

La Promotion de la Santé par le Sport et la Médiation en Santé

UNIVERSITÉ
SORBONNE
PARIS NORD



Halima Mimoun

Mémoire DU en Médiation en Santé

UNIVERSITÉ LA SORBONNE PARIS13 ANNÉE SCOLAIRE 2025

Sommaire

REMERCIEMENTS	2
INTRODUCTION	3
1. Les politiques publiques de promotion de l'activité physique : ambitions et limites dans les quartiers prioritaires	5
1.1. Sédentarité, maladies chroniques et inégalités : un enjeu de santé publique à l'échelle nationale et internationale.....	5
1.2. Les inégalités sociales de santé dans les QPV et leurs effets	6
1.2.1. Les maladies chroniques dans les QPV.....	7
1.2.2. Les inégalités dans les DOM et territoires d'Outre-mer	7
1.2.3. Facteurs socio-économiques aggravants	8
1.2.4. L'impact des inégalités sociales sur la santé mentale	8
1.2.5. Conclusion	8
1.3. Des politiques parfois déconnectées des réalités territoriales	8
1.3.1 Les limites des approches standardisées	8
1.3.2 Des initiatives ciblées mais encore insuffisantes	8
1.3.3. Des expériences de terrain riches d'enseignements.....	9
1.4 Adapter les politiques à la réalité des territoires : construire ensemble des réponses durables	10
2. La médiation en santé par le sport : un levier d'accès, de confiance et d'appropriation.....	10
2.1 Principes, rôles et acteurs de la médiation en santé	10
2.2. Le sport comme outil de médiation : santé physique, santé mentale et empowerment	12
2.3. Les conditions de réussite d'une médiation par le sport dans les QPV	15
2.3.1. Une démarche participative et centrée sur les besoins des publics	15
2.3.2 La formation et la reconnaissance des médiateurs.....	16
2.3.3. La coopération entre acteurs : une approche intersectorielle.....	16
2.4. Un ancrage territorial fort	16
2.5. Des moyens durables et une évaluation rigoureuse.....	16
3. De la théorie à la pratique : articuler sport et médiation pour une promotion de la santé efficace	17
3.1. Des infrastructures au service de la santé : bilan post JO 2024 et enjeux territoriaux.....	17
3.2. La Maison Sport-Santé du 20 ^e : ancrer le sport-santé dans un quartier populaire	18
3.3. Adapter l'intervention aux réalités sociales : rôle central de la médiation en santé.....	19
3.4 Quand l'aménagement urbain devient un levier de prévention : vers une ville active	19
Conclusion	20

REMERCIEMENTS

*Je tiens à remercier ma collectivité (Ville **de Paris**) et ma direction (**DSP**) qui a créé le poste de médiateur(trice) en santé et qui m'aura donné l'opportunité de pouvoir bénéficier d'une formation diplômante et de retrouver les bancs de la fac.*

*Je remercie **Vincent Schlegel** pour tout son soutien et son suivi rigoureux*

Je n'oublie pas Claire Houpline

*Je remercie toute l'équipe pédagogique de Paris13 La Sorbonne sans oublier **Meriem***

*Je remercie mes enfants : **Ossiane, Ramsès et Jamyl** pour leur soutien ainsi que ma belle-fille **Claire***

*Je remercie **Clément Kaloksay** stagiaire à la **MSS Curial** et étudiant à **Paris Saclay en STAPS***

*Je remercie toute mon équipe de la sous-direction de **la Promotion de La Santé** de la Ville de Paris (**Direction de le Santé Publique**)*

*Je remercie **Mme Tokolo Marie-Hélène**, de l'association Marie-Madeleine, pour le stage qui m'a beaucoup enrichi humainement et grâce à qui, j'ai rencontré de belles personnes*

*Tous mes remerciements à **Cédric Suat** de la « **Place Santé** » et toute son équipe : Anne, Fouzia, Zahia, Asta, Fabienne, Haffa, Danielle, Adrienne et **CENDRILLON**, grâce à qui j'ai découvert l'histoire évolutive d'une coopérative créée en 1992. Je n'oublie pas les médecins et l'infirmière*

Je remercie tous mes camarades de classe, sans qui, je me serais peut-être ennuyée et grâce à qui, mon réseau sera alimenté et évoluer. Vous allez me manquer

Je remercie aussi toute l'équipe de la Maison Sport Santé Curial Paris 19è

Et Amélia pour cette balade à vélo jusqu'à l'association Marie-Madeleine à Versailles

Et je n'oublierai pas mon ancienne collègue Estelle, avec qui j'ai travaillé au centre de santé Tisserand puis George Eastman (Ville de Paris) et qui m'a encouragée à présenter ma candidature pour le poste de médiatrice en santé

Un grand merci au Professeur Bouchaud pour nous avoir accordé un délai supplémentaire pour finaliser le mémoire

INTRODUCTION

Dans les quartiers urbains défavorisés, notamment ceux classés parmi les quartiers prioritaires de la politique de la ville (**QPV**) et également dans les territoires ultramarins, les inégalités sociales de santé demeurent alarmantes. Précarité, sédentarité, isolement social et méfiance envers les institutions de santé y forment un terreau propice à une rupture avec les dispositifs de prévention et de soins. Ces inégalités interrogent directement les principes de **promotion de la santé**, qui vise à donner aux populations les moyens d'améliorer leur santé et de maîtriser les déterminants qui l'influencent.

Selon l'étude du Baromètre de **Santé publique France** (2021), **73%** des hommes et **59%** des femmes atteignaient les recommandations d'activité physique de l'OMS. Par ailleurs, **les maladies non transmissibles (MNT)** comme **les maladies cardiovasculaires, le diabète de type 2 ou certains cancers** représentent plus de **87%** des décès en France selon l'**OMS (2022)**, et affectent de manière disproportionnée les plus vulnérables. La sédentarité est étroitement liée à des conditions de vie précaires telles que le mal-logement, des environnements de travail peu favorables à l'activité physique, ou à l'environnement urbain

À cela s'ajoute une détérioration croissante de la santé mentale. Les habitants des QPV sont davantage exposés au stress chronique, aux troubles anxieux ou dépressifs, et aux barrières d'accès aux soins psychologiques. Or, l'activité physique régulière est aujourd'hui reconnue pour ses effets bénéfiques non seulement sur la santé physique, mais aussi sur la santé mentale : réduction du stress, amélioration du sommeil, restauration de l'estime de soi.

Face à ces constats, les grandes politiques publiques de santé à l'échelle nationale comme le **PNNS** (Programme National Nutrition Santé) ou la **SNSS** (Stratégie Nationale Sport Santé) ou à l'échelle internationale avec les recommandations de l'**OMS** ou l'initiative des **Villes-Santé** peinent parfois à atteindre leurs cibles dans ces territoires. Ces messages de santé publique peuvent sembler abstraites, inaccessibles, voire déconnectées du vécu des habitants.

Dans ce contexte, le sport, lorsqu'il est mobilisé dans une logique de médiation en santé, devient bien plus qu'une simple activité physique : il peut être un levier d'écoute, de confiance, d'éducation et d'**empowerment**. C'est dans cette approche que des initiatives locales voient le jour, cherchant à créer des liens entre les institutions et les habitants.

Ainsi, face à l'écart entre les grandes orientations nationales et les réalités locales dans les **QPV** (quartiers prioritaires de la politique de la ville), il devient essentiel d'interroger les leviers capables de rendre ces politiques accessibles, concrètes et adaptées aux besoins réels des habitants. La médiation en santé par le sport, en tant que démarche de proximité, pourrait incarner cette interface.

Dès lors, une question centrale se pose :

Comment la médiation en santé par le sport peut-elle devenir un outil concret pour donner du sens et de l'impact aux politiques de santé publique, qu'elles soient nationales ou internationales, dans les quartiers urbains défavorisés ?

