure mais qui n'a pas les moyens* ». « *Trop peu de moyens* ».

Points de vue des associations / porteurs de projets

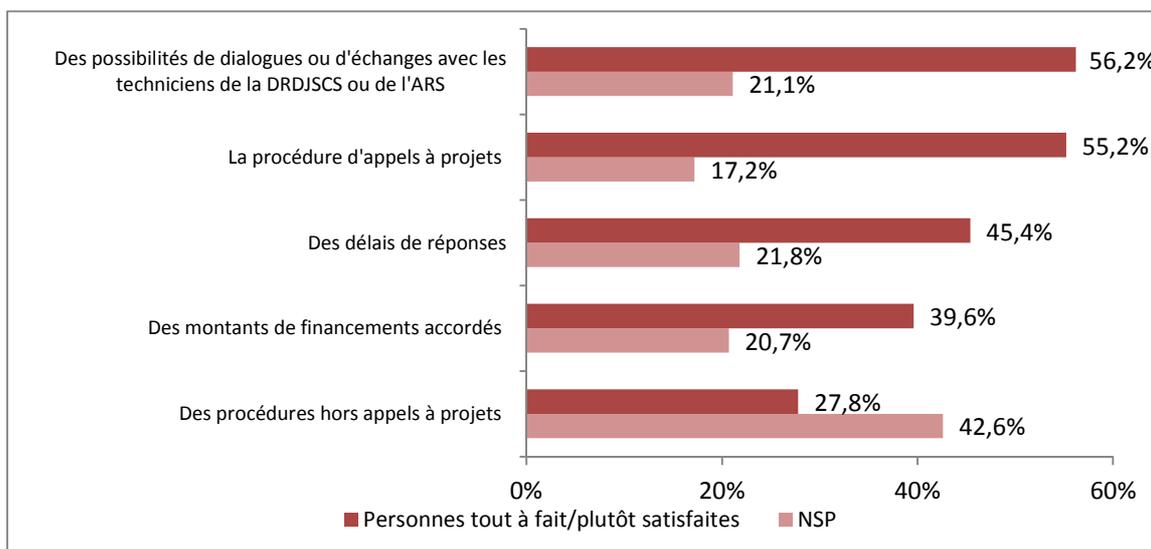
- Les entretiens permettent d'observer une bonne satisfaction de la part des porteurs de projets car les fonds accordés permettent de mener à bien les actions : « *On nous en donne quand même assez pour que l'action existe* ». « *On m'a alloué les montants que j'ai sollicité pour mener mon action* ».
- Les structures adaptent leurs actions en fonction des moyens qu'on leur attribue : « *On a fait avec ce qu'on a eu* ».
- L'effort de financements est souligné : « *Il y a eu un effort important fait dans le cadre du CNDS sur le Sport Santé jusqu'à l'année dernière* ».
- Un financement légitime pour le monde associatif : « *Pour vulgariser l'activité physique et la rendre accessible, les associations sont totalement légitimes pour bénéficier de ces subventions* ».
- L'attribution des financements est jugée comme étant réalisée de manière juste et cohérente : « *On a l'impression qu'ils essaient de faire assez justement les choses, de favoriser les actions* ». « *Le financement est juste, les attributions sérieuses et justifiées même quand c'est difficile* »
- Les critères d'attribution des fonds ne sont pas toujours clairs. Certaines associations se plaignent de ne pas avoir d'argumentation par rapport à une baisse de dotation : « *On a baissé ma dotation, je ne sais pas pourquoi* ». Ces acteurs sont en demande d'arguments.
- Le besoin de financements pérennes est fortement souligné : les acteurs ont besoin d'avoir des engagements sûrs pour mener des actions à long terme : « *Qu'on puisse avoir la certitude qu'on pourra pérenniser une action car les projets d'accompagnement se font sur du long terme* »
- La répartition des financements entre de nombreuses associations (faibles montants à un grand nombre d'acteurs) peut représenter un frein au bon fonctionnement du Plan et au développement d'actions pérennes.
- L'année 2016 a posé des difficultés : l'effort important réalisé sur le Sport Santé dans le cadre du CNDS a été moins important ce qui « *a posé des problèmes de redéploiements* ».
- Des porteurs de projets soulignent l'importance de favoriser les associations et les acteurs identifiés sur le site internet Sport-Sante-Auvergne.
- Des difficultés administratives sont soulignées, notamment pour les personnes provenant du milieu sportif : « *Les dossiers sont compliqués à remplir pour les acteurs du monde du sport. Ils exigent des garanties de qualité de mise en œuvre des actions* » « *Il a fallu présenter l'action plusieurs fois* ».

6.3.2 Point de vue des acteurs ayant répondu à l'enquête en ligne

Une partie du questionnaire de l'enquête était consacrée aux modalités d'attribution des financements aux actions Sport Santé Bien-Être.

Parmi les personnes concernées par le sujet, les possibilités de dialogues ou d'échanges avec les techniciens de la DRDJSCS ou de l'ARS ainsi que la procédure d'appels à projets sont les processus qui ont donné le plus de satisfaction aux acteurs du Plan : respectivement 56,2% et 55,2% des participants ont répondu être tout à fait/plutôt satisfaits de ces processus. Environ 1/5 des répondants n'ont pas su se prononcer.

Figure 5 : Répartition des personnes ayant répondu être « tout à fait/plutôt satisfaites » et « ne pas savoir » aux items concernant l’attribution des financements aux actions « Sport Santé Bien-Etre » (hors personnes non concernées)



Les délais de réponses ainsi que les montants des financements accordés sont les éléments du processus ayant été jugés les moins satisfaisants (respectivement 55% et 61% peu satisfaits).

→ Globalement, 53,5% des répondants concernés estiment que le PRSSBE leur a permis de mettre en place des actions de prévention ou d'offres de pratiques sportives adaptées aux publics cibles du Plan, et qui n'auraient pas été possibles sans le Plan (32,1% tout à fait, 2,4% plutôt).

6.3.3 Retour d'expérience du groupe technique

Les appels à projets annuels ont été structurants. La co-instruction des dossiers par la DRDJSCS et l'ARS a permis de formaliser les collaborations et de préciser les attentes communes, ainsi que d'instaurer un suivi de ces actions. Les appels à projets ont connu une évolution dans le degré d'exigence (« *professionnalisation de la procédure d'appel à projets et de l'instruction des dossiers de demande* ». Il n'y a pas eu d'appel à projets en 2016, en raison de la réforme territoriale induisant des changements au sein des instances régionales (la co-instruction n'a pas été possible).

7 Analyse de l'impact du Plan (effets non prévus) et suggestions d'amélioration proposées par les acteurs

Ce chapitre recense les effets « secondaires » du Plan, observés par les acteurs et qui n'étaient pas particulièrement attendus ou prévus au démarrage. Ils peuvent être positifs ou « négatifs ». Par ailleurs, l'expérience des acteurs impliqués de près ou de loin dans le Plan permet de prendre du recul sur les réalisations et en quelques sortes, proposer des pistes d'amélioration notamment en répondant à la question « **et si c'était à refaire...?** ».

