

*ÉCOLE DOCTORALE DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES
PERSPECTIVES EUROPEENNES*

Unité de recherche « Sport et Sciences Sociales » - UR1342

THÈSE présentée par :

Pauline BLANC

soutenue le : **10 mars 2025**

pour obtenir le grade de : **Docteur en STAPS de l'université de Strasbourg**

Discipline/ Spécialité : STAPS spécialité Sciences sociales du sport

**La Maison sport-santé de Strasbourg, nouvel instrument
de l'action publique locale ?
Jeux d'acteurs et dynamiques institutionnelles.**

THÈSE dirigée par :

M. William GASPARINI

Professeur, Université de Strasbourg

RAPPORTEURS :

Mme Marina HONTA

Professeure, Université de Bordeaux

Mme Claire PERRIN

Professeure, Université Claude Bernard Lyon 1

AUTRES MEMBRES DU JURY :

M. Gilles VIEILLE MARCHISET Professeur, Université de Strasbourg

Remerciements

L'achèvement de cette thèse marque la fin d'une aventure passionnante et enrichissante, que je n'aurais pu mener à bien sans le soutien de nombreuses personnes.

Je tiens à exprimer ma plus profonde gratitude envers tous ceux qui ont contribué à l'aboutissement de cette thèse, de près ou de loin.

Mes remerciements s'adressent tout d'abord à Mme Honta, Mme Perrin et M. Vieille Marchiset, qui ont accepté d'être membres de mon jury de thèse. Votre intérêt pour mon travail m'honore.

Je souhaitais remercier le laboratoire Sport et Sciences sociales de l'Université de Strasbourg et M. Vieille Marchiset. Chaque conseil éclairé et débat au sein du laboratoire ont participé à l'avancée de mes travaux.

J'ai eu beaucoup de plaisir à échanger durant mon parcours doctoral avec les jeunes chercheurs du laboratoire. Merci pour ces discussions stimulantes. Je suis persuadée que ces moments de partage nous permettent d'alimenter notre soif d'apprendre et nos questionnements, mais aussi de rendre ce parcours doctoral plus agréable et connecté.

Je tiens à remercier les membres de mon comité de suivi de thèse, Mme Knobé et M. Normand. Par leurs critiques constructives, leur disponibilité et leurs apports théoriques, ils ont su nourrir mon travail et mes réflexions. Ils m'ont également encouragée à terminer ce travail de thèse, je leur en sais gré.

Je remercie également mon Directeur de Thèse, M. Gasparini. Depuis mon stage de recherche de Master 2 et jusqu'à la fin de ma thèse, il m'a fait confiance dans l'élaboration de mes recherches. Par ses apports théoriques et réflexifs, il a su aiguiller mon travail et me conseiller. Son expertise m'a incitée à aller toujours plus loin dans mes pensées avec une grande exigence.

Je tiens à exprimer ma profonde gratitude envers les acteurs enquêtés. Ils m'ont généreusement accordé de leur temps pour participer à leurs entretiens. Leurs paroles ont enrichi mes travaux et leur ont donné une consistance essentielle.

Je n'aurais pu effectuer ce travail de thèse sans la Ville de Strasbourg et la Maison sport-santé. Je suis très reconnaissante de leur confiance et je les remercie de m'avoir ouvert les portes de ce terrain d'études, mais aussi de m'avoir intégrée au sein des leurs.

Travailler au sein de la Ville de Strasbourg m'a permis de m'engager avec passion dans le sport-santé et d'effectuer ma recherche au plus près de mon terrain d'études, en recherche action. Au-delà de la thèse, c'est aussi un univers professionnel qui s'est ouvert à moi et des amitiés qui se sont nouées.

Je remercie particulièrement celles qui, en plus de devenir des collègues, sont devenues des amies, Marine et Floriane. Elles m'ont toujours encouragée à continuer mon travail de thèse, tout en sachant comme il est parfois compliqué de le concilier avec la maternité. Chères tathèses, j'aurais toujours plaisir à parler avec vous de sociologie du sport ou des exploits de nos enfants.

Je tiens également à remercier mes amis, ma famille, ma belle-mère, mes parents, ma sœur, pour leur soutien sans faille durant les moments de doute et pour leurs relectures toujours attentives.

Enfin, dans cette aventure qui fut aussi vécue par notre couple, je remercie mon soutien de tous les jours, qui a toujours cru en ma capacité à réaliser cette thèse, mon mari Guillaume. Devenu lui aussi un expert du sport-santé par ricochet, il a été d'un soutien sans faille. Nos discussions m'ont permis de poser mes idées et d'aller plus loin.

Sans son soutien, alors que depuis quelques mois un petit Maxence nous a rejoint, je n'aurais pu terminer ce travail, ce « *deuxième bébé* » comme l'avait appelé l'adjoint en charge de la santé lors de mon départ en congés maternité.

Maxence, la plus belle des aventures, est venu au cours de ce parcours doctoral. Je garderai un souvenir attendri de ces derniers mois de rédaction avec mon bébé qui dormait sur mes genoux à des heures tardives d'écriture et de relecture.

Table des matières

Remerciements	2
Table des sigles et abréviations	11
Table des figures.....	15
Table des illustrations.....	17
Table des tableaux	20
Table des encadrés.....	21
Introduction générale.....	24
I. De la construction de la sédentarité comme problème public aux Maisons sport-santé	25
II. Des Maisons sport-santé comme instruments de l'action publique à la mise en œuvre d'une Maison sport-santé locale	27
III. Une méthode de recherche qualitative au cœur de l'action publique : la thèse en Convention Industrielle de Formation par la Recherche (CIFRe).....	29
IV. Le plan de la thèse	31
Partie 1 - De la sédentarité aux Maisons sport santé : problème public, instruments et acteurs de l'action locale de santé publique	33
Chapitre 1 - La Maison sport-santé, un instrument de reconfiguration de l'action publique locale en faveur de l'activité physique de santé	34
Introduction du chapitre 1.....	35
I. Prévenir la sédentarité par l'activité physique : du problème public à l'action publique	37
A. La sédentarité, une définition à l'épreuve des représentations	37
1. L'émergence de la sédentarité.....	37
2. De l'international au local : pluralisme de définitions et d'approches de la sédentarité et de l'activité physique	39
3. La sédentarité, légitimée par les instruments de l'action publique	42
B. Une action publique à différents échelons pour lutter contre la sédentarité	45
1. Des recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en faveur de l'activité physique de santé	45
2. L'activité physique comme objet d'intervention européenne.....	48
C. Lutter contre la sédentarité par les activités physiques et sportives en France : d'une politique nationale à des actions publiques territoriales	52
1. D'une tradition hygiéniste française à une conception santéiste	52
2. Une action publique territorialisée en faveur de l'activité physique de santé	55
a) De la territorialisation de l'action publique à ses critiques	55
b) Les villes, lieu d'articulation de l'action publique de santé	57