Pour répondre à cette problématique, nous analyserons d'abord les politiques de santé publique en lien avec la promotion de l'activité physique, ainsi que les enjeux spécifiques que pose leur application dans les **QPV** (quartiers prioritaires de la politique de la ville). Nous explorerons ensuite le rôle central de la médiation en santé par le sport comme interface entre institutions et publics éloignés. Enfin, nous illustrerons ces réflexions par l'étude de plusieurs projets concrets portés par la Ville de Paris, en lien notamment avec la Direction des Affaires Scolaires (**DASCO**), la (**DJS**) Direction de la Jeunesse et des Sports et la Direction de la Santé Publique(**DSP**) : *Bouger Malin*, *Marchons à Paris*, *Escrime-toi* (femmes victimes de violences), ainsi que *l'Activité Physique Adaptée* en pédopsychiatrie à l'hôpital Robert Debré et *le sevrage tabagique* à la **MSS** Curial du 19^e arrondissement de Paris.

1. Les politiques publiques de promotion de l'activité physique : ambitions et limites dans les quartiers prioritaires

1.1. Sédentarité, maladies chroniques et inégalités : un enjeu de santé publique à l'échelle nationale et internationale

En France, comme dans de nombreux pays développés, les **maladies non transmissibles (MNT)** constituent aujourd'hui la **principale cause de mortalité**. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2022), elles sont responsables d'environ **87 % des décès** sur notre territoire, ce qui signifie que près de 9 décès sur 10 sont dus à une **MNT**, et que les causes de ces décès ne sont plus majoritairement liées à des infections mais à des pathologies chroniques et prévisibles, qui seraient évitables grâce à une meilleure prévention. Ces pathologies telles que les **maladies cardiovasculaires** (infarctus du myocarde ou les accidents vasculaires cérébraux), certains **cancers** (*cancer du côlon ou cancer du sein*), le **diabète de type 2** ou les **maladies respiratoires chroniques** (*BPCO*) ou appelées aussi emphysème ou bronchite chronique, sont fortement associées à des **facteurs comportementaux modifiables**, tels que la sédentarité, l'alimentation déséquilibrée, le tabagisme ou encore le stress et la consommation excessive d'alcool.

À ces facteurs comportementaux s'ajoutent des éléments **environnementaux**, tels que la **pollution atmosphérique**, le manque d'espaces verts et l'insécurité dans certains quartiers, qui limitent les possibilités de pratiquer une activité physique régulière, aggravant ainsi les inégalités de sociales de santé.

D'après **Santé publique France** (*Rapport sur l'état de santé de la population 2023*), viennent s'ajouter à ces pathologies chroniques, les maladies ou troubles psychiques qui sont de plus en plus fréquents comme l'anxiété, la dépression, le stress chronique mais aussi troubles du comportement ou troubles du spectre autistique qui affectent un nombre croissant de la population, en particulier les jeunes et les publics fragilisés par des conditions sociales ou économiques difficiles.

Pourtant, malgré un engagement croissant des pouvoirs publics en faveur de l'activité physique, les écarts se creusent encore entre les intentions nationales et les réalités vécues sur le terrain. Dans de nombreux quartiers populaires comme dans les territoires d'Outre-mer, les actions peinent à trouver leur public, faute de clarté, de coordination ou d'adaptation aux besoins locaux. Le manque de ressources, la complexité des démarches, ou encore le manque de relais de confiance limitent l'accès effectifs à ces initiatives.

C'est dans cette tension entre des politiques globales ambitieuses et des contextes locaux souvent contraignants, que s'inscrit la réflexion de ce mémoire.

Les enjeux liés à la sédentarité et à l'inactivité physique sont devenus des priorités majeures de santé publique à l'échelle mondiale et selon l'**Organisation mondiale de la santé (OMS, 2022)**, plus de **80 %** des adolescents dans le monde n'atteignent pas les niveaux recommandés d'activité physique, et toujours selon l'**OMS**, l'inactivité physique constitue le **quatrième facteur de risque de mortalité globale**.

En France, le constat est tout aussi préoccupant : d'après l'**Observatoire national de l'activité physique et de la sédentarité (ONAPS, 2023)**, **94,9 % des adultes** et **87,2 % des enfants et adolescents** ne

respectent pas les recommandations de l’OMS, qui préconise au moins **150 minutes d’activité physique modérée par semaine pour les adultes**, et **60 minutes par jour pour les enfants et adolescents**.

Face à ce constat, les pouvoirs publics français ont progressivement mis en place une série de politiques visant à promouvoir l’activité physique comme levier de prévention. Le **Programme National Nutrition Santé (PNNS)**, lancé en **2001**, en est le socle principal. Il promeut des repères de consommation alimentaire et d’activité physique, relayés par des campagnes nationales. La **Stratégie Nationale Sport Santé (SNSS)**, actualisée en **2019**, renforce cette orientation en articulant les champs du sport, de la prévention et du soin, avec une volonté de décloisonnement entre les professionnels du sport et ceux de la santé.

Une avancée majeure dans cette dynamique est l’adoption de la **loi n°2016-41 du 26 janvier 2016** de modernisation de notre système de santé. Celle-ci a introduit la possibilité pour les médecins de prescrire de l’**activité physique adaptée (APA)** à leurs patients atteints de pathologies chroniques. L’activité physique devient alors un **outil thérapeutique reconnu**, intégré au parcours de soins, à condition qu’elle soit encadrée par des professionnels formés.

En complément, la **loi n°2022-296 du 2 mars 2022** dite « *relative à la démocratisation du sport en France* », marque une étape supplémentaire en affirmant l’objectif d’**universaliser l’accès à l’activité physique et sportive** sur tous les territoires, en particulier dans les établissements scolaires, les structures médico-sociales, et les quartiers prioritaires. Elle consacre le rôle du sport comme **levier d’inclusion sociale et de santé publique**, en promouvant une approche plus équitable et territorialisée.

À l’échelle locale, cette stratégie est aussi relayée par des dispositifs comme le **label “Ville active et sportive”** attribué par le **Conseil national des villes et sportives (CNVAS)**, en lien avec le ministère des Sports. Elle vise à valoriser les communes engagées dans une politique volontariste en faveur du sport pour tous. On peut également citer le **réseau des Villes-Santé de l’OMS**, qui encourage les collectivités à inscrire la santé dans toutes les politiques publiques, ou encore le soutien au développement **d’infrastructures sportives de proximité**, essentielles pour rendre l’activité physique accessible au plus grand nombre, en particulier dans les quartiers prioritaires et **les territoires sous-dotés**, c’est-à-dire les territoires qui disposent de peu d’équipements sportifs accessibles comme certains **quartiers périurbains, zones rurales isolées ou collectivités d’Outre-mer**. A titre d’exemple, en **Seine Saint Denis**, on compte seulement **15 équipements sportifs pour 10 000 habitants**, contre une moyenne nationale de 49 pour 10 000, et 53% de ces installations datant d’avant 1994, ce qui illustre un retard significatif en matière d’infrastructures sportives et ce d’après le **rapport public annuel 2025 de la Cour des Comptes, publié le 19 mars 2025**.

Cependant, malgré cet engagement, la mise en œuvre concrète de ces politiques publiques demeure très inégale sur le terrain, notamment dans **les quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV)** : quartiers à forte concentration et à population à très faible revenu et où les déterminants sociaux pèsent lourdement sur les comportements de santé. Manque de moyens, complexité des démarches, en raison d’une communication peu adaptée ou insuffisante, ou encore absence de relais de proximité freinent leur déploiement dans les territoires les plus fragilisés.

1.2. Les inégalités sociales de santé dans les QPV et leurs effets

Les quartiers prioritaires de la politique de la ville (**QPV**) font face à des **inégalités sociales de santé** particulièrement marquées, qui affectent l’ensemble des indicateurs de santé publique. Ces inégalités se manifestent par une plus grande vulnérabilité aux **maladies chroniques** (diabète, obésité, maladies cardiovasculaires, etc.), des **pathologies psychiques** en forte progression (troubles anxieux,

dépression) et un accès limité aux soins médicaux. Ces problématiques sont exacerbées dans certains territoires comme les départements d'outre-mer **DOM**, notamment **Mayotte**, **Polynésie**, et **Guyane**, où les conditions sociales et environnementales compliquent davantage l'accès à la santé et à l'activité physique.