7.1 Quels sont les effets secondaires/non prévus du Plan ?

7.1.1 Des effets non prévus positifs observés...

Effets positifs observés du fait du PRSSBE

- Le renforcement mais surtout la diversification du DAHLIR (qui n'existait pas il y a 4 ans). « *Le Plan a permis de le faire connaître et d'expérimenter le volet Santé (il existait principalement sur le handicap et l'insertion). Il constitue un dispositif d'intérêt pour faire le lien avec l'ETP* ».
- Un renforcement important de la crédibilité des acteurs « *On se doutait que ça allait nous permettre d'avoir une meilleure crédibilité auprès des partenaires de santé mais on ne se doutait pas qu'on allait être autant sollicité* » ;
- Des échanges informels développés « *Information les bonnes pratiques par le dialogue avec d'autres opérateurs* » ; « *Je ne m'attendais pas à cet impact de rencontres, de partage de pratiques. Il y a vraiment eu une volonté de faire ensemble et ça c'était très bien* ».
- Le Plan a permis de sortir de l'isolement (« *se sentir moins seul* ») et a créé une culture de travail collaboratif : « *Sentiment de l'innocuité de l'AP grâce au Plan et à l'acculturation* ».
- Le soutien très forts de certaines municipalités des Centres Médico-Sportifs (Aurillac ou Montluçon notamment), pour qu'ils s'orientent vers le sport-santé.

Apports / effets positifs identifiés par le groupe technique

L'équipe Projet a identifié de son côté, différents effets, ou impact positifs liés au Plan (« retombées indirectes ») :

- Le Plan a été structurant pour un travail collaboratif entre la DRJSCS et l'ARS.
- Les appels à projets annuels se sont progressivement affinés.
- L'acquisition d'expérience s'est développée au fil des années.
- La proximité et les acteurs locaux ont été favorisés.
- Les CLS ont été des instruments structurants et importants.
- Le site Internet est connu dans d'autres régions qui s'en inspirent.

7.1.2 ... mais également des effets plutôt « négatifs »

Ces effets peuvent être liés au Plan mais également au contexte (national, régional). La causalité n'est pas forcément attribuable au Plan.

- L'émergence d'offres privées devant susciter une vigilance :
 - « On a vu plein de « gens » s'intéresser à la santé et au bien-être, proposer des projets ».
 - « L'ouverture de structures non adaptées au Sport Santé : aujourd'hui il n'y a pas de réglementation qui empêche de faire ça »
 - « Sur le terrain, j'ai l'impression qu'il y a plein d'initiatives, tout le monde veut se réclamer de ce Plan pour avoir des subventions ».
 - « Effet d'aubaine : tout le monde se met à faire du sport-santé », « Attrait de structures marchandes "charlatanisme", apparition des "coach santé" »...
 - « Le citoyen est perdu si tout le monde propose du sport santé bien-être : on dilue et on peut perdre en qualité ».
- Des niveaux de qualifications parfois disparates :
 - « Certaines associations ont des bons encadrants et d'autres moins ("c'est un peu léger") ».
- Une répartition par territoire inégale :
 - « Il aurait peut-être fallu définir des « quotas » d'associations éligibles qui proposent telle activité sur tel territoire ».

7.2 Evolutions et recadrages suggérés par les différents acteurs

L'évaluation est l'occasion de faire un retour d'expérience et identifier les éléments qui « s'ils devaient être refaits, seraient refaits différemment ». Les suggestions d'amélioration suivantes ont été formulées par les différents acteurs.

Gouvernance et pilotage : mobiliser des relais de proximité départementaux et territoriaux, dédier des temps/ressources spécifiques pour le Plan.

- Une collaboration active des représentants institutionnels ARS/DRDJSCS en coopération avec les acteurs de proximité (ex : coordonnateurs territoriaux de santé et autres relais du mouvement sportif) pour identifier des réseaux locaux sport-santé proposant des offres concrètes et participatives répondant aux réels besoins de la population des territoires et aux attentes exprimées par les représentants institutionnels des territoires.
- « Des personnes pilotes et ressources qui gèrent à temps complet le suivi du PRSSBE afin de coordonner, impulser des actions et faciliter les relations et les liens entre les acteurs du Plan ».
- « Améliorer les liens avec les collectivités territoriales pour faciliter la mise en place de structures Sport Santé identifiées/reconnues ».
- « Poursuivre sur les mêmes bases car 4 ans ne suffisent pas pour implanter un projet : Rester dans la simplicité des orientations et des actions pour le futur Plan »
- « Intégrer les professeurs d'activités physiques adaptées dans le Plan (Diplôme d'activité physique adaptées et Santé). Ils sont formés dans la région, mais ne bénéficient d'aucune reconnaissance et leurs

connaissances approfondies du secteur sportif, médical et du terrain ne sont pas exploitées au maximum ».

- « Associer davantage l'Education Nationale, l'Assurance Maladie et des Centres d'Examens de Santé qui pourraient être des maillons d'orientation très efficaces ».

Offre/Mise en réseau : Etre plus proactifs dans la création des réseaux (rencontres des acteurs locaux)

- Recenser les actions en Auvergne et les diffuser aux porteurs de projets. Des mises en réseau supplémentaires sont peut-être possibles.
- Favoriser les personnes titulaires de diplômes Activités Physiques Adaptées et Santé (APAS) : Masters, et Licences STAPS-APA(S).
- Plus de représentation des territoires en sollicitant des structures éloignées des réseaux.

Communication : sur le Plan (Faire connaître le Plan, les appels à projets, la formation... plus largement) et sur le Sport/Santé (valoriser les évènements).

- Communiquer et identifier tous les acteurs professionnels (sport/santé/bien-être) des territoires pour une participation de tous : « Le Plan doit être connu des associations qui travaillent avec le monde de l'hôpital, professionnels de santé, le monde sportif... ce qui n'est pas le cas actuellement ».
- « Il faudrait s'appuyer sur le Pole Ressource National (qui vient de se mettre en place), cela pourra apporter de la visibilité ».
- « Pour améliorer le PRSSBE, il faudrait une meilleure lisibilité de la relation DRDJSCS-ARS et des acteurs de terrain. Il faudrait une personne référente qui puisse apporter des conseils et des informations plus précises sur les possibilités et les potentialités du PRSSBE ».
- « Un développement et une place plus importante de la notion "d'activité physique" pour contrebalancer celle de "sport" qui domine et en particulier quant à ses représentations sociales très présentes comme la compétition, la performance, les résultats et l'accès à un public plus restreint ».
- « Plus de communication sur les différentes formations dans lesquelles les acteurs pourraient se former ».
- « Un contact avec les personnes qui animent les offres serait utile pour améliorer l'efficacité des activités proposées à ce public très difficile à fidéliser ».
- « Travailler à la communication du sport sur ordonnance ».