3.	Des instruments mobilisés par les collectivités territoriales pour l'activité physique de santé	58
II.	Les Maisons sport-santé au cœur de l'action publique locale	60
A.	L'inscription des Maisons sport-santé dans une stratégie nationale	60
1.	Une stratégie nationale du sport-santé	60
2.	Un plan national de 500 Maisons sport-santé	61
B.	Vers une typologie des Maisons sport-santé en France	64
1.	Une absence de modèle défini par le cahier des charges national	65
2.	Différentes structurations de Maisons sport-santé	65
a)	Des Maisons sport-santé municipales	66
b)	Des Maisons sport-santé associatives	66
c)	Des Maisons sport-santé privées	67
d)	Un modèle de Maisons sport-santé virtuelles	68
e)	D'autres types de Maisons sport-santé	69
3.	Tableau typologique des Maisons sport-santé :	70
C.	Des principes communs des Maisons sport-santé	73
1.	Un territoire différencié selon les structures	73
2.	Des maisons pour lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé	74
3.	Quelles missions pour les Maisons sport-santé ?	75
4.	Une aide financière à l'amorce	77
III.	Les Maisons sport-santé labellisées, instruments innovants de l'action publique locale ?	79
A.	Des instruments de l'action publique locale	79
1.	Les Maisons sport-santé dans la typologie d'instruments de l'action publique	79
2.	La labellisation, facteur de légitimation des Maisons sport-santé	81
B.	La Maison sport-santé : une innovation ?	84
1.	Les « maisons » dans l'action publique	84
2.	Maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) et Maisons sport-santé : éléments de comparaison	86
3.	Des Maisons sport-santé innovantes ?	88
	Conclusion du chapitre 1 - Les Maisons sport-santé comme réponse au problème public de la sédentarité	90
	Chapitre 2 - La structuration de la Maison sport-santé de Strasbourg : enjeux d'une action publique locale et jeux d'acteurs	92
	Introduction du chapitre 2	93
I.	La Maison sport-santé de Strasbourg : le choix d'un groupement d'intérêt public (GIP) comme modèle d'organisation formelle	95

A.	Des modes de coordination des Maisons sport-santé au groupement d'intérêt public (GIP)	95
B.	L'organisation formelle du groupement d'intérêt public (GIP) de la Maison sport-santé de Strasbourg à travers sa convention constitutive et son organigramme	98
II.	Des acteurs du sport-santé à la construction de catégories d'acteurs de la Maison sport-santé	101
A.	Les acteurs du sport-santé : entre diversité et fragmentation.....	101
B.	Les acteurs de la Maison sport-santé de Strasbourg à l'épreuve de catégories institutionnelles	102
1.	Des catégories institutionnelles d'acteurs observées dans le projet de constitution de la Maison sport-santé	103
a)	Les acteurs internes de la Ville de Strasbourg	103
b)	Les partenaires du projet de Maison sport-santé	106
c)	Bénéficiaires, usagers, habitants, patients experts et communauté de patients	110
d)	Des acteurs « invisibles » ?	110
2.	La construction de nouvelles catégories d'acteurs par la convention constitutive et l'organigramme du GIP	111
C.	Vers une cartographie des acteurs de la MSS de Strasbourg	112
III.	L'impact de l'organisation informelle sur la structuration de la Maison sport-santé de Strasbourg	115
A.	La Maison sport-santé de Strasbourg : des conflits aux compromis.....	115
B.	Des entrepreneurs-frontières à la mobilisation autour de l'action publique locale	116
C.	La Maison sport-santé, produit de pratiques et de stratégies des acteurs	117
IV.	Les bénéficiaires et usagers au sein de la Maison sport-santé de Strasbourg ; acteurs d'une démocratie sanitaire ?	120
A.	Enjeux de la démocratie participative et de la démocratie sanitaire	120
B.	Vers la notion de « patient expert »	124
V.	Vers un corps d'hypothèses	126
A.	Une hypothèse principale	126
B.	Des hypothèses secondaires	128
1.	L'émergence et la structure de la MSS, un effet de contexte	128
2.	L'organisation informelle de la Maison sport-santé influence sa structuration...	129
3.	La Maison sport-santé, instrument de démocratie en sport-santé ?	130
VI.	Une méthodologie d'enquête qualitative en Convention Industrielle de Formation par la Recherche (CIFRe)	132
A.	Le choix d'une méthode qualitative	132
B.	Différents outils d'une méthode qualitative de recherche	133

1. Analyse documentaire.....	133
2. L'étude des archives de la Ville et l'Eurométropole de Strasbourg sur les Bains municipaux.....	134
3. Les entretiens semi-directifs	134
4. Observation participante	139
VII. Une position de recherche au cœur d'une action publique en train de se construire : entre engagement et distanciation.....	141
A. De l'idéal de neutralité du chercheur à l'impact du chercheur sur son terrain d'études	141
1. L'idéal de neutralité du chercheur	141
2. L'impact du chercheur en recherche-action sur un objet en construction	142
B. Une nécessaire prise de distance avec son terrain d'études	145
1. Questionner le choix de son sujet de recherche	146
2. Questionner son rapport antérieur à son terrain de recherche.....	147
C. Prendre conscience du jeu des acteurs et du chercheur face à la double identité de la recherche	148
Conclusion du chapitre 2 - la Maison sport-santé de Strasbourg et ses acteurs	152
Partie 2 – L'analyse des résultats	155
Jeu d'acteurs, structures et contexte de la Maison sport santé de Strasbourg : vers la construction d'une action publique locale de lutte contre la sédentarité	155
Chapitre 1 - La Maison sport santé de Strasbourg : un effet de contexte et de conjoncture ?	156
Introduction du chapitre 1.....	157
I. L'histoire locale hygiéniste comme héritage et soutien au développement de politiques publiques de santé à Strasbourg.....	159
A. La construction d'une action publique locale de santé : le rôle majeur des villes	159
B. La Maison sport-santé de Strasbourg, un projet soutenu par l'héritage des politiques bismarckiennes.....	161
1. Un contexte historique singulier favorable au développement d'actions de santé	162
2. Des données épidémiologiques particulières à l'Alsace : un taux d'obésité qui invite à agir	170
C. La mise en œuvre d'une politique publique de lutte contre la sédentarité.....	173
D. L'essai de clarification du portage des dispositifs de sport-santé à Strasbourg par la Maison sport-santé	183
II. L'émergence de la Maison sport-santé de Strasbourg : un groupement d'intérêt public face aux défis politiques, financiers et immobiliers de l'action publique locale.....	185
A. La structuration de la Maison sport-santé à l'aune des élections municipales et dans un contexte financier contraint : l'illusion d'une simplification ?	185

B.	Les Bains municipaux : une opportunité foncière	191
III.	L'impact limité des normes extérieures du sport-santé sur la structuration de la Maison sport-santé.....	196
A.	La Maison sport-santé porteur d'un héritage local du sport-santé et son inscription dans l'appel à projet national : une influence limitée	196
B.	La réforme régionale du sport-santé et son impact sur la Maison sport-santé.....	200
C.	L'ambition de « <i>Territoire de santé de demain</i> » et de son modèle économique	205
	Conclusion du chapitre 1 - le contexte local comme conjonction d'opportunités et de contraintes pour la Maison sport-santé de Strasbourg.....	210
	Chapitre 2 – La Maison sport-santé, instrument de l'action publique : coordination d'acteurs, stratégies et organisation informelle	213
	Introduction du chapitre 2.....	214
I.	L'institutionnalisation de la Maison sport-santé : les limites d'une co-construction des règles entre acteurs	216
A.	Mettre en place des normes collectives dans l'élaboration du groupement d'intérêt public	216
1.	Faciliter la mise en œuvre d'une « culture commune » par l'engagement autour d'une démarche collective.....	217
2.	Du pouvoir d'impact modéré des acteurs dans l'élaboration de la Maison sport-santé aux premières formes de conflits	226
B.	Créer une « <i>culture commune</i> » au sein de l'équipe administrative de la Maison sport-santé.....	230
1.	Du double portage administratif à une entité unique : le travail autour d'outils symboliques pour constituer une équipe commune	230
2.	Portraits d'agents, le sport comme facteur d'unité et de légitimité	236
3.	Des limites dans l'établissement d'une identité commune administrative	243
II.	Une mobilisation concurrentielle des acteurs institutionnels au sein de la Maison sport-santé	251
A.	L'acteur de la Maison sport-santé au cœur d'une mobilisation institutionnelle..	251
1.	L'organisation d'une place des institutions au sein du GIP : débat autour de la représentativité	251
2.	Les lettres d'intention, expression des stratégies institutionnelles	256
3.	Peut-on lier représentation institutionnelle et poids dans le processus décisionnel ?	259
B.	Des logiques institutionnelles ou individuelles de l'engagement dans l'action publique locale : entre stratégie et opportunisme ?.....	262
1.	L'engagement au sein de la Maison sport-santé comme stratégie institutionnelle	262
2.	Quand l'opportunité de rejoindre l'action publique locale survient : différentes logiques d'engagement.....	269