1.2.1. Les maladies chroniques dans les QPV

Les **maladies non transmissibles (MNT)** telles que les maladies cardiovasculaires, le diabète de type 2, les cancers ou encore les maladies respiratoires chroniques représentent la principale cause de mortalité en France, et leur prévalence est particulièrement élevée dans les QPV. Ces pathologies sont souvent le résultat de comportements à risque modifiables, tels que la **sédentarité**, une **alimentation déséquilibrée**, le **tabagisme**, l'**alcoolisme** ou encore des **facteurs environnementaux** (pollution, amiante, peinture au plomb, insécurité, etc.).

Les chiffres sont préoccupants :

- **94,9 % des adultes** et **87,2 % des enfants et adolescents** en France ne respectent pas les recommandations de l'**OMS** en matière d'activité physique (150 minutes par semaine pour les adultes, 60 minutes par jour pour les enfants). *ONAPS (Rapport national sur l'activité physique et la sédentarité (édition 2023))*
- **Le diabète** est particulièrement répandu dans les **QPV** : en **Île-de-France**, par exemple, la prévalence du diabète atteint **10 %** de la population adulte, avec un taux plus élevé chez les populations précaires.
- **L'obésité** touche environ **17,2 %** des adultes dans les QPV, soit un taux plus élevé que la moyenne nationale (15,3 %). *DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques)*
"Les inégalités sociales de santé dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville"
- Les **maladies cardiovasculaires** (accidents vasculaires cérébraux, infarctus du myocarde) figurent parmi les premières causes de mortalité, particulièrement en **Guadeloupe**, **Martinique**, **Mayotte**, et **Guyane**, où les taux sont plus élevés qu'en métropole.

1.2.2. Les inégalités dans les DOM et territoires d'Outre-mer

Dans les **DOM**, ces inégalités de santé sont exacerbées par des contextes socio-économiques plus difficiles et un accès aux soins souvent limité.

- **Diabète** : En **Martinique** et en **Guadeloupe**, environ **12 à 15 % des adultes** sont atteints de diabète de type 2, un taux bien supérieur à la moyenne nationale. En **Guyane**, la prévalence du diabète de type 2 est également élevée, avec des chiffres avoisinant **10 %** de la population adulte.
- **Obésité** : Le taux d'obésité dans des territoires comme **La Réunion** atteint environ **25 %** de la population adulte, ce qui est supérieur à la moyenne observée en métropole. À **Mayotte**, l'obésité concerne également environ **15 %** des adultes.
- **Maladies cardiovasculaires** : Les **accidents vasculaires cérébraux (AVC)** et les **infarctus** sont particulièrement fréquents en **Guadeloupe**, **Martinique**, **Guyane**, et **Mayotte**, avec des taux de mortalité plus élevés que dans la métropole.
- **Cancers** : Le taux de **cancers** (en particulier du sein et du col de l'utérus) est en constante augmentation dans les DOM, exacerbée par des pratiques de dépistage souvent insuffisantes. **La Polynésie française** connaît également une forte incidence de certains cancers, notamment liés à l'exposition aux radiations nucléaires passées. *Santé publique France (Données régionales de surveillance (DOM))*

1.2.3. Facteurs socio-économiques aggravants

Outre les comportements à risque et les conditions environnementales, des facteurs sociaux jouent un rôle majeur dans l'aggravation des inégalités de santé. Les **familles monoparentales**, souvent à faibles revenus, rencontrent davantage de difficultés d'accès aux soins et à une alimentation saine. Le **chômage élevé**, le faible niveau d'instruction ou la difficulté d'accès aux études supérieures sont également des facteurs de vulnérabilité qui contribuent à creuser ces inégalités. Par ailleurs, la **barrière de la langue** dans certains quartiers ou dans les DOM ajoute une dimension supplémentaire à l'isolement social et à la difficulté d'accès aux services de santé.

1.2.4. L'impact des inégalités sociales sur la santé mentale

L'impact des inégalités sociales de santé ne se limite pas aux maladies physiques. Les troubles psychiques, comme l'anxiété, la dépression, et le stress chronique, touchent une part croissante de la population, notamment les jeunes et les personnes vivant dans des situations de précarité. L'isolement social, la discrimination, les conditions de logement précaires et l'exposition à des environnements stressants (par exemple, la violence dans certains quartiers, les violences conjugales et les violences familiales) favorisent l'émergence de ces troubles. La santé mentale est un domaine particulièrement affecté dans les QPV et les **territoires d'Outre-mer**, notamment **Mayotte**, où les taux de consultations en psychiatrie sont en augmentation. La **Guyane** connaît également des taux élevés de troubles psychiques, notamment parmi les jeunes de certains quartiers sensibles.

1.2.5. Conclusion

Les **inégalités sociales de santé** dans les **QPV** et les **DOM**, y compris **Mayotte**, **Polynésie** et **Guyane**, reflètent des **disparités profondes** liées à des facteurs socio-économiques, environnementaux et comportementaux. Ces inégalités se traduisent par une plus grande vulnérabilité aux **maladies chroniques**, une moins bonne prise en charge de la **santé mentale**, et un accès limité aux **soins médicaux**. Face à cette situation, la promotion de l'activité physique et la mise en place de politiques de prévention adaptées à ces territoires sont cruciales pour réduire ces écarts et améliorer la santé publique au niveau national et local.

1.3. Des politiques parfois déconnectées des réalités territoriales

1.3.1 Les limites des approches standardisées

Malgré la volonté de diffuser des programmes d'activité physique fondés sur des données probantes, certains dispositifs peinent encore à inclure l'ensemble des publics. L'étude ICAPS (Intervention auprès des Collégiens centrée sur l'Activité Physique et la Sédentarité), menée sur quatre ans dans plusieurs collèges de l'agglomération de Clermont-Ferrand, a montré des effets positifs sur la pratique d'activité physique chez les adolescents. Toutefois, cette intervention n'intégrait pas spécifiquement les jeunes en situation de handicap, illustrant ainsi les limites des approches standardisées dans des contextes scolaires hétérogènes. Ce type d'exclusion involontaire témoigne des écarts encore importants entre les politiques publiques, même bien intentionnées, et les besoins concrets de certains publics particulièrement vulnérables.

1.3.2 Des initiatives ciblées mais encore insuffisantes

À noter toutefois quelques initiatives ciblées, en particulier à destination des publics en situation de handicap physique ou sensoriel, portées par des acteurs spécialisés. La **Fédération Française**

Handisport (FFH) a notamment développé le **programme Handisport-Santé**, qui propose des activités physiques adaptées et encadrées pour améliorer **la santé globale** des participants. Dans le cadre du **dispositif Parcours Jeunes**, une étude menée en **2023** avec la **Fondation Covéa** a révélé que **95 %** des jeunes interrogés déclaraient avoir retrouvé un sentiment de fierté grâce à la pratique sportive, et **83 %** affirmaient avoir créé des liens sociaux. Parallèlement, une enquête nationale conduite par **APF France handicap** (Association de Paralysés de France) et **ISPC-Synergies** (Institut de Santé Para Sport *Connecté*) a mis en lumière les freins persistants à la pratique, tels que le manque d'accessibilité, le coût ou encore l'isolement. Ces données illustrent à la fois le potentiel transformateur du sport et les écarts persistants entre les ambitions affichées et les conditions de terrain, notamment dans les structures médico-sociales ou les territoires peu dotés.

1.3.3. Des expériences de terrain riches d'enseignements

Dans le cadre de mes observations de terrain, deux initiatives locales ont particulièrement illustré l'impact positif de l'activité physique adaptée sur des publics fragilisés, tant sur le plan physique que psychologique : à **l'hôpital Robert-Debré (Paris 19^e)** et au sein de l'association **Marie-Madeleine à Versailles**.