Echanges entre les acteurs, forums et rencontres de terrain

- « Un forum pour les soignants et autres encadrants, pour confronter nos expériences, notamment dans les activités de la vie journalière (potagers partagés en relation avec la nutrition et une activité physique adaptée à tous...) et autres projets originaux ».
- « Informer mairies et clubs via le CROS ».
- « Il faudrait que les acteurs se réunissent plus souvent ».
- « Faire participer les différents acteurs et communiquer davantage via différents moyens : mails, réunions... ».
- « Offrir aux acteurs de la santé et du sport un plus grand nombre d'échanges et de collaboration ».

Financements / Moyens : rendre possible le financement pluriannuel, soutenir dans la durée, permettre l'emploi de moniteurs formés

- Rendre possibles les appels à projets (et donc des financements) sur 3 ans « *L'assurance de financements pérennes d'actions Sport Santé Bien Etre au moins le temps du Plan, sans avoir à refaire le dossier de demande chaque année* ».
- « *Couvrir le coût de la pratique physique prescrite, par le biais des mutuelles et des assurances (=vecteur de création d'emplois = vecteur de lien social = vecteur de mieux être individuel = vecteur du bien vivre ensemble)* ».
- « *Permettre aux associations sportives de proposer une offre sport-santé quelle que soit leur Fédération d'appartenance* ».
- « *Donner plus de moyens aux Fédérations pour permettre aux clubs d'accueillir ces nouveaux publics avec des éducateurs certifiés* ».
- « *Plus de moyens pour mieux promouvoir le Sport Santé auprès des professionnels de santé sur tout le territoire* ».

Formations/Sensibilisation des professionnels de santé

- « *Former les professionnels de santé, les sensibiliser* ».
- « *Se rapprocher de l'université (UFRSTAPS) pour cibler un type de diplôme et formation et ainsi déployer moins d'argent sur la formation parallèle d'autres professionnels* ».

Divers

- « *Que l'activité physique, adaptée ou non, soit systématiquement prescrite par les médecins au lieu de l'isoler pour certaines pathologies* ».
- « *Faire reconnaître les bienfaits de l'activité physique, en remplacement ou en accompagnement de la médication, pour tout problème médical* ».
- « *Vigilance pour les dérives "commerciales" sur le sujet du sport santé au détriment du secteur associatif* ». « *Plus de surveillance de la part de la gouvernance notamment sur les structures qui s'autoproclament Sport Santé sans formation* ».
- « *Prévoir un axe spécifique pour le public « Enfants »* ».
- « *Etudier la possibilité de mettre en place d'une plateforme sport santé sur le département de la Haute-Loire, portée par une structure du milieu de la santé, travaillant en partenariat avec différentes fédérations sportives, le DAHLIR et ayant une expérience d'ateliers d'activités physiques adaptées* ».

8 Synthèse des constats, conclusion et recommandations pour l'élaboration du PRSSBE2

8.1 Synthèse des constats

8.1.1 Synthèse concernant la pertinence de la gouvernance et de la structuration du Plan

	Points forts / Atouts	Points de vigilance / Difficultés
Gouvernance / Pilotage	<p>L'ensemble du processus s'est appuyé sur le COPIL, l'équipe technique et les groupes d'experts, dans une structuration relativement simple et appréciée.</p> <p>L'ensemble des acteurs concernés par le Plan au niveau régional ont été associés.</p>	<p>L'animation territoriale (de proximité) constitue un des points faibles relevés par différents types d'acteurs interrogés. Il en a résulté un déséquilibre de couverture territoriale.</p> <p>La fusion des régions a engendré un « standby » de la dynamique de pilotage (voire de développement depuis 2015) du Plan, ressenti et regretté par les différents acteurs.</p>
Structuration du Plan en axes	<p>L'élaboration du Plan s'est basée sur l'existant (ressources et structures) et respecte les recommandations de l'instruction nationale.</p> <p>Les objectifs du Plan se sont globalement intégrés au Projet Régional de Santé dans ses différentes composantes.</p> <p>Les axes apportent une vision claire de l'organisation du Plan et permettent aux acteurs de s'inscrire facilement dans l'un des axes.</p> <p>Certaines actions ou dispositifs tels que le Site Internet et le DAHLIR ont été structurants et fédérateurs.</p>	<p>La structuration devait permettre d'orienter les actions vers des zones blanches, des déserts en offres d'activités physiques... Cet objectif n'est pas totalement atteint (voir chapitre suivant).</p> <p>Les conditions d'élaboration n'ont pas été totalement satisfaisantes pour le groupe technique qui a été relativement livré à lui-même et contraint par les délais courts et un manque de cadrage (dû au fait que le Plan National SSBE a été élaboré après les Plans Régionaux SSBE).</p>
Respect de l'instruction nationale	<p>La structuration et les objectifs du Plan ont été construits et définis en cohérence/respect avec les recommandations de l'instruction nationale de décembre 2012.</p>	
Constats globaux	<ul style="list-style-type: none"> ■ Le Plan a été construit et défini en cohérence/respect avec les recommandations de l'instruction nationale de décembre 2012 : population cible, co-pilotage ARS-DRDJSC, recours aux CLS, co-financement. ■ Les objectifs du Plan se sont globalement intégrés au Projet Régional de Santé dans ses différentes composantes et apparaissent relativement clairs aux acteurs. ■ L'élaboration du Plan s'est basée sur l'existant (ressources et structures). Les groupes d'experts reconnus, ont permis une ouverture vers les réseaux respectifs de chacun. ■ L'ensemble du processus s'est appuyé sur le COPIL, les groupes d'experts et le groupe technique dans une structuration relativement simple et appréciée. Mais l'animation territoriale (de proximité) constitue un des points faibles relevés par différents types d'acteurs interrogés, ce qui peut en partie 	

favoriser un déséquilibre de couverture géographique. Le manque de porteurs de projets, de relais et de partenaires locaux a également obéré la couverture de certains territoires.

- La structuration en 4 Axes dont 3 populationnels est globalement satisfaisante pour les acteurs interrogés et participe à la bonne visibilité, appréhension du Plan.