3. La place d'une socialisation antérieure au sport et des valeurs dans l'engagement des acteurs dans l'action publique.....	272
III. Des règles formelles du groupement d'intérêt public qui redéfinissent la place des acteurs.....	278
A. Des institutions dont la place change dans l'action publique locale : résistance, retrait et redéfinitions	278
B. La place de la Ville de Strasbourg dans l'action publique : entre prééminence incontestée et résistances	283
1. Des contributions majoritaires de la Ville de Strasbourg dans le groupement d'intérêt public : un GIP profondément déséquilibré et une place réaffirmée	284
2. Étude des relations interinstitutions entre la Ville de Strasbourg et la Maison sport-santé : rupture symbolique, résistance et dépendance	288
IV. Des conflits dans la définition des frontières de l'action publique : l'exemple de la prévention primaire.....	293
V. L'organisation informelle de la Maison sport-santé ou la maîtrise des règles du pouvoir	302
A. Des entrepreneurs-frontières qui redéfinissent l'action publique locale.....	302
1. Des acteurs stratégiques multi-positionnés : l'exemple de l'élus en charge de la santé parmi d'autres.....	302
2. Manier les zones d'incertitude pour mieux contrôler l'action publique : le pouvoir des entrepreneurs-frontières	306
B. Les agents, décideurs de l'action publique locale : l'exemple de la réforme du parcours sport-santé	311
Conclusion du chapitre 2	314
Chapitre 3 : La Maison sport-santé de Strasbourg, instrument de démocratie en sport-santé ?	319
Introduction du chapitre 3.....	320
I. Du cadre national à la définition des instances des usagers de la Maison sport-santé de Strasbourg.....	324
A. La participation des usagers au sein des Maisons sport-santé : mise en œuvre d'un objectif national et appréhension par les acteurs locaux.....	324
B. De la définition des patients et usagers du système de santé à la Maison sport-santé de Strasbourg	330
C. D'une intégration limitée des usagers à la mise en œuvre d'un comité des usagers à la Maison sport-santé de Strasbourg	334
II. L'institutionnalisation du comité des usagers et de la représentation d'usagers de la Maison sport-santé : vers un encadrement de la parole des bénéficiaires ?	350
A. La structuration du comité des usagers comme instrument de « <i>gouvernement des conduites</i> » ?	350

B.	Des craintes de conflits d'expertises entre bénéficiaires et acteurs institutionnels de la Maison sport-santé	356
III.	Des représentants d'utilisateurs dans l'action publique locale : portraits, ressources, compétences et quête d'intérêts	360
A.	Portraits croisés de représentants d'utilisateurs : des parcours familiaux et professionnels complexes à la pratique du sport comme revanche	360
B.	De la mobilisation de ressources pour devenir représentants des utilisateurs vers l'auto-sélection de bénéficiaires « <i>compétents</i> »	364
C.	Des représentants d'utilisateurs qui poursuivent des intérêts dans leur engagement	374
IV.	De la représentation des utilisateurs au sein de la Maison sport-santé aux ambassadeurs de l'action publique locale.....	379
A.	L'identification des limites à l'exercice d'une parole des utilisateurs de la Maison sport-santé	379
B.	Des interprétations sur le rôle du comité des utilisateurs qui divisent les représentants des utilisateurs	394
C.	Vers la mobilisation du concept d'ambassadeurs de la Maison sport-santé.....	398
	Conclusion du chapitre 3	414
	Conclusion générale	417
I.	La structuration de la Maison sport-santé comme instrument de l'action publique locale au sein d'un contexte multifactoriel.....	418
II.	Vers une typologie des acteurs de la Maison sport-santé.....	425
III.	L'analyse transversale des dynamiques d'acteurs dans la construction de la Maison sport-santé de Strasbourg, l'essai d'une schématisation de l'action publique locale	435
IV.	Les limites de la recherche doctorale.....	437
V.	Des perspectives de recherche à envisager.....	439
VI.	Les implications pratiques d'une recherche en CIFRe : des préconisations émanant de la recherche.....	443
	Bibliographie	446
	Annexes	493
	Table des annexes.....	494

Table des sigles et abréviations

1. AAP : Appel à projet
2. ACES : Association des capitales européennes du sport
3. ANDES : Association nationale des élus en charge du sport
4. ANSES : Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail
5. AP : Activité physique
6. APS : Activité physique et sportive
7. AFA : Attività Fisica Adattata
8. ALD : Affections de longue durée
9. APAS : Activités physique adaptées et santé
10. APT : Activité physique pour tous
11. ARS : Agence Régionale de Santé
12. ASPTT : Association sportive des postes, télégraphes et téléphones Strasbourg
13. ATR (loi) : loi Administration Territoriale de la République
14. BAFA : Brevet d'aptitude aux fonctions d'animateur
15. BEESAN : Brevet d'Éducateur Sportif des Activités de la Natation
16. BP : Brevet professionnel
17. BTS : Brevet de Technicien Supérieur
18. CAAPS : Conseils et Accompagnement pour Agir en Promotion de la Santé
19. CAF : Caisse d'Allocations Familiales
20. CAPSE : programme de recherche « Pour une Culture commune de l'Action Publique Sociale Européenne »
21. CARSAT : Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail
22. CCI : Commission de conciliation et d'indemnisation
23. CDOS : Comité Départemental Olympique et Sportif
24. CEA : Collectivité européenne d'Alsace
25. CEED : Centre européen d'études du diabète
26. CGCT : Code général des collectivités territoriales
27. CGET : Commissariat général à l'Égalité des territoires
28. CHSCT : Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
29. CHU : Centre Hospitalo-Universitaire
30. CIFRE : Convention industrielle de formation par la recherche

31. CLS : Contrat Local de Santé
32. CNAPS : Conseil National des Activités Physiques et Sportives
33. CNRS : Centre Nationale de la Recherche Scientifique
34. COPIL : Comité de pilotage
35. COVID-19 : La maladie à coronavirus 2019 / coronavirus disease 2019
36. CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
37. CREPS : Centre de ressources, d'expertise et de performance sportives
38. CROS : Comité Régionale Olympique et Sportif
39. CRUQPC : Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge
40. CUS : Communauté urbaine de Strasbourg
41. DESS : Diplôme d'études supérieures spécialisées
42. DNA : Dernières Nouvelles d'Alsace
43. DRAJES : Délégations régionales académiques à la jeunesse, à l'engagement et aux sports
44. DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
45. DRJSCS : Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et des Cohésions sociales
46. DS1A : Bureau de l'accès aux pratiques sportives tout au long de la vie du Ministère des sports
47. DU : Diplôme universitaire
48. EHESP : École des hautes études en santé publique
49. EIS : Évaluation d'impact en santé
50. EPCI : Établissement public de coopération intercommunale
51. EPS : Éducation physique et sportive
52. EPSAN : Établissement Public de Santé Alsace Nord
53. ESS : Économie sociale et solidaire
54. E3S : Laboratoire sport et sciences sociales
55. ETAPS : Éducateur territorial des activités physiques et sportives
56. ETP : Équivalent temps plein ou Éducation thérapeutique du patient
57. GIP : Groupement d'intérêt public
58. HASIC : Healthy Ageing Supported by Internet and Community
59. HEPA : Health Enhancing Physical Activity
60. HPST (loi) : loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires »
61. HUS : Hôpitaux universitaires de Strasbourg