À l'hôpital Robert-Debré, au sein de l'unité de pédopsychiatrie, des séances d'Activité Physique Adaptée (**APA**) sont intégrées au parcours de soin d'enfants et adolescents souffrants de troubles psychiques (autisme, anxiété sévère, troubles du comportement, anorexie, bipolarité et schizophrénie). Ces Activités Physiques Adaptées sont menées par un enseignant en APA, **Clément Kolacsay**, stagiaire à la **MSS Curial Paris 19^e**. Il est titulaire d'une licence **STAPS (sciences et techniques des activités physiques et sportives)** et il est en dernière année de Master, à l'université de Paris Saclay. C'est dans le cadre de son mémoire, dont le sujet est : **l'Activité Physique Adaptée et la maladie mentale**, qu'il a pu mettre en place ce projet depuis **mars 2025** qui avait été proposé et construit par **Mme Déramchi Salima**, l'ancienne Cheffe de pôle du service de la promotion de la santé de la Ville de Paris. Il a été validé par **Mme Kaplan**, Cheffe de service de l'unité pédopsychiatrie de l'hôpital Robert Debré.

En coordination avec l'équipe soignante, Clément anime chaque jeudi après-midi, de 16h30 à 18h00, une séance d'activité physique adaptée, réunissant un groupe de 6 à 12 enfants et/ou adolescents. J'ai eu l'opportunité de l'accompagner lors d'une de ces séances, ce qui m'a permis de mesurer l'importance de la posture adoptée par chacun des professionnels présents face à ce type de public. L'incertitude quant à la participation effective des enfants au sein du groupe, ainsi que leur compréhension des consignes, représente un véritable enjeu. Clément est très attendu chaque semaine, et les effets bénéfiques de son intervention sont notables : apaisement émotionnel, amélioration des interactions sociales et de la motricité, ainsi qu'un renforcement global de l'adhésion au parcours de soins.

À l'association Marie-Madeleine de Versailles, À l'association Marie-Madeleine de Versailles, qui soutient des femmes en situation de grande précarité, certaines vivant avec des pathologies chroniques comme le VIH, d'autres ayant subi des violences ou fui leur pays, des activités physiques adaptées sont proposées régulièrement : aquagym, marche, gymnastique douce. Ces ateliers, pensés dans une logique de bienveillance et de reconstruction, visent à restaurer l'estime de soi, à favoriser le lien social et à réinvestir positivement le rapport au corps. Les retours des participantes témoignent d'un mieux-être global, d'une diminution de l'anxiété et d'un renforcement du sentiment d'appartenance.

Ces actions de terrain illustrent la nécessité d'un accompagnement individualisé et sensible aux parcours de vie. Comme Sandrine qui fréquente l'association depuis plusieurs années maintenant, elle est suivie en psychiatrie et elle souffre de douleurs chroniques. Elle a subi plusieurs cancers et aujourd'hui, elle est en attente d'une prochaine intervention chirurgicale car elle souffre de thyroïdite. Et Bien que son médecin

traitant lui ait recommandé de limiter les efforts, elle a choisi de participer à une séance de marche douce, que nous avons adaptée à son état. Le stress de sa future intervention l'empêchait de trouver le sommeil et depuis plusieurs jours, elle se réveillait la nuit et n'arrivait plus à se rendormir. Le lendemain, elle nous confie avoir dormi dix heures d'affilée, sans douleurs, et ressentir une forte envie de poursuivre une activité régulière. Ce témoignage met en lumière le pouvoir transformateur de l'activité physique, même légère, lorsqu'elle est proposée dans un cadre bienveillant, sécurisé et ajusté aux besoins de chacun·e. Ces exemples illustrent l'importance d'une approche contextualisée, sensible aux réalités des publics, et de la collaboration entre structures sanitaires, sociales et sportives.

1.4 Adapter les politiques à la réalité des territoires : construire ensemble des réponses durables

Bien que des politiques publiques ambitieuses aient été mises en place pour promouvoir l'activité physique, leur efficacité dépend de leur mise en œuvre par les acteurs locaux, de leur capacité à s'adapter aux divers contextes territoriaux et à favoriser la participation des publics concernés. L'exemple des DROM, des QPV, ou des personnes en situation de handicap révèle que les inégalités ne tiennent pas seulement à l'offre d'activités physiques, mais aussi aux modalités d'accès, d'accompagnement, de médiation en santé.

Cette situation appelle à repenser l'intervention publique à l'échelle des territoires, à favoriser une logique de **co-construction** entre institutions, associations, professionnels du sport, de la santé, de la médiation en santé et des habitants. Elle ouvre également la voie à des expérimentations plus souples, innovantes, et adaptées aux besoins spécifiques des populations.

C'est dans cette perspective que s'inscrit la partie suivante, qui interroge les dispositifs de terrain, les actions partenariales, et les formes de médiation qui permettent d'aller au-delà des logiques descendantes et de soutenir l'autonomisation des publics.

2. La médiation en santé par le sport : un levier d'accès, de confiance et d'appropriation

2.1 Principes, rôles et acteurs de la médiation en santé

La médiation en santé, définition : la médiation en santé est un **processus** qui a pour objectif de faciliter **l'accès aux soins** des personnes éloignées du système de santé ou en manque d'informations. C'est un processus de tissage de **liens**, d'**interface**, entre les professionnels de santé et les patients qui permet de les **maintenir dans le système de santé** et de réduire les **inégalités de santé**. Le médiateur doit faire preuve d'**écoute active**, d'**allers-vers**, de **non-jugement** et d'une utilisation maîtrisée de son réseau pour **orienter, accompagner, autonomiser** et **améliorer** l'état de santé global des personnes. Il tient également un rôle de **sensibilisation** auprès des professionnels de santé concernant les difficultés des patients à réaliser leur parcours de soins.

Face aux inégalités persistantes d'accès aux soins et à l'information, en particulier dans les quartiers prioritaires ou parmi les publics vulnérables, la médiation en santé s'impose comme un levier essentiel pour renforcer la justice sociale et l'équité en santé. Elle permet de créer un lien entre les institutions de santé et les personnes les plus éloignées du système, en prenant en considération les barrières multiples, qu'elles soient sociales, culturelles ou linguistiques. Cette sous-partie vise à clarifier les fondements de la

médiation en santé, ses objectifs, ses modalités d'action, ainsi que le rôle des différents acteurs impliqués et elle s'inscrit dans **une démarche de promotion de la santé**.

La médiation en santé est une approche développée qui vise à réduire les inégalités d'accès aux soins et à la prévention, en s'adressant particulièrement aux personnes en situation de vulnérabilité sociale, économique, culturelle ou linguistique. Elle s'appuie sur la présence d'un tiers : le médiateur ou la médiatrice en santé, dont la mission est de créer un lien entre les publics éloignés du système de santé et les institutions sanitaires et sociales. La médiation en santé n'est pas qu'une démarche informative, elle vise principalement vers une relation de confiance, d'un accompagnement personnalisé, et d'une meilleure compréhension des droits et des dispositifs existants. Elle participe ainsi à lever les freins invisibles (peur, incompréhension, méfiance) qui entravent l'accès à la santé et au soin. Elle s'inscrit dans une logique d'émancipation et de renforcement de l'autonomie des personnes.

Les acteurs de la médiation en santé sont multiples car c'est une logique nécessaire systémique :

Les médiateurs en santé : ils ont un rôle central dans l'établissement de la confiance entre les usagers et le système de soin. Issus de divers secteurs tels que le social, le sanitaire ou l'associatif, leur mission consiste à faciliter la compréhension des démarches administratives et médicales pour l'utilisateur. Ils aident à surmonter les obstacles culturels, linguistiques ou religieux rencontrés par les personnes qu'ils accompagnent et les soutiennent dans leur accès aux soins comme dans le renforcement de leur autonomie.

Les structures d'appui comme les associations, les maisons ou centres de santé, les centres sociaux, les collectivités territoriales (CCAS) ou dispositifs comme la PASS (permanences d'accès aux soins). Ces structures accueillent les médiateurs en santé, elles les forment, les encadrent et organisent leurs interventions.

Les professionnels de santé : les médecins, infirmiers, pharmaciens, psychologues, etc. Ils coopèrent avec les médiateurs en santé pour adapter leurs pratiques et mieux prendre en charge des publics vulnérables ou éloignés du système de soins.

Les institutions publiques : ces institutions telles que les **Agences Régionales de Santé (ARS)**, les **Caisses d'Assurance Maladie**, les **ministères** (notamment ceux de l'Autonomie et des Personnes Handicapées ; de la Santé et de la Prévention), jouent un rôle essentiel dans la conception, le financement et le pilotage des politiques médiation. Elles travaillent en lien avec les collectivités locales dans l'objectif de réduire les inégalités de santé et d'améliorer l'accès aux soins des populations les plus fragilisés.