8.1.2 Synthèse en matière d'atteinte des objectifs / efficacité

	Points forts / Atouts	Points de vigilance / Difficultés
Amélioration de la coordination / Mise en réseau des acteurs	<p>Le Plan a favorisé la connaissance réciproque des acteurs et les collaborations. Il a permis de formaliser des réseaux informels.</p> <p>Les acteurs ont donné une note de 6 sur 10 à la création de réseaux. Le Plan permet l'identification de partenaires et le renforcement de liens entre les acteurs de la santé et du monde sportif.</p> <p>Le DAHLIR et les CLS sont reconnus comme piliers de l'organisation territoriale.</p>	<p>Des réticences (des « prés carrés ») peuvent subsister à la marge.</p> <p>Sur certains territoires, le réseau et la coordination n'a pu se faire notamment sur les filières d'amont et d'aval (entrée dans l'APA et après l'APA).</p>
Atteinte des objectifs : Augmentation du niveau d'APS	<p>Globalement, les acteurs estiment que le niveau d'APS des publics cibles a augmenté suite au Plan. Le Plan a bénéficié de la visibilité de la thématique au niveau national (« à la mode »).</p> <p>Note de 6 sur 10 attribué à l'augmentation du niveau d'APS grâce au Plan.</p>	<p>Résultat global difficilement observable par les acteurs de terrain (chacun ne voit que ses activités).</p> <p>L'attribuabilité de l'augmentation du niveau d'APS ressentie (grâce au Plan) reste difficile à objectiver.</p>
Amélioration de la visibilité de l'offre et des actions	<p>La visibilité de l'offre d'actions APS s'est clairement améliorée du fait de facteurs conjugués.</p> <p>Le site Internet a contribué à une plus grande visibilité via un recensement de l'offre.</p> <p>57,5% des répondants estiment que l'offre d'APS s'est améliorée sur la région du fait du Plan.</p>	<p>Pour certains acteurs, la visibilité reste limitée à certains dispositifs comme le DAHLIR.</p> <p>Le manque de visibilité persiste pour les publics précaires notamment, pour des acteurs (tels que les MG) et sur les modalités d'utilisation du site Internet.</p>
Amélioration de l'accessibilité territoriale	<p>Volonté affichée par le Plan de proposer des actions sur l'ensemble de la région.</p> <p>Les acteurs rapportent une amélioration de la couverture territoriale de l'offre du fait du Plan.</p> <p>Le travail avec la conférence des financeurs a permis de faire émerger des idées pour aller vers le public éloigné (Issoire, Thiers, Riom), vers les personnes âgées, les personnes en difficulté.</p> <p>Le maillage territorial se crée via des acteurs tels que les mairies, les CCAS, les coordinateurs de CLS...</p>	<p>On observe moins d'actions et de projets développés sur l'Allier et le Cantal.</p> <p>L'offre reste variable selon les territoires, souvent centrées sur les villes (zones rurales difficiles à atteindre); l'ensemble créant des inégalités territoriales d'accès.</p> <p>Il persiste des zones blanches du fait des problèmes de transport (le « aller-vers » peut être difficile).</p> <p>Le manque de relais médical (MG et pédiatres) pour l'orientation du public vers des offres existantes peut être un frein à l'accès (par manque d'information ?).</p>

	<p>Les actions régionales (EPGV...) permettent de proposer des mêmes offres sur l'ensemble des départements.</p> <p>Une note de 6,5 sur 10 à l'accessibilité territoriale est donnée par les répondants à l'enquête en ligne.</p>	
<p>Constats</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Globalement, le Plan a atteint son objectif organisationnel de mise en réseau des acteurs des mondes sportifs et de la Santé. Une dynamique est lancée, mais reste fragile et devra être poursuivie. Il s'agit d'une première étape. Le facteur temps est important dans le changement des pratiques. ■ Une augmentation du niveau d'APS est ressentie par les acteurs. Cette augmentation reste difficilement mesurable et d'attribuabilité partielle au Plan (d'autres facteurs explicatifs peuvent intervenir). ■ Le site Internet a été un vecteur important de la visibilité des offres et du recensement des offres de pratiques d'activités physiques adaptées. Le Plan a permis de mettre en place des actions de prévention ou des offres de pratiques sportives adaptées aux publics cibles qui n'auraient pas été possibles sans le Plan. Plus de 55% des répondants estiment que l'offre d'APS s'est améliorée sur la région du fait du Plan. ■ Il permet de proposer des actions de prévention primaire, secondaire et tertiaire destinées aux publics cibles. ■ Si l'accessibilité territoriale est un objectif clairement affiché, elle reste limitée aux ressources préexistantes, en place. Des relais locaux (tels que les mairies, les CCAS, les coordinateurs de CLS...) participent à la création du maillage territorial. Mais certains territoires ruraux, certains publics (précaires) restent difficiles à atteindre. D'autres relais très importants ont moins fonctionnés (relais médical (MG et pédiatres)) notamment pour l'orientation du public vers des offres existantes (par manque d'information ?). 	

8.1.3 Synthèse concernant le niveau « d'efficience » du Plan

	Points forts / Atouts	Points de vigilance / Difficultés
<p>Bilan des actions financées</p>	<p>Une enveloppe totale de 1 142°014 € provenant pour partie des crédits de la DRJSCS (CNDS hors AAP, CNDS AAP, et Budgets Opérationnels de Programme) et de l'ARS (FIR), a été mobilisée sur les 4 années (soit un budget moyen annuel de 285°500€).</p> <p>Le budget spécialement dédié à l'appel à projets (ARS / DRJSCS) représente 58% du budget total dédié au PRSSBE plus globalement.</p> <p>L'année 2015 a été marquée par une forte hausse des subventions par rapport à l'année précédente (+42%). Le budget régional a augmenté entre 2013-2014 et 2015 (+63%).</p> <p>Sur 2012-2015 : 143 dossiers déposés pour 81 associations ou porteurs différents.</p>	<p>En 2016, une régression de l'enveloppe annuelle par rapport à 2015 est notée.</p> <p>Des montants attribués par axe et par territoire (départements) très disparates mais dépendants du nombre et de la qualité des dossiers déposés.</p> <p>Les axes 2 et 3 ont eu respectivement 20% et 12% de l'enveloppe totale sur les 3 premières années.</p> <p>L'Allier a eu 10% de l'enveloppe sur la même période.</p> <p>La communication de l'appel à projets est variable selon les territoires : un problème de relais peut expliquer le faible nombre de dépôts de projets pour certains départements.</p>