62. IDEX : Initiative d'Excellence
63. IEP : Institut d'études politiques
64. IGAS : Inspection générale des affaires sociales
65. IGJS : Inspection générale de la jeunesse et des sports
66. IMC : Indice de masse corporelle
67. INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
68. INSEP : Institut national du sport, de l'expertise et de la performance
69. INSERM : Institut national de santé et de recherche médicale
70. IREPS : Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé
71. JO : Jeux Olympiques
72. JORF : Journal Officiel de la République Française
73. JOUE : Journal officiel de l'Union européenne
74. MBA : Master of Business Administration
75. MAIA : Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie
76. MDA : Maison des Adolescents
77. MDS : Mutuelle des sportifs
78. MET : Metabolic Equivalent of Task
79. MFA : Mutualité Française Alsace
80. MGEN : Mutuelle Générale de l'Éducation Nationale
81. MMS : Maison Sport-Santé
82. MSP : Maison de santé pluridisciplinaire
83. MUS : Maison urbaine de santé
84. NAKO : National Cohort Study
85. OCDE : Organisation de coopération et de développement économique
86. OMS : Organisation Mondiale de la Santé
87. ONAPS : Observatoire Nationale de l'Activité Physique et de la Santé
88. ONG : Organisation non gouvernementale
89. PASS : Physical Activity Serving Society
90. PAMA : Plan d'action pour les mobilités actives
91. PNAPS : Programme national de prévention par l'activité sportive
92. PNNS : Programme national nutrition santé
93. PRECCOSS : PRise En Charge Coordinnée des enfants Obèses et en Surpoids
94. PRESCRIMOUV : programme régionale de l'ARS en matière d'amélioration de la santé

- 95. PSSBE : Plan Sport Santé Bien-être
- 96. QVP : Quartier prioritaire de la politique de la ville
- 97. REDOM : Réseau diabète obésité et maladies cardiovasculaires
- 98. RER : Réseau Express Régional
- 99. RLAM : Régime local d'assurance maladie
- 100. SCIC : Société commerciale d'intérêt collectif
- 101. SESAME (projet d'étude de la structure Mon Stade) : Sport Et Santé à Mon stadE
- 102. SNS : Stratégie nationale de santé
- 103. SPL : Société publique locale
- 104. SSSO : Sport-santé sur ordonnance
- 105. STAPS : Sciences et techniques des activités physiques et sportives
- 106. TFUE : Traité sur le Fonctionnement de l'Union européenne
- 107. TIGA : Territoire d'innovation de grande ambition
- 108. TSD : Territoires de santé de demain
- 109. UE : Union européenne
- 110. UFOLEP : Union française des œuvres laïques d'éducation physique
- 111. UGECAM : Union pour la Gestion des Établissements des Caisses d'Assurance Maladie
- 112. UNICEF : Fonds des Nations unies pour l'enfance
- 113. VIH-SIDA : Virus de l'Immunodéficience Humaine / Syndrome d'Immunodéficience Acquise
- 114. VIT'ACTIV : Association proposant des séances d'activités physiques adaptées
- 115. VYV (groupe) : Union mutualité de groupe

Table des figures

Figure 1 – Nombre de Maisons sport-santé par région (Blanc, P).	71
Figure 2 – Types de structures porteuses des Maisons sport-santé (Blanc, P).....	71
Figure 3 – Les acteurs de la Maison sport-santé (Blanc, P).	103
Figure 4 – Les acteurs internes de la Ville de Strasbourg (Blanc, P).....	103
Figure 5 – Les partenaires du projet de Maison sport-santé (Blanc, P).	106
Figure 6 – Schéma de l’origine des agents rejoignant au 1 ^{er} janvier 2021 la Maison sport-santé	231
Figure 7 – Profils d’éducateurs sportifs	236
Figure 8 – Profil du médecin référent	237
Figure 9 – Des profits d’éducateurs sportifs nouvellement recrutés par la Maison sport-santé	238
Figure 10 – Profils de l’équipe PRECCOSS	239
Figure 11 – Différents agents mis à disposition au sein de la Maison sport-santé, état des lieux de leur prise en charge financière (Blanc, P).....	246
Figure 12 - Schéma des différents types d’engagements au sein du GIP (Blanc, P).	276
Figure 13 - Schéma du processus de décision dans le cadre de l’écriture de la convention constitutive du GIP (Blanc, P).....	315
Figure 14 - Schéma du processus de décision dans le cadre de la réforme du parcours sport-santé (Blanc, P.)	316
Figure 15 - Schéma du processus de décision dans le cadre de l’inclusion de bénéficiaires dont l’IMC > 35.....	317
Figure 16 - Schéma du processus de régulation conjointe lors de la réforme du parcours sport-santé (Blanc, P.).	318
Figure 17 - Réponses des bénéficiaires lors des olympiades sport-santé, à la question « quelle est l’utilité du comité des usagers ? », le 3 juillet 2021.	340
Figure 18 – Schéma représentant les différents niveaux des dispositifs de participation des usagers au sein de la Maison sport-santé, Blanc, P.	349
Figure 19 - Schématisation des compétences pour la représentation d’usagers selon les usagers et l’administration de la Maison sport-santé.	373
Figure 20 - La Maison sport-santé, instrument de l’action publique en construction (Blanc, P.).	420
Figure 21 - Cartographie des acteurs selon leur intégration dans l’organisation formelle de la Maison sport-santé et leur influence sur le projet (Blanc, P).	426
Figure 22 - Essai autour d’une typologie des acteurs de la Maison sport-santé (Blanc, P). ..	428
Figure 23 - Cartographie des acteurs selon la typologie développée (Blanc, P).....	430
Figure 24 - Cartographie des acteurs selon la typologie développée (influence – engagement) laissant apparaître l’espace de maîtrise forte des règles du pouvoir (Blanc, P).	432

Figure 25 - Niveau de maîtrise du pouvoir par les acteurs et intégration des acteurs à l'action publique (Blanc, P).....	433
Figure 26 - schéma de l'organisation des interactions entre acteurs au sein de la Maison sport-santé de Strasbourg (Blanc, P).	436

Table des illustrations

Illustration 1 – Les Maisons sport-santé, une grande variété de structures.....	73
Illustration 2 – Répartitions des missions obligatoires ou optionnelles des Maisons sport-santé	76
Illustration 3 - Réunion du groupe de travail sport-santé des Villes-Santé de l’OMS, 2022.	109
Illustration 4 – Collèges de la Maison sport-santé	111
Illustration 5 - Carte heuristique des acteurs de la Maison Sport-Santé de Strasbourg (Blanc, P).	113
Illustration 6 - Écosystème d’une thèse CIFRe	142
Illustration 7 - Le doctorant dans une posture de professionnel, Assises européennes du sport-santé.....	143
Illustration 8 - Le dispositif CIFRe selon PEK	144
Illustration 9 - Signature du mail professionnel de la doctorante (Blanc, P).	148
Illustration 10 - Document d’archives, de présentation des instruments d’activité physique aux Bains Municipaux.	164
Illustration 11 - Extrait des Dernières Nouvelles d’Alsace portant sur la création d’un service de gymnastique.....	165
Illustration 12 - la cité jardin Ungemach, une expérience de l’eugénisme	167
Illustration 13 - « Les jardins ungemach », une natalité supérieure à la natalité française....	167
Illustration 14 - Caricature de l’Alsace, assises européennes du sport-santé.....	171
Illustration 15 - Distribution régionale de la prévalence de l’obésité.....	171
Illustration 16 – schéma des parts modales dans le Bas-Rhin et l’Eurométropole	176
Illustration 17 – Plaquette de présentation du dispositif VITABOUCLE.....	177
Illustration 18 - Onglet bénéficiaire du site internet de la Maison sport-santé	180
Illustration 19 - Plaquette de présentation du dispositif PRECCOSS.....	182
Illustration 20 – Présentation des espaces de la Maison sport-santé.....	194
Illustration 21 - Situation géographique de la Maison sport-santé.....	194
Illustration 22 - Visite par les partenaires du chantier de l’aile médicale des Bains Municipaux	195
Illustration 23 – Présentation des parcours Prescri’mouv dans le pass	201
Illustration 24 - Schéma de présentation des parcours de sport-santé sur ordonnance	203
Illustration 25 - Une méthode de travail participative dans l’élaboration de la Maison sport-santé.....	218
Illustration 26 - Poursuite d’une démarche collaborative le 5 février 2019.....	218
Illustration 27 – Les mots clés de la Maison sport-santé d’après les acteurs.....	219
Illustration 28 - Les valeurs socles de la Maison sport-santé d’après les acteurs	220
Illustration 29 - Synthèse de l’atelier 1 : le socle de la Maison sport-santé.....	221