Les bénéficiaires : enfin, **les patients et usagers** sont les **acteurs** finaux de la médiation en santé. Leur participation active est essentielle, car ce sont eux qui expriment leurs besoins, prennent part aux démarches, et **grâce à l'accompagnement des médiateurs**, s'approprient progressivement leur parcours de santé, développant ainsi leur autonomie.

2.2. Le sport comme outil de médiation : santé physique, santé mentale et empowerment

Au-delà de ses bienfaits purement physiologiques, le sport peut être envisagé comme un véritable outil de médiation en santé, en particulier dans les quartiers où les inégalités sociales et sanitaires s'accumulent. En mobilisant l'activité physique comme point d'entrée, il devient possible de retisser du lien entre les individus et les dispositifs de prévention, de soin et d'accompagnement. Le sport agit alors comme un **vecteur d'engagement**, de **reconquête de soi**, mais aussi de **réintégration sociale**, favorisant l'accès à une santé globale.

Cette sous-partie se propose ainsi d'explorer comment l'activité physique contribue simultanément à améliorer la santé physique, à soutenir la santé mentale, et à favoriser l'**empowerment** (*autonomisation et responsabilisation*) des publics les plus éloignés des parcours de santé classiques.

L'étude **ICAPS** (*Intervention centrée sur l'Activité Physique et la Sédentarité*) menée auprès de collégiens dans le Bas-Rhin entre 2002 et 2006, démontre l'efficacité de l'activité physique comme un levier important pour améliorer la santé des jeunes en milieu défavorisé, notamment dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville (**QPV**). Cette intervention, qui a concerné environ 1 000 collégiens répartis sur huit collèges, met en lumière des résultats probants concernant la réduction de la sédentarité et la promotion de l'activité physique, même dans des contextes socio-économiques difficiles.

Résultats clés de l'étude ICAPS :

1. **Augmentation de l'activité physique** : Les collégiens des collèges ayant bénéficié de l'intervention ont augmenté leur activité physique de loisirs d'une heure par semaine. Ce gain est particulièrement important dans des territoires où l'accès aux structures sportives est limité, et montre que des actions ciblées peuvent inciter à la pratique régulière d'une activité physique.
2. **Réduction de la sédentarité** : Le temps passé devant les écrans a diminué de 20 minutes par jour, illustrant que des interventions qui mettent en valeur les bienfaits de l'activité physique peuvent être un moyen efficace de lutter contre la sédentarité chez les jeunes, en particulier dans des quartiers où d'autres leviers peuvent faire défaut.
3. **Prévention du surpoids** : L'étude montre qu'une telle intervention contribue à réduire de manière significative le risque de surpoids chez les collégiens, avec une réduction de 50 % de ce risque chez les jeunes ayant un poids normal au début de l'étude. Cela met en évidence l'importance de l'activité physique dans la prévention des maladies non transmissibles (MNT), telles que l'obésité et le diabète, qui touchent de manière disproportionnée les populations les plus vulnérables.
4. **Amélioration de la santé cardiovasculaire** : Les collégiens participants ont montré une diminution des facteurs de risque cardiovasculaire, un élément crucial pour lutter contre les pathologies chroniques. Cela souligne que même une intervention à petite échelle peut avoir des effets mesurables sur la santé à long terme.
5. **Effets durables** : Enfin, il est intéressant de noter que les effets de l'intervention sont restés visibles pendant deux ans après la fin du programme, notamment chez les jeunes initialement les plus sédentaires et ceux issus de milieux défavorisés. Cette durabilité montre l'impact positif que l'activité physique régulière peut avoir sur les habitudes de vie des jeunes, même au-delà de l'intervention.

Des initiatives inspirées de l'étude ICAPS

À partir des enseignements tirés de l'étude ICAPS, plusieurs initiatives locales ont vu le jour dans des quartiers urbains défavorisés, où des projets de médiation par le sport visent à réduire les inégalités sociales de santé. Par exemple, des programmes visant à intégrer des activités physiques régulières au sein des collèges ou des écoles dans des zones sensibles, combinés à des actions de sensibilisation à la nutrition et à la gestion du stress, ont montré une réduction significative des comportements à risque.

Ces projets reposent sur une approche socio-écologique, qui inclut non seulement les jeunes mais aussi leurs familles, leurs établissements scolaires et même les environnements communautaires. En s'appuyant sur des acteurs locaux comme les associations sportives, les structures éducatives, et les professionnels de santé, ces initiatives parviennent à créer des liens entre les institutions et les habitants, permettant ainsi une meilleure appropriation des dispositifs de santé.

Des initiatives locales au service de la santé globale :

Des politiques municipales dynamiques renforcées par l'héritage des JOP2024

À Paris, les Jeux Olympiques et Paralympiques de 2024 ont joué un rôle d'accélérateur et de catalyseur pour le développement de politiques publiques innovantes en matière de santé, d'inclusion et de sport. En s'appuyant sur les principes de l'héritage olympique : accès au sport pour toutes et tous, lutte contre les inégalités, promotion de la santé par l'activité physique, la Ville de Paris a déployé, en lien avec ses opérateurs territoriaux (**centres de loisirs, Maisons Sport-Santé, associations, services municipaux**), une série d'initiatives concrètes, inscrites dans les réalités locales.

Ces initiatives locales s'inscrivent dans une logique de médiation en santé, en adaptant l'action publique aux contextes sociaux et aux besoins spécifiques des populations les plus vulnérables. Elles mobilisent une diversité d'acteurs (**DASCO, DJS, DSP, associations locales, professionnels de santé, éducateurs**) et visent à renforcer l'égalité d'accès aux pratiques sportives et à la santé, dans une perspective de santé globale. Le sport comme levier d'émancipation, de soin et d'inclusion.

- « **Escrime-toi** », lancé en Janvier 2024 à la **Maison Sport-Santé du 19e arrondissement**, mis en place et coordonné par **Joséphine Jacques-André-Coquin** médaillée d'escrime et agente à la Ville de Paris à la DSP, propose des séances d'escrime, à destination de **femmes victimes de violences**. Ce projet repose sur une approche thérapeutique centrée sur la **réappropriation corporelle**, la **restauration de la confiance en soi**, et l'**apaisement psychologique**.

Ce programme est soutenu par le **Partnership for Healthy Cities**, porté par **Bloomberg Philanthropies**, en collaboration avec l'**OMS** et **Vital Stratégies**. Et à ce titre, il a été valorisé lors du sommet international de mars 2025 à Paris. Ce sommet a réuni **près de 300 représentants de 74 villes** engagées dans la lutte contre les maladies non transmissibles et les inégalités de santé.

- « **Marchons à Paris** », lancé en **2021 dans le cadre de l'héritage des Jeux Olympiques et Paralympiques** a été créé sur des principes de l'étude ICAPS, qui démontrait l'efficacité d'une intégration précoce et régulière de l'activité physique dans la vie des adolescents. Ce programme éducatif ambitieux articule l'activité physique, la nutrition, la santé environnementale et l'inclusion sociale. Il mobilise aujourd'hui **104 centres de loisirs**, et sa dernière édition, s'est tenue le **21 mai 2025**, sur une **dimension intergénérationnelle inédite** qui aura réunis : enfants et seniors dans une démarche partagée de santé, de transmission et de convivialité.

- « **Bougez Malins** », dont la **13^e édition s'est tenue le 23 avril 2025**, a réuni plus de 1 000 enfants, dont, pour la première fois, des enfants accompagnés par **l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE)**.