	<p>Un taux d'acceptation de subvention de 59%.</p> <p>Choix d'orientation des financements vers des projets structurant.</p> <p>Les modalités d'attribution des fonds ne sont pas remises en cause par les porteurs de projets (« fonds alloués de manière juste). Des modalités de refus motivées (mais pas toujours communiquées aux intéressés).</p> <p>34% des projets financés concernaient l'ensemble de la région (visant l'égalité d'offre entre territoire).</p>	
<p>Points de vue des acteurs</p>	<p>Les porteurs de projets déclarent s'adapter en fonction des moyens fournis/attribués.</p> <p>53,5% des répondants concernés estiment que le PRSSBE leur a permis de mettre en place des actions de prévention ou d'offres de pratiques sportives adaptées aux publics cibles du Plan, qui n'auraient pas été possibles sans le plan (32,1% tout à fait, 21,4% plutôt d'accord).</p> <p>De bons échanges sont rapportés entre les acteurs /opérateurs et le groupe technique chargé du suivi du Plan : relation de confiance qui s'est établie.</p>	<p>Difficultés pour les porteurs de projets d'avoir une visibilité sur les actions à moyen/long terme à cause des financements non pérennes.</p> <p>Ces financements non pérennes peuvent décourager le portage de projets à moyen terme.</p> <p>Des dossiers d'appel à projets relativement complexes pour les structures, notamment celles provenant du secteur sportif, et les plus petites d'entre elles, qui n'ont pas de compétences techniques pour les remplir.</p> <p>Retour attendu des porteurs de projets sur les raisons de non-subvention.</p> <p>Des délais de réponse parfois jugés peu satisfaisants : grande région = risque que ce problème s'accroisse ?</p>
<p>Constats</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Une volonté de suivre au mieux aux objectifs du Plan dans l'attribution des fonds : pas de financements d'actions « borderline » ou de moindre qualité (analyse qualitative des offres). Les appels à projets annuels ont été structurants. La co-instruction des dossiers par la DRDJSCS et l'ARS a permis de formaliser les collaborations et de préciser les attentes communes, ainsi que d'instaurer un suivi de ces actions. ■ Objectif visé de garantir la pérennité d'actions phares qui fonctionnent : EPGV, DAHLIR... ■ Une répartition des financements dépendante des projets déposés. ■ Une tendance à une meilleure répartition entre les départements s'observe dans le temps. ■ Le relais d'information des AAP sur les différents territoires ont des conséquences sur les dépôts de dossiers et donc sur les montants attribués par territoire d'intervention (des inégalités sont repérées). ■ Le mode de financement annuel représente pour certains acteurs de terrain un frein à la pérennisation des actions (ou à l'emploi de personnel). ■ Nécessité de financer à la fois un grand nombre d'acteurs mais sans trop se disperser (pour éviter les petites sommes). ■ Un outil de suivi budgétaire à améliorer pour faciliter les analyses et permettre un suivi par année, structure, axe, et territoire d'intervention. ■ Un travail de qualité réalisé par le groupe technique en charge du suivi du Plan pour analyser les dossiers et documenter les raisons de refus ; mais les acteurs /porteurs des actions déplorent le manque de communication systématique sur les raisons de non-subvention de leur projet. 	

8.1.4 Synthèse concernant l'impact /effets indirects et suggestions d'amélioration des acteurs de terrain

	Points forts / Atouts	Points de vigilance / Difficultés
Impacts et effets non prévus	<ul style="list-style-type: none"> ■ Plan structurant pour un travail collaboratif entre la DRDJSCS et l'ARS. ■ Renforcement et diversification du DAHLIR ■ Renforcement de la crédibilité des acteurs ■ Des échanges informels de bonnes pratiques ■ Sortie de l'isolement de certains acteurs et création d'une culture commune favorisant un travail collaboratif. ■ Le soutien très fort de certaines municipalités sur des actions. ■ Acquisition d'expérience développée au fil des années. ■ Le site Internet est connu dans d'autres régions qui s'en inspirent. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Emergence d'offres privées devant susciter une vigilance. ■ Répartition par territoire inégale ■ Niveaux de qualifications des professionnels parfois disparates.
Suggestions d'amélioration	<ul style="list-style-type: none"> ■ Gouvernance et pilotage : mobiliser des relais de proximités départementaux et territoriaux, dédier des temps/ressources spécifiques pour le Plan. ■ Offre/Mise en réseau : Etre plus proactifs dans la création des réseaux (rencontres des acteurs locaux). ■ Communication : sur le Plan (Faire connaître le Plan, les appels à projets, la formation... plus largement) et sur le Sport/Santé (valoriser les évènements). ■ Echanges entre les acteurs, forums et rencontres de terrain ■ Financements / Moyens : rendre possible le financement pluriannuel, soutenir dans la durée, permettre l'emploi d'éducateurs sportifs formés. ■ Formations/Sensibilisation des professionnels de santé 	

8.2 Principaux freins et leviers d'actions possibles (bilan des faiblesses et forces)

8.2.1 Les principaux freins identifiés et points de vigilance

L'analyse transversale de l'ensemble des éléments recueillis dans le cadre de cette mission d'évaluation permet d'identifier différents points de vigilance ou freins qui devront être pris en compte dans l'élaboration du futur Plan. Ces freins relèvent de différents niveaux :

Difficultés rencontrées par l'équipe technique en charge de suivi du Plan :

- Le manque de ressources humaines pour développer et accompagner les projets, le montage de projets et mener leur évaluation ;
- Des ressources financières limitées pour développer et pérenniser les actions (et des incertitudes sur la dernière année);
- Des difficultés dans l'animation tant au niveau régional (il a manqué de retour vers les acteurs (certains n'ont été sollicité qu'une seule fois)) qu'au niveau territorial (du terrain) via les DTARS et DDCS/PP. L'animation nécessite du temps, des outils (d'information, de communication) pour créer et garder un

contact avec les acteurs de terrain (voire permettre la communication et les échanges entre acteurs de terrain).

- Des difficultés liées au contexte local et territorial très disparates (zone très urbanisée, zone rurale, contexte social...).
- Le manque de représentants des usagers dans les groupes d'experts ou de pilotage (Aurait-il fallu en intégrer davantage ?).
- Le manque d'implication de certains acteurs : centres de soins, professionnels du secteur médical et paramédical, CCAS.
- Le développement de l'offre « privée » : Porter une vigilance particulière au « privé » qui arrive comme offreur de prestations.

Difficultés au niveau des acteurs de terrain :

- Le manque de coordination entre les différents acteurs pouvant nuire à l'efficacité des actions. Une coordination territoriale sous la forme d'un réseau est nécessaire (modèle structurant/modèle du DAHLIR).
- Le manque de visibilité des formations existantes et manque d'information sur les diplômes requis permettant l'encadrement des APS pour des personnes à besoins particuliers.
- Le manque d'implication de l'Assurance Maladie et des Centres d'Examens de Santé qui pourraient être des maillons d'orientation très efficaces.
- Le manque de caution médicale (relais médical) pour accompagner les projets : Le manque de caution médicale peut entraîner des difficultés à développer l'activité physique dans le cadre ordinaire pour garder une bonne santé. Il manque parfois un relais qui oriente les publics vers les structures Sport-Santé (exemple : EPGV). Les médecins/pédiatres ne jouent pas ce rôle d'orientation (par méconnaissance ?).
- Les difficultés à repérer les personnes éloignées de toutes pratiques d'APS.
- Le manque de motivation des populations qui reste un frein très important : Les personnes qui ne font pas d'activité physique sont difficiles à mobiliser. Le frein de la participation financière, même symbolique, est également présent.
- Des contraintes matérielles peuvent parfois limiter le développement d'offres (exemple de la difficulté de trouver des locaux dans les zones rurales, les mairies n'étant pas toujours contributives).
- Le tissu associatif (fortement impliqué pour certaines associations), reste fragile du fait de sa constitution basée sur des bénévoles.
- Les difficultés pour certaines associations dans la réponse à l'appel à projets (temps, rédaction...).