Illustration 30 – La gouvernance de la Maison sport-santé.....	222
Illustration 31 - Invitation au lancement de la démarche de design actif	224
Illustration 32 - Synthèse de l’atelier de lancement de la démarche de design actif « construire ensemble » de la Maison sport-santé, 17 mars 2021.....	225
Illustration 33 - Master plan olympique de la politique sportive présentation.....	229
Illustration 34 - Les ateliers de design actif avec les agents de la Maison sport-santé	233
Illustration 35 - Publication Facebook de la Maison sport-santé à la suite d’un atelier de design actif.....	234
Illustration 36 – Organigramme de la Maison sport-santé en cours d’élaboration	235
Illustration 37 – Journée de cohésion randonnée en Allemagne, du 9 septembre 2021.	241
Illustration 38 - Balade à cheval hors temps de travail entre agents de la Maison sport-santé, le 15 septembre 2022.	241
Illustration 39 - Activité aquagym de cohésion des agents de la Maison sport-santé, 15 novembre 2021.....	242
Illustration 40 – Photo de groupe de la journée cohésion de la Maison sport-santé	242
Illustration 41 - Exemple d’une signature mail de la Maison sport-santé de Strasbourg.....	249
Illustrations 42 - Adoption de la nouvelle charte graphique de la Maison sport-santé de Strasbourg.....	250
Illustration 43 – Les instances du groupement d’intérêt public	255
Illustration 44 - Brève d’installation des instances de la Maison sport-santé – DNA du 24 novembre 2020.....	259
Illustration 45 – Résultats du vote électronique d’élection du président du groupement d’intérêt public Maison sport-santé de Strasbourg.	261
Illustration 46 - Extrait de l’organigramme de la Maison sport-santé (juin 2019).....	279
Illustration 47 – Part des financeurs dans la destination GENERAL MSS	286
Illustration 48 - Présentation du rétro planning de la définition de l’offre de prévention primaire proposée par la Maison sport-santé	294
Illustration 49 - Présentation de l’offre de prévention primaire de la Maison sport-santé.....	295
Illustration 50 - Présentation du projet Joue pour ta Santé	297
Illustration 51 – Présentation de l’application NUTRIMOUV	298
Illustration 52 - Retour sur le 15 ^e groupe de travail des Villes sport-santé.....	300
Illustration 53 - Organigramme cible de la Maison sport-santé.....	307
Illustration 54 – Proposition d’une classification les différents rôles des patients engagés... 330	
Illustration 55 – Évolution du nombre de bénéficiaires actifs par année	333
Illustration 56 – Répartition en % des tranches tarifaires sur les 4 dernières années.....	334
Illustration 57 – Publication facebook de la Maison sport-santé relative aux assises européennes du sport-santé sur ordonnance	335
Illustration 58 - Les olympiades de la Maison sport-santé, 3 juillet 2021	341

Illustration 59 - Les olympiades de la Maison sport-santé, valorisation sur les réseaux sociaux de la Maison sport-santé, juillet 2021	342
Illustration 60 – Photo d’une réunion du comité des jeunes PRECCOSS	344
Illustration 61 – Flyer réalisé par les représentants des usagers, appel à volontariat.....	368
Illustration 62 - Profil Facebook public d’une représentante des usagers de la Maison sport-santé.....	369
Illustration 63 - Publication Facebook de la Maison sport-santé à un événement sportif.....	376
Illustration 64 : Publication Facebook de la Maison sport-santé relative aux pratiques libres des bénéficiaires	377
Illustration 65 - Extrait du rapport d’activité 2022 de la Maison sport-santé de Strasbourg.	391
Illustration 66 - Portrait de bénéficiaires - Patricia	402
Illustration 67 - Portrait de bénéficiaire – Brigitte	402
Illustration 68 - L’échelle de la participation d’Arnstein modifiée.....	411
Illustration 69 - l’échelle de la participation de Davidson	413

Table des tableaux

Tableau 1 - Différentes définitions données par les acteurs de la sédentarité (Blanc, P).	41
Tableau 2 – Typologie des Maisons sport-santé (Blanc, P).	72
Tableau 3 - Missions optionnelles et obligatoires des Maisons sport-santé (Blanc, P).	75
Tableau 4 – Les différentes maisons de l’action publique locale et nationale (Blanc, P).	85
Tableau 5 - Extrait de la note au comité technique relative aux agents de la Ville de Strasbourg, 2020.	285

Table des encadrés

Encadré 1 - Les instruments de l'action publique selon Lascoumes et Le Galès (Lascoumes, Le Galès, 2005)	59
Encadré 2 - De l'intérêt de comparer différentes structurations de Maisons sport-santé.....	70
Encadré 3 - Définition sociologique des instruments de l'action publique.....	79
Encadré 4 - LOI n° 2022-296 du 2 mars 2022 visant à démocratiser le sport en France.....	80
Encadré 5 - Décret n° 2023-170 du 8 mars 2023 relatif à l'habilitation des Maisons sport-santé	83
Encadré 6 - La coordination de l'action publique : quelques exemples dans le domaine de la santé.....	96
Encadré 7 - Définition d'un Groupement d'intérêt public (GIP)	97
Encadré 8 - Les instances du GIP Maison sport-santé de Strasbourg.....	99
Encadré 9 - La démocratie participative dans les collectivités territoriales	120
Encadré 10 - Une évaluation d'impact sur la santé (EIS) selon l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé	123
Encadré 11 - Recensement des documents utilisés pour l'analyse documentaire.....	133
Encadré 12 – Des difficultés d'anonymisation du terrain d'études	138
Encadré 13 - Une position de tiers-médiateur de l'action publique ?	144
Encadré 14 - Prise de distance et vocabulaire institutionnel	150
Encadré 15 – Strasbourg lieu d'expérimentations : controverses d'une expérience eugénésique autour de la cité Ungemach.....	166
Encadré 16 - Retour sur la notion de dispositif	178
Encadré 17 - Peut-on parler de dispositif pilote pour sport-santé sur ordonnance à Strasbourg ?	180
Encadré 18 - Le projet immobilier de la Maison sport-santé de Strasbourg.....	193
Encadré 19 – L'inscription de la Maison sport-santé de Strasbourg au sein du groupe de travail sport-santé sur ordonnance du réseau des villes-santé de l'OMS : asseoir son leadership dans l'action publique nationale	198
Encadré 20 - Présentation des niveaux d'accompagnement selon des situations potentielles.....	202
Encadré 21 - Le modèle économique de la Gesundes Kinzigtal.....	206
Encadré 22 - L'organigramme, image idéalisée d'une organisation.....	235
Encadré 23 - L'article 109 de la loi n° 2011-525 du 17 mai 2011 de simplification et d'amélioration de la qualité du droit prévoit trois catégories de personnels	243
Encadré 24 – Retour sur le processus en matière de ressources humaines des agents du groupement d'intérêt public Maison sport-santé de Strasbourg.....	244
Encadré 25 - Un projet immobilier retardé qui ne sert pas la mise en œuvre du collectif administratif	247