Ce programme porté conjointement par la **Direction des Affaires Scolaires (DASCO)**, la **Direction de la Jeunesse et des Sports (DJS)** et la **Direction de la Santé Publique (DSP)** de la Ville de Paris, illustre la force d'une action coordonnée au service de la prévention et de l'éducation à la santé. C'est un moment festif et pédagogique qui allie jeux, sensibilisation et transmissions de savoirs. Cette journée constitue l'aboutissement d'un cycle de **formations interprofessionnelles** destinées aux animateurs des centres de loisirs municipaux et aux agents de l'ASE. Ces formations, dispensées chaque mois de janvier par une **nutritionniste**, un **enseignant en Activité Physique Adaptée (APA)** et un **agent du Laboratoire Parisien de Santé Environnementale (LPSE)**, visent à doter les éducateurs des centres de loisirs, d'outils concrets pour mener, tout au long de l'année, des actions éducatives autour de **l'alimentation variée**, **l'activité physique régulière** et **le respect de l'environnement**. L'événement accueille également un **village santé**, rassemblant des partenaires comme la **CPAM**, **les Eaux de Paris**, **la Direction de la propreté et de l'eau (DPE)** **la Ferme de bio**, et **la croix rouge**, permettant aux enfants de découvrir les enjeux de santé dans une approche participative et interdisciplinaire. À travers **Bougez Malins**, la Ville de Paris s'engage activement dans une politique de **santé globale** et de **réduction des inégalités**, en mobilisant ses directions autour de projets ancrés dans les territoires et au plus près des besoins des enfants, y compris les plus vulnérables.

Ainsi, ces dispositifs municipaux portés par **la DASCO, la DJS, la DSP et les centres de loisirs** articulent **prévention, éducation et lien social**, dans une perspective de **santé globale** et **d'égalité d'accès aux savoirs et à la pratique**. Ils s'inscrivent pleinement dans une dynamique territoriale innovante, en résonance avec les objectifs de la **Charte d'Ottawa** et les recommandations de l'**OMS**, en plaçant les enfants y compris les plus vulnérables au cœur des politiques locales de santé publique.

La médiation en santé par le sport, dans les territoires s'appuie également sur des dynamiques nationales structurantes comme le **label Génération 2024**. Ce dispositif vise à **renforcer les passerelles entre le monde scolaire et le mouvement sportif**, de la grande section à la terminale. En valorisant les projets favorisant l'inclusion, l'égalité filles-garçons, la santé, la citoyenneté et la découverte des disciplines paralympiques, ce label soutient une approche éducative du sport en lien avec les objectifs de santé publique.

Il mobilise également les collectivités territoriales, partenaires essentielles pour la mise en œuvre locale des actions : mise à disposition d'infrastructures sportives, soutien aux projets, co-construction d'activités avec les clubs et les associations. Cette synergie entre établissements, collectivités et monde associatif favorise l'ancrage territorial du sport pour tous.

Chaque année, la **Semaine Olympique et Paralympique (SOP)**, soutenue par Paris 2024, constitue un temps fort dans les établissements labellisés. Elle permet aux élèves de découvrir les bienfaits de l'activité physique et sportive sous l'angle de la santé, du respect, de l'engagement et de l'inclusion. Dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville (**QPV**) Ces évènements représentent un levier concret et précieux pour lutter contre la sédentarité des jeunes et promouvoir des parcours de santé dès le plus jeune âge, en lien étroit avec les acteurs locaux.

Lors de mon stage au sein de l'**ASCBE (Association pour la Santé, la Culture, le Bien-être et l'Environnement)** dans un quartier prioritaire de la politique de la ville de Saint Denis, la cité des **Franc-Moisin**, j'ai découvert le programme **Défi-Forme Santé (DFS)**. Cette offre mise en place par l'Association de Sport-Santé, est un exemple inspirant d'action de **promotion de la santé par l'activité physique adaptée (APA)**. Ce programme est soutenu par l'**Agence Régionale de Santé Île-de-France**

et il s'adresse à des **publics éloignés de la pratique sportive**, notamment des personnes sédentaires, en surpoids, atteintes de maladies chroniques, ou encore à des enfants de plus de 8 ans.

Le programme repose sur **un cycle de 12 semaines**, avec des séances hebdomadaires (aquagym, marche nordique, renforcement musculaire, etc.) encadrées par des **professionnels diplômés en APA**. Une **cotisation symbolique de 10 euros** est demandée aux participants, afin d'assurer l'accessibilité au plus grand nombre. Il est ouvert sur prescription médicale ou recommandation d'un professionnel de santé, traduisant une volonté d'articulation entre soins, prévention et cadre de vie.

L'approche est **globale**, au-delà des séances sportives, les participants bénéficient d'un **suivi diététique** et d'un accompagnement individualisé par des **conseillers médico-sportifs**, afin d'ancrer durablement de nouvelles habitudes de vie. Un travail de **maillage territorial** est également réalisé avec les acteurs de proximité (professionnels de santé, associations, collectivités) pour favoriser la **reconduction des pratiques dans des structures locales**.

Ce programme illustre de manière concrète **comment l'activité physique peut devenir un outil de médiation en santé, de remobilisation et de prévention**, en lien étroit avec les enjeux de santé publique. Il peut ainsi nourrir la réflexion autour des futurs dispositifs à mettre en œuvre à Paris et notamment dans le 20^e arrondissement, en lien avec l'ouverture prochaine de la Maison Sport-Santé et la dynamique existante dans le cadre de la rénovation du quartier Python-Duvernois.

Ces actions ont en commun de s'appuyer sur une **logique de proximité**, une **écoute active des publics**, et une **mobilisation intersectorielle** (santé, sport, social, éducation). Elles démontrent qu'une politique de santé efficace doit être **ancrée dans les territoires** et **coconstruite avec les acteurs locaux** pour répondre de façon juste et adaptée aux besoins des populations.

Ces différents exemples, qu'ils soient issus d'initiatives locales de terrain ou de politiques éducatives nationales comme Génération 2024, montrent que le sport peut être bien plus qu'un outil de prévention : il devient un vecteur de lien social, d'estime de soi et d'autonomie, notamment pour les publics les plus éloignés des dispositifs classiques de santé.

Cependant, pour que ces projets de médiation par le sport soient réellement efficaces et pérennes, encore faut-il réunir certaines conditions. Leur succès repose sur des facteurs humains, institutionnels et organisationnels essentiels, qu'il convient d'analyser pour garantir une action cohérente, inclusive et ancrée dans les territoires.

2.3. Les conditions de réussite d'une médiation par le sport dans les QPV

La médiation en santé par le sport ne peut produire ses effets qu'à condition de s'inscrire dans une dynamique locale cohérente, inclusive et adaptée aux réalités des quartiers prioritaires de la politique de la ville. Plusieurs facteurs-clés conditionnent la réussite de ces dispositifs.

2.3.1. Une démarche participative et centrée sur les besoins des publics

Le premier levier réside dans l'implication des bénéficiaires dès la conception des projets. Trop souvent, les actions sont pensées sans les premiers concernés, ce qui nuit à leur efficacité. L'écoute des besoins, des contraintes (familiales, économiques, culturelles) et des attentes permet de

construire des actions réellement utiles et acceptées. Des outils comme les diagnostics partagés ou les comités d'usagers peuvent favoriser cette co-construction.

2.3.2 La formation et la reconnaissance des médiateurs

Les médiateurs en santé par le sport doivent être formés à la fois aux enjeux de santé publique, aux problématiques sociales des quartiers, et aux techniques d'animation ou d'accompagnement. Leur reconnaissance statutaire et leur inscription dans des réseaux professionnels sont également des facteurs de légitimation et de pérennité. Un accompagnement professionnel et institutionnel (*via les collectivités, l'État ou les ARS*) est indispensable.

2.3.3. La coopération entre acteurs : une approche intersectorielle

La réussite des projets repose sur une collaboration étroite entre les acteurs de santé, du sport, du social, de l'éducation, et de la politique de la ville. Le croisement des compétences et des ressources permet de répondre aux problématiques de manière globale. Par exemple, des partenariats entre maisons sport santé, centres sociaux, établissements scolaires et services municipaux favorisent des projets ancrés dans les réalités locales.

2.4. Un ancrage territorial fort

Les dispositifs doivent s'appuyer sur des structures de proximité déjà présentes dans le quartier : associations locales, éducateurs, clubs sportifs, maisons de quartier, etc. Cela favorise la continuité des actions, la confiance des habitants, et la réduction des inégalités territoriales. L'enjeu est aussi d'atteindre les "invisibles", ceux qui ne franchissent jamais la porte des institutions classiques.