8.2.2 Les principaux leviers

En matière de gouvernance :

- Une bonne collaboration entre les ARS et les DRJSCS et une répartition claire des rôles et des missions de chacun des acteurs.
- La mise en réseau Sport-Santé qui se développe et doit être préservée.
- Les acteurs et surtout des dispositifs de proximité tels que les CLS.
- Un comité de pilotage régional dédié composé d'acteurs mobilisés sur la thématique. Celui-ci est plus efficace s'il s'accompagne de la création d'un comité technique restreint qui permet d'assurer un suivi régulier des actions du Plan.

En matière d'outils, supports de développement (points d'appui) :

- Le DAHLIR et les CLS comme piliers incontournables pour le déploiement des réseaux locaux, de l'organisation territoriale.
- L'implication des délégations territoriales, des échelons de proximité : les niveaux départementaux de l'ARS et de la DRJSCS.
- La communication « descendante » pour informer les acteurs de terrain du cadre et de l'existant. Le site Internet sport-santé-auvergne pourrait être l'outil.
- La communication vers les professionnels médicaux et paramédicaux semble indispensable (pour qu'ils connaissent les possibilités et puissent jouer un rôle d'orientation).
- La structuration de filières d'aval (orientation vers le milieu ordinaire « identifié » après l'APA).
- Une implication forte du mouvement sportif au travers des ligues et comités régionaux des fédérations sportives dans la mise en œuvre des actions.
- Les outils (connectés mesurant l'activité physique) (levier complémentaire pour la motivation).

Des éléments structurels :

- La recommandation d'APS par les professionnels de santé : sport sur ordonnance et autre.
- L'adaptabilité et la souplesse du cadre/Plan régional (le Plan a été évolutif : la composition des groupes d'experts a pu être adaptée en fonction des besoins).
- Le financement avec la possibilité d'un conventionnement pluriannuel.
- La mise en place de collaborations/coopération avec les réseaux de santé des maladies métaboliques et les réseaux de prévention.
- S'appuyer sur les coordinateurs locaux (des CLS) pour la mise en réseau des acteurs et professionnels locaux et pour l'orientation des choix de collaboration...
- Une meilleure rémunération pour inciter les jeunes à s'investir, se former dans le sport adapté.

La motivation et l'implication des acteurs à soutenir :

- Des partenaires institutionnels impliqués et souhaitant développer une dynamique locale sport-santé (service des sports, de prévention...).
- Mise en place d'un comité de pilotage au niveau régional et territorial coordonné par une structure identifiée, rassemblant les acteurs impliqués.
- Un mouvement sportif impliqué dans le Sport Santé et dans le développement territorial d'une offre diversifiée d'activités physiques accessibles à tous.
- Des professionnels de santé sensibilisés et impliqués dans le Sport Santé.
- Une bonne sensibilisation, motivation et un bon suivi de l'utilisateur.

Divers autres leviers :

- La participation financière (a minima) du patient.
- Le soutien des messages publics nationaux (« Ça marche d'autant mieux qu'à l'extérieur (et au niveau national) qu'on entend que le sport est bon pour la santé »).
- La composition mixte des participants aux séances d'activité physique (« Mixer les malades/patients et leurs aidants dans les ateliers »).

8.3 Conclusion générale

L'évaluation du PRSSBE 2013-2016 Auvergne, réalisée par CEMKA-EVAL entre Juin et Décembre 2016, permet d'apporter les réponses aux questions évaluatives initialement posées.

Le Plan a permis de créer les conditions d'une collaboration renforcée et soutenue entre les mondes de la santé et du Sport/Activité Physique, pour proposer une offre de sport/santé/bien-être. On observe une acculturation progressive /sensibilisation à la thématique par l'ensemble des acteurs concernés. Globalement, le Plan a atteint son objectif organisationnel de mise en réseau des acteurs des mondes sportifs et de la Santé. Une dynamique est lancée, mais reste fragile et devra être poursuivie/préservée.

Le Plan a été construit et défini en cohérence/respect avec les recommandations de l'instruction nationale de décembre 2012 : population cible, co-pilotage ARS-DRDJSC, recours aux CLS, co-financement. Les objectifs du Plan se sont globalement intégrés au Projet Régional de Santé dans ses différentes composantes et apparaissent relativement clairs aux acteurs. L'élaboration du Plan s'est basée sur l'existant (ressources et structures). L'ensemble du processus de gouvernance s'est appuyé sur un comité de pilotage, un groupe technique en charge de suivi du Plan et des groupes d'experts, dans une structuration relativement simple et appréciée. Mais l'animation tant régionale que territoriale (de proximité) a constitué un des points faibles relevés par différents types d'acteurs interrogés. Il en a résulté un déséquilibre de couverture territoriale de l'offre d'APA. L'animation régionale a été freinée depuis plus d'un an par la fusion des régions (qui a mis le Plan en « stand-by ») La structuration en 4 Axes dont 3 populationnels est globalement satisfaisante pour les acteurs interrogés et apporte à la clarté générale du Plan.

Une augmentation du niveau d'activité physique est ressentie par les acteurs. Cette augmentation reste difficilement mesurable et d'attribuabilité partielle (d'autres facteurs peuvent expliquer l'augmentation d'activité). Des actions « phares » telles que le site Internet Sport Santé Auvergne ou le DAHLIR ont apporté une grande visibilité et une satisfaction en termes de couverture territoriale et de proximité. Le Plan a permis de mettre en place des actions de prévention (primaire, secondaire, et tertiaire) ou des offres de pratiques sportives adaptées aux publics cibles qui n'auraient pas été possibles sans le Plan. Plus de 55% des répondants estiment que l'offre d'activité physique s'est améliorée sur la région du fait du Plan. Si l'accessibilité territoriale était un objectif clairement affiché, elle reste limitée aux ressources préexistantes. Des relais locaux (tels que les mairies, les coordinateurs santé des CLS...) participent à la création du maillage territorial. Mais certains territoires ruraux, certains publics (précaires) restent difficiles à atteindre. D'autres relais très importants ont moins fonctionnés (relais médical (MG et pédiatres)) notamment pour l'orientation du public vers des offres existantes (par manque d'information ?).