Encadré 26 – L'étude de deux lettres d'intention de membres fondateurs : anticiper sa position dans la Maison sport-santé	257
Encadré 27 - Extrait du procès-verbal du conseil d'administration électif du 18 novembre 2020	260
Encadré 28 - Le laboratoire d'innovation ouverte	265
Encadré 29 - Une résistance du corps médical à l'action publique locale	267
Encadré 30 - Portrait du directeur général de l'association Siel Bleu (9 mars 2021) : une socialisation universitaire à l'activité physique adaptée	273
Encadré 31 – Portrait d'une chargée de mission au sein de l'agence régionale de santé (26 janvier 2021) : un parcours d'engagement professionnel dans le sport-santé	273
Encadré 32 - Portrait du directeur de la Maison sport-santé (5 mai 2021) : une carrière dédiée à la santé.....	274
Encadré 33 - Portrait du coordinateur des programmes stratégiques, Pôle de compétitivité BioValley France (22 février 2021) : l'innovation en santé comme réorientation professionnelle	274
Encadré 34 - Portrait d'une éducatrice sportive du dispositif sport-santé sur ordonnance (19 février 2021) : une vie tournée vers le sport	275
Encadré 35 - Une difficile coordination des ministères décentralisés dans le sport-santé.....	282
Encadré 36 - Présentation du programme Joue pour ta santé.....	296
Encadré 37 – D'autres partages en débat - La question du pilotage du groupe de travail sport-santé des villes santé de l'OMS.....	300
Encadré 38 - L'intégration d'une Maison sport-santé bas-rhinoise dans le GIP pour mieux contrôler son déploiement ?	309
Encadré 39 - Extrait du cahier des charges de l'appel à projet des Maisons sport-santé concernant la participation des usagers	324
Encadré 40 - Définition de l'éducation thérapeutique du patient d'après une chargée de mission de l'ARS.....	328
Encadré 41 - Qui sont les bénéficiaires de la Maison sport-santé ?	333
Encadré 42 - Article 16 de la Convention constitutive du GIP – Le Comité des usagers.....	339
Encadré 43 - Le comité des usagers PRECCOSS	343
Encadré 44 - De la différence entre participant et représentant	347
Encadré 45 - Vers la détermination de différents niveaux de la participation des usagers au sein de la Maison sport-santé ?	348
Encadré 46 - Portrait d'une bénéficiaire au parcours engagé dans la lutte contre l'obésité, 19 février 2021	360
Encadré 47 – Portrait d'un représentant d'usagers : un parcours professionnel éclectique, le 18 janvier 2021.....	362
Encadré 48 - Vers la création d'une communauté de bénéficiaires ?	376

Encadré 49 - La Covid_19 limitant le développement du comité des usagers et des représentants des usagers.....	392
Encadré 50 - D'une conception promue par les acteurs du concept de patient-expert à son application interrompue.....	404
Encadré 51 - Comment décrire la démocratie participative déployée au sein de la Maison sport-santé d'après l'échelle de la participation d'Arnstein ?	410

Introduction générale

I. De la construction de la sédentarité comme problème public aux Maisons sport-santé

« La sédentarité est l'une des premières causes de mortalité en France. Elle fait chaque année dix fois plus de victimes que la route »

Roxana Maracineanu, ministre des Sports¹.

Traitée par les pouvoirs publics comme un problème public (Gusfield, 2009) et un risque pour la santé, la sédentarité ne se réduit pourtant pas à un seul phénomène sanitaire. Elle renvoie à une construction sociale, politique et symbolique, à la production et à la réception de récits lui conférant « *individualité, réalité et légitimité* » (Cefaï, 1996).

Son cadrage en tant que problème public est justifié (Neveu, 2017). C'est dans cette étape qu'entrent les rapports d'experts, les statistiques, qui crédibilisent le problème en tant que tel. Les eurobaromètres sur l'activité physique de 2014, 2017 et 2022 participent à la mise en visibilité de la sédentarité. Parmi ces statistiques, les évaluations des coûts de l'obésité participent à légitimer la sédentarité comme problème public (Ministère des sports, 2017).

La mobilisation des acteurs autour de ce problème devenu saillant (Lascoumes, Le Galès, 2012) engage une réponse à différents niveaux de gouvernance (Gasparini, 2017). Ainsi, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) développe des recommandations en faveur de l'activité physique de santé. Le sport et la santé font également l'objet d'une européanisation via la diffusion de recommandations, labellisations et règles via des institutions comme le Conseil de l'Europe ou la Commission européenne. En 2012, apparaît par exemple le concept d'*Health Enhancing Physical Activity*. Il répond en partie à l'objectif européen d'encourager l'activité physique.

Les villes sont en première ligne de l'action publique locale de santé. Elles déploient ainsi de multiples outils dont les contrats locaux de santé. Ainsi, le réseau des Villes-Santé de l'OMS favorise également la circulation d'expériences et de bonnes pratiques pour la mise en place d'une vision européenne de la santé et des politiques de sport-santé (Blanc, Gasparini, Laronze, 2020).

¹ Maracineanu, R. (2020). Édito. Dans : Ministère des Solidarités et de la Santé, Ministère chargé des Sports. (2020). *Les Maisons Sport-Santé*, dossier de presse. Mai 2020. https://pole-sante.creps-vichy.sports.gouv.fr/wp-content/uploads/2020/05/maisonssportsante_dp_v12b.pdf

C'est dans ce contexte que les acteurs développent des politiques publiques en matière de prévention des maladies chroniques par l'activité physique de santé (Gasparini, Knobé, 2021). Le programme national nutrition santé (PNNS) marque le lancement de recommandations pour l'activité physique liées aux comportements individuels (Fassin, 2008). Ce plan sport-santé bien être s'appuie sur les entités décentralisées de l'État : ARS et DRJSCS. Mais la conduite de l'interministérialité locale se heurte souvent à l'opposition de divers ministères (Honta, 2003).

Alors que le sport-santé est introduit dans la loi de modernisation de notre système de santé, en 2017, le président de la République inscrit dans la stratégie nationale sport-santé 2019-2024 le développement de 500 Maisons sport-santé. Pensé comme relai de la stratégie nationale du sport-santé, le label des Maisons sport-santé intervient comme une « *extension des modalités d'investissement de l'État et de l'action publique jusque dans le gouvernement des comportements individuels* » (Bergeron, Castel, Dubuisson-Quellier, 2014). Il légitime l'action des acteurs (Honta, Illivi, 2019).

Ces Maisons sont définies par un cahier des charges qui oriente les structurations locales, mais reste suffisamment indéterminé pour permettre aux structures de se déployer avec hétérogénéité selon les territoires et leurs spécificités. Le rapport de Oualhaci illustre par cette citation cette diversité :

« *Les MSS peuvent avoir des statuts hétérogènes : associations (51 %), collectivités territoriales (14 %), établissements de santé publique (3 %), sociétés commerciales (29 %), plateformes numériques, structures itinérantes.* ».²

Les Maisons sport-santé se retrouvent ainsi au cœur de l'espace local du sport-santé, des processus de coopération et de stratégie propres aux acteurs de chaque territoire. En effet, Perrin et Perrier (2022) montrent que le gouvernement des corps de Foucault, instauré par l'État, prend forme par des acteurs multiples (enseignants APA, éducateurs sportifs, professions médicales et paramédicales, bénévoles profanes). Ces acteurs s'emparent du terrain et « *deviennent concrètement des garants locaux de l'État sanitaire en action.* » (Perrin, Perrier, 2022).