2.5. Des moyens durables et une évaluation rigoureuse

Le financement à court terme ou sur appels à projets ponctuels fragilise les initiatives. La réussite passe par une vision sur le long terme, avec un soutien financier, humain et logistique pérenne. Par ailleurs, l'évaluation des actions au-delà des indicateurs quantitatifs doit intégrer des critères qualitatifs comme l'évolution du bien-être, l'autonomisation des publics ou le renforcement du lien social.

Ainsi, la médiation par le sport dans les **QPV** ne peut réussir qu'à condition d'être pensée comme une démarche globale, inscrite dans la durée, coconstruite avec les habitants et portée par un tissu partenarial solide. Au-delà de l'activité physique elle-même, c'est bien une logique de transformation sociale et de justice en santé qui est à l'œuvre. Cette approche interroge alors plus largement la capacité des politiques publiques à intégrer les réalités locales, à valoriser les initiatives de terrain et à placer l'humain au cœur de l'action sanitaire.

3. De la théorie à la pratique : articuler sport et médiation pour une promotion de la santé efficace

3.1. Des infrastructures au service de la santé : bilan post JO 2024 et enjeux territoriaux

À l'approche des **Jeux Olympiques et Paralympiques de 2024**, la Ville de Paris et la région Île-de-France ont initié une série de projets d'infrastructures sportives visant à renforcer l'offre en équipements sportifs, à favoriser l'inclusion sociale par le sport, et à encourager la pratique physique au sein de tous les publics. Ces projets ont été développés dans une optique de **durabilité** et de **léguer un héritage sportif à long terme**. Une fois les Jeux passés, ces équipements continueront à jouer un rôle essentiel dans la vie quotidienne des Parisiens et des Franciliens.

Création de nouveaux équipements sportifs

De nombreux équipements ont été créés ou rénovés pour améliorer l'accessibilité à l'activité physique. À titre d'exemple, des **parcours sportifs** ont été aménagés dans l'espace public, notamment les **grands parcours nord-sud** et **est-ouest**, qui sont opérationnels depuis 2024. Ces aménagements permettent aux habitants de Paris de pratiquer du sport librement, à proximité de leur domicile, renforçant ainsi l'inclusivité et l'accessibilité des infrastructures sportives.

Rénovation et extension d'infrastructures existantes

Par ailleurs, des **projets de rénovation** et d'**extension** ont permis de moderniser et d'agrandir plusieurs équipements sportifs de la ville, dont des **salles de sport** et des **gymnases**. À l'heure actuelle, de nombreux projets ont été finalisés. Par exemple, les rénovations du **centre sportif Carpentier**, du **complexe Didot**, et des **salles de basket 3x3** dans divers quartiers ont renforcé l'offre de sport urbain.

Création de baignades temporaires et permanentes

En parallèle, la création de **baignades temporaires**, dans des sites tels que **Carpentier**, **Didot** et **Louis Lumière**, a permis de répondre à un besoin croissant de lieux de baignade accessibles. Ces équipements ont été installés pour l'été et ont considérablement augmenté l'accès aux **loisirs aquatiques** pour les Parisiens. De plus, dans le cadre des **JO 2024**, un projet de **baignades en Seine** a été amorcé et sera mis en place à plus grande échelle dans les années à venir.

Projets pour l'après-JO et l'accessibilité durable

D'autres projets se poursuivent après la tenue des Jeux. Les **projets d'aménagements d'espaces publics** comme les **Play grounds** (dont 25 terrains de basket 3x3) et les **parcs sportifs** continuent de fleurir dans toute la capitale et en Île-de-France. Ces projets permettent non seulement d'offrir des équipements sportifs à tous mais aussi de renforcer la **proximité** entre les infrastructures sportives et les quartiers sensibles, notamment dans les **quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV)**.

Impact sur l'accessibilité au sport et la médiation en santé.

Ces nouvelles infrastructures, combinées à des dispositifs de **médiation en santé**, comme la **Maison Sport-Santé** qui ouvrira dans le 20^e arrondissement de Paris, permettront de garantir une **accessibilité** accrue à la pratique de l'activité physique adaptée (APA), en particulier pour les populations les plus vulnérables. La création d'équipements tels que des **aires de fitness**, des **city stades**, et des **zones dédiées à la pratique de sports en plein air** s'inscrit directement dans une démarche d'**inclusion** et de **promotion de la santé** par le sport.

Les investissements réalisés dans le cadre des Jeux Olympiques et Paralympiques de Paris 2024, ainsi que le développement continu des équipements sportifs de proximité, traduisent une volonté politique affirmée de promouvoir l'activité physique comme levier de santé publique. Néanmoins, cette ambition ne peut pleinement porter ses fruits que si elle s'inscrit dans une approche territorialisée, au plus près des réalités sociales et sanitaires locales.

C'est dans cette logique que s'inscrit l'ouverture prochaine, en septembre 2025, d'une **troisième Maison Sport-Santé (MSS)** à Paris, portée par la **collectivité**. Implantée dans le 20^e arrondissement, un territoire à forts enjeux sociaux, cette MSS illustrera concrètement la manière dont les politiques sportives et de santé peuvent se déployer de manière intégrée à l'échelle locale, au bénéfice des publics les plus éloignés de la prévention.

3.2. La Maison Sport-Santé du 20^e : ancrer le sport-santé dans un quartier populaire

Le 20^e arrondissement de Paris, avec **192 120 habitants(es) en 2020** (donnée INSEE), représente à lui seul **près de 9 % de la population parisienne**. Ce territoire dense, populaire et marqué par des inégalités sociales et sanitaires, offre un terrain d'action privilégié pour la mise en œuvre de politiques locales de promotion de la santé par l'activité physique. Selon *l'Atlas des pratiques sportives à Paris (Apar, 2023)*, la capitale dispose de **1 006 équipements sportifs publics**, dont **597 en plein air** et **409 couverts**, répartis de manière plus ou moins homogène selon les arrondissements. À cette offre publique s'ajoutent **485 salles privées**, en progression de **+71 % depuis 2014**, confirmant une forte dynamique en matière d'infrastructures sportives.

Dans le 20^e arrondissement, cette offre est renforcée par la présence d'installations en accès libre : **aires de fitness, city stades, Play grounds** ou parcours sportifs implantés dans les espaces publics, en particulier dans ou autour des quartiers prioritaires. Ces équipements de proximité facilitent une pratique autonome ou accompagnée, en lien avec les principes du **design actif**, qui visent à inscrire le mouvement dans les usages quotidiens.

À cette offre s'ajoute un autre levier fondamental du design actif : le développement du réseau cyclable. Depuis la première mandature d'Anne Hidalgo, Paris a connu un essor sans précédent des pistes cyclables. Plus de 1 000 km d'aménagements cyclables sont désormais recensés, dont plus de 300 km de pistes créées, et 52 km de "**corona pistes**" rendues pérennes. Le Plan Vélo 2021–2026 prévoit la création de 180 km supplémentaires, visant une ville 100 % cyclable d'ici 2026. Le 20^e arrondissement bénéficie directement de ces aménagements, qui favorisent les mobilités douces et l'intégration de l'activité physique dans les déplacements du quotidien.

Enfin, cette dynamique est soutenue par un plan de rénovation et de création d'équipements à l'échelle parisienne : **175 projets ont été lancés depuis 2020**, dont **91 déjà livrés** en mai 2023. L'arrondissement bénéficiera également d'un **projet structurant** dans le quartier Python-Duvernois, associant **centre de santé communautaire, Cité des sports et nouvel aménagement urbain**, qui constitue un levier important pour la mise en œuvre d'actions de sport-santé à l'échelle locale.

Dans ce contexte, **l'ouverture prévue en septembre 2025 de la troisième Maison Sport-Santé (MSS) parisienne dans le 20^e**, qui proposera de l'Activité Physique Adaptée (APA), s'inscrit pleinement dans les orientations nationales et locales. Elle permettra d'ancrer les politiques de prévention dans les réalités territoriales en **articulant sport, santé et médiation sociale**. La présence d'une médiatrice en sport santé et d'enseignants APA, facilitera la remobilisation de publics fragiles et contribuera à réduire les inégalités sociales de santé.