Un fonds de plus de 1,1 millions d'euros a été dédié au Plan (correspondant à 0,21€/habitant/an) dont 58% spécifiquement aux actions de l'appel à projets. Au total, plus de 80 associations ou porteurs ont été subventionnés, avec un taux d'acceptation de près de 60%. Les appels à projets annuels ont été « formateurs » tant pour les porteurs d'actions que pour les pilotes/équipe technique. La qualité des actions financées a été recherchée grâce à une co-instruction, avec co-financement pour les projets les plus structurants au niveau régional ou sur un département. La co-instruction des dossiers par la DRDJSCS et l'ARS a permis de formaliser les collaborations et de préciser les attentes communes, ainsi que d'instaurer un suivi de ces actions. La répartition des budgets reste cependant inégale entre les axes et les territoires car elle est dépendante des offres et projets déposés. Une tendance à une répartition plus équitable entre les départements s'observe dans

le temps. Les relais d'information des appels à projets diffèrent selon les territoires et ont des conséquences sur les dépôts de dossiers et donc sur les montants attribués par territoire d'intervention. Le mode de financement annuel représente pour certaines associations, un frein à la pérennisation des actions. L'équipe technique est confrontée à la nécessité de financer à la fois un grand nombre d'acteurs sans dispersion.

Les principaux leviers à actionner/prendre en compte pour le bon fonctionnement du futur Plan sont :

- L'adaptabilité et la souplesse du cadre/Plan régional (permettre au Plan d'être évolutif)
- Les relais locaux (DTARS et DDCS/PP) pour l'organisation et l'animation territoriale.
- Le DAHLIR, et les CLS comme outils et supports de déploiement de réseaux locaux.
- Le Site Internet et une communication claire, descendante (pour certains aspects) et transversale.
- L'implication forte du mouvement sportif au travers des ligues et comités régionaux des fédérations sportives dans la mise en œuvre des actions, à soutenir.
- La recommandation d'APS par les professionnels de santé : sport sur ordonnance et autre.
- Le financement avec la possibilité d'un financement pluriannuel (via convention).
- Les outils (podomètres...), plus ou moins connectés de mesure de l'activité physique (levier de motivation).

Concernant l'articulation avec le Plan Rhône-Alpes, les calendriers décalés permettront a priori de prendre le temps de la construction (le Plan Rhône-Alpin se terminant fin 2017). En Rhône-Alpes, le Plan s'est semblé-t-il appuyé sur les micro-réseaux sport-santé existants qui ont donné naissance aux plateformes / passerelles et moins (voire pas du tout) sur les CLS. Le Plan commun devra permettre de prendre en compte les spécificités et les atouts de chaque ex-région, dans un cadre commun.

8.4 Préconisations en termes d'outils de suivis et de qualité des actions et pour l'élaboration du PRSSBE-2

8.4.1 Préconisations formulées par CEMKA-EVAL

Les constats et jugements évaluatifs portés par grande question évaluative et les faiblesses identifiées sous-tendent des préconisations formulées à l'adresse des porteurs institutionnels et pilotes du Plan. Elles prennent en compte autant que possible la vision « grande région » et mettent en lumière les atouts du Plan de l'(ex)région Auvergne à conserver comme autant de facteurs favorables au prochain Plan.

Préconisation1 : **Maintenir une structuration «simple» en gardant l'approche populationnelle, pour assurer la bonne visibilité du Plan**

- 1) S'assurer du maintien de la proximité, dans le cadre de la grande région.
- 2) Maintenir la structuration par axes populationnels :
 - a. L'axe 1 peut, peut-être, être sorti du terme Axe et constituer le cadre de structure.
 - b. Séparer, ou identifier clairement un axe dédié aux enfants et adolescents : des actions ont été menées dans ce premier Plan. Un bilan quantitatif et qualitatif (via enquête) permettrait d'identifier les besoins des acteurs vis à vis de cet axe.
- 3) Exploiter et s'appuyer sur les nombreux atouts de la région pour améliorer la visibilité, et le rayonnement du réseau d'ores et déjà constitué : l'Observatoire National de l'Activité Physique et de la

Sédentarité (ONAPS), le Pôle Ressource National, l'environnement propice à l'activité physique de plein air, l'activité de thermalisme...

- 4) Travailler à partir des leviers et acquis des deux régions pour les capitaliser ; l'expérience permettant d'éviter les écueils rencontrés dans les Plans de chaque région.
- 5) Evaluer : notamment en ciblant quelques actions attendues (pour les évaluer) et définissant des fiches-actions plus « directives ».
- 6) Etudier la possibilité de pérenniser des actions reconnues efficaces en proposant des financements sur plusieurs années. Proposer des contractualisations pluriannuelles (qui permettent par ailleurs le recrutement de personnel).

Préconisation2 : Développer et soutenir l'animation territoriale par les DTARS et DDCS/PP

- 1) Que le niveau régional s'appuie davantage sur les référents / interlocuteurs aux niveaux des DTARS et des DDCS/PP, avec une collaboration « transversale » entre les DDCS/PP et DTARS renforcée.
- 2) Proposer à partir du cadrage régional, des feuilles de route simples aux responsables des échelons départementaux/territoriaux, qui devront être clairement identifiés. Mais laisser de la souplesse aux organisations départementales.
- 3) Permettre des temps d'échange réguliers entre les acteurs d'un même territoire, pour renforcer les synergies, que chacun puisse présenter son activité (les focus groups ont ainsi été très appréciés et ont permis à certains acteurs de se rencontrer (pour la première fois)). Les rencontres territoriales (de proximité) peuvent permettre de mutualiser et d'échanger l'information ainsi que les expériences positives des différents acteurs et favoriser les partenariats pluridisciplinaires.
- 4) Permettre à chaque département, via un référent (DTARS ou DDCS/PP) de faire remonter les difficultés observées.
- 5) Apporter un soutien technique pour permettre aux acteurs (souvent bénévoles) de monter en compétence en matière de réponses à des dossiers d'appels à projet ?

Préconisation3 : Renforcer/systématiser la communication à différents niveaux

- 1) Une des premières recommandations est de réaliser un **feed-back des résultats de l'évaluation** à l'ensemble des acteurs ayant participé à l'évaluation (interrogés). Pour cela, la synthèse pourra leur être transmise ou tout au moins mise en ligne sur le site de l'ARS/DRDJSCS/Sport-santé-auvergne.
- 2) Faire des **retours d'informations réguliers sur le Plan** (avancée, calendrier...) **aux acteurs impliqués** :
 - a) Types d'actions financées...
 - b) Retours d'expériences, d'actions positives (pour bénéficier d'idées, d'accompagnement, d'échange pour structurer un projet).
 - c) Pour permettre une bonne connaissance de toutes les actions faites sur un territoire.
 - d) Communiquer les éléments de calendrier pour assurer la continuité des dossiers...
 - e) Communiquer sur les interlocuteurs territoriaux du Plan.
- 3) Des outils d'information, de communication pour les acteurs de terrain sont à proposer (et attendus) : flyers, affiches, clips vidéos... Les opérateurs ont besoin de supports pédagogiques pour aider à la

passation des messages aux publics cibles et favoriser l'accès aux offres sport santé pour le plus grand nombre.