² Oualhaci, A. (2023). Maisons sport-santé : l'émergence et la structuration d'un nouvel instrument d'action publique, INJEP Notes & Rapport/Rapport d'étude. N°2023/05. <https://injep.fr/wp-content/uploads/2023/06/rapport-2023-05-Maisons-Sport-Sante.pdf>

II. Des Maisons sport-santé comme instruments de l'action publique à la mise en œuvre d'une Maison sport-santé locale

Notre recherche s'appuie sur la définition des Maisons sport-santé en tant qu'instruments de la lutte contre la sédentarité. Nous considérons les instruments de l'action publique comme :

« [...] *Un dispositif à la fois technique et social qui organise des rapports sociaux spécifiques entre la puissance publique et ses destinataires en fonction des représentations et des significations dont il est porteur.* »

(Lascoumes, Le Galès, 2012).

Cette notion d'instrument de l'action publique nous permet d'étudier le déploiement d'une Maison sport-santé dans son contexte particulier, à Strasbourg. Il s'agit, à travers cette définition, de comprendre la structuration de la Maison sport-santé comme la rencontre entre d'un côté, des acteurs dotés de ressources, ayant des représentations et poursuivant des intérêts, et, de l'autre, des institutions, des processus et des résultats.

Si différentes recherches ont pu porter sur les instruments de l'action publique (Crozier, Friedberg, 1977 ; Lascoumes, Le Galès, 2004), sur les dispositifs du sport santé (Gasparini, Knobé, 2021) ou encore sur la construction d'une action publique nationale de sport-santé (Illivi, Honta, 2020 ; Perrin, Perrier, 2022), cette recherche est innovante, car elle s'intéresse à l'appropriation et à la structuration par les acteurs locaux de la Maison sport-santé comme nouvel instrument de l'action publique locale de lutte contre la sédentarité.

En analysant les discours des acteurs de la Maison sport-santé, à partir d'une enquête qualitative, cette thèse entend interroger les logiques de construction de l'action publique locale. Le discours que portent les acteurs locaux sur un contexte local spécifique nous invite à considérer que l'action publique s'enchaîne dans des contextes qui en façonnent l'appropriation (Halpern et al. 2014)³.

³ Halpern, C. Lascoumes, P. Le Galès, P. (Dir.). (2014). *L'Instrumentation de l'action publique : Controverses, résistance, effets*. Presses de Sciences Po, pp.528, 2014, Académique. Concernant les contrats locaux de santé : Honta, M. Haschar-Noé, N. Salamero, E. (2018). L'État à l'épreuve de la régulation territoriale. La mise en négociations des contrats locaux de santé. *Négociations*. 2018/1 n° 29 pages 143 à 155. <https://doi.org/10.3917/neg.029.0143>

Nous verrons que l'histoire permet aux acteurs locaux de créer du sens à leurs actes (Certeau, 1990) et que les rapports et les statistiques sur l'obésité sont utilisés par les acteurs pour légitimer leurs actions. Nous utiliserons la notion d'instrument de gouvernement (Lascoumes, Le Galès, 2004) pour questionner les Maisons sport-santé et leur inscription dans un contexte national et local permettant à l'État de contrôler l'action publique locale.

La coexistence d'une organisation informelle et d'une organisation formelle (Crozier, Friedberg, 1977) sera mise en exergue dans notre recherche doctorale. Lorsque l'organisation formelle ne suffit plus à contrôler les relations entre les acteurs, ces derniers mettent en place une organisation informelle avec des formes de coopération, mais également des tensions, qui conduisent à des régulations (Reynaud, 1997). Dans cette organisation informelle, leur positionnement donne à voir leurs stratégies personnelles et institutionnelles (Crozier, 1963), mais également des intérêts. Dans ce jeu, certains acteurs semblent dominer l'action publique locale, les entrepreneurs frontières (Callon, 1986) et les agents (Lipsky, 1980).

Ainsi, l'engagement individuel et collectif dans la construction de la Maison sport-santé de Strasbourg ne peut se comprendre qu'à deux conditions : en analysant les trajectoires, parcours, positions, stratégies et intérêts des acteurs et en resituant l'organisation des relations d'une part en diachronie (l'effet de l'histoire) et, d'autre part, en synchronie (l'effet de l'espace de l'action publique locale du sport-santé).

Notre hypothèse principale nous conduira à étudier à travers le discours des acteurs les processus de définition de l'action publique locale. L'objet de la recherche sera de montrer quel est le rôle joué par les acteurs dans la définition de l'action publique locale. Nous serons amenés à étudier la Maison sport-santé à partir du concept des configurations (Elias, 1981), afin de déterminer plusieurs configurations d'acteurs au sein de la structure.

III. Une méthode de recherche qualitative au cœur de l'action publique : la thèse en Convention Industrielle de Formation par la Recherche (CIFRe)

La recherche mobilise une méthodologie d'enquête qualitative, justifiée par l'étude d'un instrument de l'action publique en train de se construire. Nous considérons que cette méthodologie permet d'obtenir des informations pertinentes sur les pratiques, discours et représentations d'acteurs (Alami, Desjeux, Garabua-Moussaoui, 2019), à la manière d'une approche socio-ethnographique. Pour répondre aux hypothèses, différents recueils de données empiriques ont été réalisés : une analyse documentaire, des entretiens avec les acteurs de la Maison du sport-santé et des observations participantes.

Dans le cadre de l'analyse documentaire, divers documents ont été étudiés et permettent d'obtenir de précieuses données sur la structuration de l'action publique locale. Nous avons analysé en ce sens des rapports d'activités des dispositifs PRECCOSS et sport-santé sur ordonnance, des comptes-rendus et notes de réunions, des notes techniques ou encore d'autres types de documents. L'étude des archives de la Ville et l'Eurométropole de Strasbourg sur les bains municipaux nous permet d'alimenter une analyse historique du contexte de développement de la Maison sport-santé.

Notre enquête s'appuie sur 54 entretiens semi-directifs dispensés aux acteurs de la Maison sport-santé et de l'action publique locale du sport-santé. Notre échantillon d'entretien tient compte de quatre niveaux d'acteurs de la Maison sport-santé (des bénéficiaires des dispositifs, des professionnels de la structure, des acteurs qui participent à la conception du projet, des acteurs qui écrivent les normes et sont membres des instances). Réalisés à partir de septembre 2020, ces entretiens s'appuient sur trois grilles d'entretiens que nous avons élaborées pour nous adapter aux acteurs interviewés : les bénéficiaires de la Maison sport-santé, les agents et enfin les membres institutionnels de la structure.

Cette thèse de doctorat a été réalisée en Convention Industrielle de Formation par la Recherche (CIFRe), alors que nous étions salariée par la Ville de Strasbourg pendant 4 ans. Aussi, l'observation du terrain a pu se dérouler au plus près de la construction de l'action publique locale entre 2019 et 2023, d'abord au sein du service santé et autonomie de la Ville de Strasbourg lorsque la réflexion autour de la Maison sport-santé de Strasbourg s'y tenait encore puis au sein du Groupement d'Intérêt Public (GIP) Maison sport-santé.

Nous avons pu tenir le rôle de chargée d'études et suivre la construction de l'instrument. L'observation participante que nous avons menée nous a amené à participer à des réunions multiples, techniques ou politiques ou encore à des entretiens bilatéraux. Cette position particulière a été une force dans la recherche, car elle nous a amené à recueillir des paroles, des observations, que nous n'aurions pas pu avoir autrement.