3.3. Adapter l'intervention aux réalités sociales : rôle central de la médiation en santé

Dans les territoires où les inégalités sociales et territoriales pèsent lourdement sur l'accès à la prévention, la médiation en santé joue un rôle déterminant. Elle permet de construire des liens entre les institutions et les publics éloignés du système de soins ou de l'offre sportive. En matière d'activité physique, cette médiation s'appuie sur une approche de terrain fondée sur l'écoute, l'adaptation aux réalités vécues, et la reconnaissance des obstacles sociaux, culturels ou physiques rencontrés par les habitants(es)

Loin des mesures descendantes, elle favorise une intervention « sur mesure », coconstruite avec les acteurs locaux, et mieux à même de répondre aux besoins spécifiques de chaque territoire. En réduisant les freins à la participation (méconnaissance des dispositifs, manque de confiance, isolement, contraintes financières ou logistiques), la médiation devient un levier essentiel pour rendre effectif le droit à la santé pour toutes et tous.

Cette approche trouve tout son sens dans des initiatives que nous avons mis en œuvre ou observées, notamment dans le cadre du déploiement de la future Maison Sport-Santé du 20^e arrondissement de Paris. En s'appuyant sur des partenaires associatifs, une connaissance fine du tissu local et un engagement de proximité, ces actions illustrent concrètement comment la médiation en santé peut transformer l'accès à la prévention, en particulier auprès des publics les plus éloignés. Qu'il s'agisse d'ateliers de marche douce, d'activité physique adaptée ou de rencontres autour de la nutrition, chaque initiative témoigne d'une volonté commune : inscrire l'activité physique comme un vecteur de santé, d'inclusion et d'autonomisation.

3.4 Quand l'aménagement urbain devient un levier de prévention : vers une ville active

Les transformations de l'espace urbain parisien menées dans le cadre des Jeux Olympiques et Paralympiques de 2024 ont offert une opportunité unique de repenser l'environnement au service de la santé publique. Les **175 projets de création ou de rénovation d'équipements sportifs** engagés par la Ville de Paris depuis 2020, dont **91 livrés avant les JOP** et **29 prévus après**, ont permis d'améliorer l'**accessibilité à la pratique physique** pour un plus grand nombre d'utilisateurs, tout en renforçant la dynamique de proximité. Le **déploiement de parcours sportifs structurants** nord-sud et est-ouest, ainsi que la rénovation de nombreux Play grounds (dont **25 terrains de basket 3x3**), participent à cette logique d'ouverture de la ville à l'activité physique libre et autonome.

Dans le même esprit, le concept de "**ville active**" prend forme à travers l'approche du **design actif**, particulièrement développée dans certains quartiers comme dans le 18^e **arrondissement** de Paris, où l'environnement urbain est repensé pour **inciter au mouvement** dans les gestes du quotidien. Cela inclut l'installation d'aires de fitness, de jeux pour enfants, de pistes de marche ou de signalétiques incitatives, qui transforment l'espace public en un **terrain propice à la santé**.

La politique municipale intègre également des initiatives d'**activités physiques gratuites**, pilotées par la **Direction de la Jeunesse et des Sports (DJS)**, accessibles dans plusieurs quartiers populaires, dans des jardins ou parcs de la ville de Paris et sur les berges de la Seine, en lien avec les principes de la **ville du quart d'heure** : rapprocher les services essentiels, dont le sport, à moins de 15 minutes à pied de chaque habitant.e et ce, même les week-ends.

Dans le cadre de l'amélioration de l'offre sportive et de loisir à Paris, notamment en amont des Jeux Olympiques et Paralympiques de 2024, la Ville avait mis en place plusieurs baignades temporaires dans des

équipements municipaux tels que Carpentier, Didot et Louis Lumière. Ces aménagements répondaient à un besoin croissant d'accès à des espaces de fraîcheur, d'activité physique douce et de socialisation, en particulier pour les publics éloignés des structures classiques.

Face à l'engouement suscité par ces dispositifs, certaines baignades ont été maintenues et seront probablement réactivées chaque été, traduisant une volonté politique de pérenniser des formes d'activité physique adaptées, accessibles et inclusives. Ces espaces représentent aujourd'hui une entrée originale dans la promotion de la santé, en misant sur la convivialité, la gratuité et le plein air.

Dans cette continuité, à une échelle plus locale et en lien direct avec les besoins spécifiques des habitant(es) du 20^e arrondissement, un travail de co-construction est engagé dans le cadre de l'ouverture de la future Maison Sport-Santé. Plusieurs associations locales *Plus Loin*, *ArtAxe*, *La Parenthèse*, *La Maison des Fougères*, *La Compagnie du 20^e* sont déjà mobilisées, et d'autres partenariats sont en cours. Cette démarche vise à ancrer l'offre sport-santé dans le tissu associatif existant, au plus près du terrain. Une première expérimentation, sous forme de randonnée urbaine, a été lancée le lundi 26 mai 2025. Deux parcours d'une heure ont été proposés et nous avons pu réunir 13 femmes, toutes déjà enthousiaste à l'idée de renouveler l'expérience. Cette action m'aura permis d'aller à la rencontre des habitantes du quartier, de me présenter et de présenter notre équipe, et également de parler de l'ouverture de notre future Maison Sport Santé qui prévue pour la mi-septembre. En tant que médiatrice en santé, j'ai parlé du sport-santé, comment en bénéficier et quelles en étaient les bénéfices à long terme. J'ai découvert à travers cette balade urbaine quelques lieux historiques, et cela m'a permis de me repérer dans le quartier ce qui facilitera mes missions pour la suite. Le parcours avait pour objectif de présenter quelques associations, et c'est ainsi que j'ai compris que les habitantes n'en avaient pas forcément connaissance.

Nous souhaiterions, mon équipe et moi, pérenniser cette randonnée, réservée aux femmes afin de favoriser la mobilité, la confiance en soi et afin de créer du lien social et le cultiver.

Conclusion

Les transformations urbaines impulsées par les Jeux Olympiques et Paralympiques de Paris 2024 ont offert une opportunité sans précédent pour repenser l'environnement urbain au service de la santé publique. En parallèle des grands équipements et de la reconfiguration des espaces publics, des initiatives de proximité ont vu le jour, portées par une volonté politique forte et une mobilisation des acteurs locaux. La Ville de Paris s'est engagée dans une dynamique territoriale ambitieuse visant à rendre l'activité physique accessible à tous et toutes, en particulier aux publics les plus vulnérables.

C'est dans cette continuité qu'un travail de co-construction a été engagé autour de l'ouverture de la future Maison Sport-Santé du 20^e arrondissement. Des partenariats ont été tissés avec plusieurs associations locales (***Plus Loin, ArtAxe, La Parenthèse, La Maison des Fougères, La Compagnie du 20^e***) afin de coconstruire une offre sport-santé au plus près des réalités sociales et des besoins du territoire. Une première expérimentation, sous forme de randonnée urbaine réservée aux femmes, a permis de mesurer le potentiel de ces actions : créer du lien, renforcer la mobilité, développer la confiance en soi, faire découvrir les ressources locales, tout en promouvant une approche bienveillante de la santé.

À travers mon implication dans cette démarche, j'ai pu constater combien la médiation en santé constitue un levier essentiel pour rendre les politiques publiques plus accessibles, plus lisibles et plus équitables. En tant que médiatrice, mon rôle a été de faire le lien : entre les institutions et les habitantes, entre les recommandations médicales et la vie quotidienne, entre les dispositifs existants et ceux qui en ont le plus besoin, mais qui n'y ont pas toujours accès.

Promouvoir la santé par le sport ne se résume pas à encourager la pratique physique. C'est aussi, et peut-être avant tout, reconnaître les inégalités d'accès, écouter les vécus, adapter les dispositifs, construire des passerelles. C'est dans ce travail patient de terrain, à hauteur d'humain, que réside la force de la médiation en santé.

Ce mémoire a tenté de rendre visible cette approche, en montrant comment, à travers des actions simples, situées et partagées, il est possible de contribuer à une société plus inclusive, plus en santé, et plus juste.