- 4) Inciter/valoriser les carrières APAS : Faire connaître les formations et parcours professionnels dans ce secteur d'activités particulier.
- 5) S'appuyer sur le Pôle Ressources National Sport Santé Bien Etre (PRNSSBE) et sur le site Internet sport-sante-auvergne : à faire davantage connaître à tous les cabinets médicaux notamment (via une campagne de communication renforcée et rappels).

Préconisation4 : Renforcer les « portes d'entrées », le rôle de relais, d'orientation

- 1) Permettre une implication plus forte des professionnels de santé dans le rôle d'orientation : professionnels médicaux et paramédicaux peuvent être des relais d'orientations efficaces tant pour la prévention secondaire et tertiaire mais surtout pour la prévention primaire. Une information renforcée à leur égard est nécessaire. L'officialisation du sport sur ordonnance (attendue par les acteurs) participera à l'implication des professionnels de santé.
- 2) Impliquer peut être davantage l'Education Nationale pour toucher et orienter les jeunes.
- 3) Impliquer les CPAM et autres caisses d'Assurance Maladies.

NB : Publié le 31 décembre 2016 au Journal officiel, le décret relatif à la prescription d'activité physique adaptée par un médecin¹ ne fait référence à aucune prise en charge financière des séances, au risque de contribuer à creuser des inégalités sociales de santé. Dans les faits, à partir du 1^{er} mars 2017, les médecins généralistes pourront donc prescrire de l'activité physique adaptée (APA) à potentiellement 10 millions de patients souffrant d'une affection de longue durée (ALD). Le décret a précisé la liste des intervenants susceptibles d'encadrer les séances. En l'occurrence, les masseurs-kinésithérapeutes, les ergothérapeutes, les psychomotriciens ainsi que différents acteurs du monde sportif titulaires d'un diplôme universitaire (Master 1 ou 2) orienté APAS (« Activité Physique Adaptée et Santé »), d'un brevet d'Etat (BE) ou d'un brevet professionnel de la jeunesse, de l'éducation populaire et du sport (BPJEPS). Mais le modèle économique n'est pas défini, chacun va donc financer ses actions, séances, interventions.

Préconisation5 : Développer des partenariats spécifiques sur les territoires

- 1) Favoriser les conditions de la pratique d'AP, par exemple par l'intégration des installations sportives dans les plans d'urbanisme, par le développement de partenariats institutionnels avec les villes,
- 2) Poursuivre les financements de transports des personnes (ou des éducateurs) pour favoriser la couverture territoriale.

8.4.2 Propositions en matière d'outils

Des outils de gestion et suivi doivent être mis en place mais sans alourdir le fonctionnement du Plan. Il peut être envisagé les outils suivants :

¹ Décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016 relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée

- Un tableaux de bord de suivi du PRSSBE et des actions mises en œuvre, éventuellement avec une entrée financière. Il conviendrait de revoir/compléter le tableau Excel actuellement utilisé pour en permettre une meilleur exploitation.
- Des fiches projets détaillées pour les actions de références.
- Des feuilles de route sur les modalités d'organisation de l'animation régionale et territoriale : procédures simples, feuille de routes des référents territoriaux avec les postures à adopter, les réunions de concertation ou rencontres à mettre en œuvre, les liens à développer avec les acteurs locaux, les coordinateurs de CLS...
- Ouvrir le site Internet au Rhône Alpes et proposer des entrées par public (enfants/adolescents, adultes, seniors...).
- Des indicateurs intermédiaires sont également à définir. Ils dépendront des nouveaux objectifs et modalités d'organisation du futur Plan. Quelques exemples sont proposés :
 - Budget du Plan par habitant (éventuellement par département).
 - Répartition du budget par territoire et par axe.
 - Nombre de personnes « atteintes », globalement par le Plan, par axe populationnel et par territoire (notion de « personnes atteintes » à définir selon les actions proposées).
 - Taux d'actions soutenues par le PRSSBE proposant des séances d'APA encadrées (par territoire).
 - Nombre de réunions de concertation territoriales réalisées par territoire.
 - Nombre de formations et de professionnels formés.
 - Taux d'hôpitaux, d'EHPAD, participant à des actions du Plan, par territoire.
 - Suivi (à long terme) des indicateurs épidémiologiques de la région (Nombre d'ALD, taux de mortalité chez les moins de 65 ans...).
- Ces indicateurs pourront être établis à partir de renseignements/données remontés, idéalement via un/le site internet (le site de l'Auvergne), par les porteurs de projets, tous les ans (ou plus régulièrement).



9 Annexes

9.1 Annexe 1 : Liste des personnes interrogées

Nom	Association / Structure
CASTET Laurence DUPECHOT Marguerite GIRONNET Isabelle	DRDJSCS Rhône Alpes-Auvergne
COUDERT Bertrand	ARS Auvergne-Rhône Alpes
MAUBERT Cécile	GE Sports 63 – CROS
CROISY Patrick VASSEUR Michel LEYCURAS Yves	CROS
CLAVIERE Michelle	CROMS
ESTEVENY Marc	Rectorat
VILLAUME Arnaud	CARSAT
MOTTE Catherine	Mutualité française
RANCE Mélanie	CREPS Vichy
CORVAISIER Eric LAGNEAU Véronique	DDCSPP 15
SANSANO Daniel	DDCSPP 43
BARUCH Pierre-Emmanuel	DAHLIR
HECKMANN Marie	COREG EPGV
GOLFETTO Nicolas	CD EPGV 43
SOZEAU Catherine	Ligue contre le cancer 63
CIVET Eric	AMY FORM
MIOLANNE Magali	CALORIS
LEONE Marie-Françoise	AFD 63
BRUCHET Cécile	Réseau diabète obésité
TESSONNIERE Maurice	AFRET
TOUBANY BARDET Mylène	UNSS
DORE Eric	UFR STAPS
FERRIER Maurice	CMS Montluçon
GENET Cyrille	Ligue Auvergne d’Aviron et Club d’Aviron 63
MARTRES Alain	Ligue Auvergne d’Athlétisme
FONT Manuel PIGANIOL Jérôme	CH Aurillac
PENANDO Stéphane	CHU Clermont Ferrand
DUMAS Pascale	CH Mauriac
BRETEL Fabrice	CH de Thiers
VICHY Catherine	CLIC de l’agglomération clermontoise
BASTARD Jean-Pierre	Association Etre et Savoir

9.2 Annexe 2 : Grille d’entretien

9.3 Annexe 3 : Comptes rendus des 2 Focus Groups

9.4 Annexe 4 : Questionnaire

9.5 Annexe 5 : Listings statistiques de l'enquête en ligne

9.6 Annexe 6 : Focus des résultats par Axe