Considérant que l'enquêteur, son parcours, sa trajectoire sociale peuvent entrer en considération dans l'observance et l'interprétation des résultats sur le terrain de l'enquête (Mauger, 1991), notre position de recherche nous a engagé à adopter une démarche réflexive propre aux thèses en CIFRe. Situés entre les mondes académiques et l'action publique (Renault-Tinacci, 2020), les doctorants CIFRe peuvent s'apparenter à des actants situés (Latour, 2001). L'objectif de cette démarche de distanciation est ainsi de mieux contrôler les effets de notre propre position dans le rapport à l'objet (Lahire, 2002).

La prise de distance permise par la fin de la temporalité de la thèse, en ayant quitté la Maison sport-santé de Strasbourg de 2023 à 2024, a renforcé notre mise à distance réflexive.

IV. Le plan de la thèse

La première partie de la thèse s'articule autour de deux chapitres. Le premier est dédié à la contextualisation de la recherche. Il nous permet ainsi d'étudier la construction de la sédentarité comme problème public et la mise en œuvre d'un plan d'action pour y répondre. Le second chapitre est consacré au cadre théorique de la recherche, aux notions clés et aux hypothèses. Nous exposerons également la méthodologie de recherche. Du fait de la position de recherche en thèse CIFRe, celle-ci fera l'objet d'une nécessaire objectivation.

La deuxième partie présente les résultats de la recherche en trois chapitres qui nous permettent de répondre à nos hypothèses.

Le premier chapitre a pour objectif de répondre à l'hypothèse selon laquelle la Maison sport-santé de Strasbourg s'inscrit sur un contexte local particulier, lequel favorise son développement et lui donne sens. L'approche socio-historique montre comment les acteurs s'appuient sur ce contexte pour légitimer la mise en œuvre d'une action publique locale de sport-santé puis la Maison sport-santé. Les conditions d'émergence de la Maison sport-santé de Strasbourg seront analysées. À noter que l'annonce de sa création est faite par le maire de Strasbourg lors des assises européennes du sport-santé en octobre 2017. Ainsi, sa naissance s'inscrit dans un contexte particulier : historique, mais également national et régional.

Le second chapitre s'attache à montrer le poids des interactions entre les acteurs dans la définition de la Maison sport-santé. Alors que la convention constitutive du GIP décrit les instances de la Maison sport-santé de Strasbourg et constitue ainsi son organisation formelle (Crozier, Friedberg, 1977), se développe également une organisation plus informelle. La Maison sport-santé est ainsi le produit de pratiques et de représentations des acteurs engagés au niveau local, lesquelles sont déterminées par leurs positions et les relations qui les unissent, constituant l'arène de l'action publique locale (Cefaï, 1996).

La pluralité d'acteurs de la Maison sport-santé engendre une dynamique nouvelle, mais également des jeux d'acteurs liés à des stratégies individuelles et collectives. Partageant des valeurs communes – comme, par exemple, la reconnaissance de l'activité physique comme « bienfaisante » pour la santé –, les acteurs poursuivent des intérêts et stratégies propres.

Au sein de cet instrument de l'action publique, certains acteurs ont un poids plus ou moins important dans les décisions portées par le GIP Maison sport-santé : nous pouvons les qualifier « *d'entrepreneurs de cause* » (Callon, 1986).

Le troisième chapitre de la recherche porte sur l'étude de la Maison sport-santé comme instrument de démocratie en sport-santé. Parmi les acteurs, les bénéficiaires et usagers de la Maison sport-santé occupent en effet une place particulière. La démarche d'inscription de la parole des usagers s'appuie à la fois sur le concept de « démocratie en santé », mais également sur l'éducation thérapeutique du patient (ETP). En France, ce sont les mouvements des associations de lutte contre le sida et la myopathie en France qui rénovent la participation des usagers en santé (Laude, Tabuteau, 2016). Au sein de la Maison sport-santé de Strasbourg, les bénéficiaires des dispositifs de sport-santé, jusqu'alors consultés occasionnellement, sont invités à rejoindre le comité des usagers. Les représentants des usagers et bénéficiaires intégrés dans le comité des usagers disposent de ressources spécifiques les amenant à se rendre légitimes à porter la parole des bénéficiaires dans les instances de la Maison sport-santé. Cependant, ces compétences nécessaires à l'exercice de la représentation révèlent des limites de l'exercice d'une véritable démocratie en santé.

Enfin, la conclusion générale permet de revenir sur les apports de la recherche, ses limites méthodologiques et théoriques, mais également de dresser des perspectives de recherche.

Partie 1 - De la sédentarité aux Maisons sport
santé : problème public, instruments et acteurs de
l'action locale de santé publique

Chapitre 1 - La Maison sport-santé, un instrument de reconfiguration de l'action publique locale en faveur de l'activité physique de santé

Introduction du chapitre 1

« Moins de la moitié des Français âgés de 15 à 75 ans atteignent un niveau d'activité physique favorable à la santé ».

Ministère des Solidarités et de la Santé, 2018⁴.

Ce premier chapitre prend appui sur la sociologie de la configuration des problèmes publics afin d'illustrer comment la sédentarité s'est construite en problème public au terme d'un processus social complexe qui permet la croyance collective en l'existence d'un problème. Son cadrage en tant que problème public, objet de sa légitimation (Neveu, 2017) est encouragé par les instruments de l'action publique que sont les rapports d'experts, les statistiques, tels que les eurobaromètres.

Cette construction de la sédentarité comme problème public permet ainsi d'engager les acteurs publics en la résolution de ce problème public (Cefaï, 1996), encourageant les acteurs à déployer différentes formes de politiques publiques à divers niveaux de gouvernance (Lascoumes, Le Galès, 2012). L'Organisation mondiale pour la santé adopte ainsi des recommandations en faveur de l'activité physique, l'Union européenne préconise également la mise en place d'un réseau européen afin d'encourager l'activité physique. Dès 2012, le concept d'Health Enhancing Physical Activity (HEPA) apparaît au sein du conseil de l'Europe.

Créé en 1986, le réseau des Villes-santé de l'OMS favorise la circulation des bonnes pratiques en matière de sport-santé (Blanc, Gasparini, Laronze, 2020). C'est ainsi que se développent différentes initiatives dans les pays européens : en Allemagne par les Länder, en Finlande à travers des programmes nationaux, en Italie par les régions et l'engagement de certaines villes.

En France, le développement de politiques publiques de lutte contre la sédentarité s'inscrit dans une tradition santéiste et hygiéniste, rappelant le rôle essentiel de la médecine (Waddington, 2000). Le programme national nutrition santé (PNNS) médicalise et politise ainsi la question de la nutrition (Fassin, 2008).

⁴ Ministère des Solidarités et de la Santé : <http://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/article/activite-physique-et-sante>

Les premières lois de décentralisation de Defferre, en 1982 et 1983⁵ ont renforcé les transferts de compétences de l'État vers les collectivités territoriales, notamment en matière d'action sociale et sanitaire. Au cœur d'une action publique territorialisée de santé, les villes développent des instruments dédiés à l'activité physique de santé, notamment à travers leurs contrats locaux de santé.

Nous montrerons que les Maisons sport-santé s'insèrent dans ce diagnostic partagé d'une sédentarité en croissance. En effet, le président de la République Emmanuel Macron annonce en 2017 la mise en œuvre d'une stratégie nationale sport-santé⁶. Les « Maisons sport-santé » (MSS) s'inscrivent dans le premier axe de la stratégie nationale sport-santé 2019-2024 et sont ainsi construites comme réponse au problème public de la sédentarité.

L'étude des Maisons sport-santé nous permet ainsi à travers ce premier chapitre de conquérir le fait social (Bourdieu, Chamboredon, Passeron, 1968), par la mise à distance de l'illusion d'un savoir immédiat et des opinions du sens commun.

⁵ Loi n°82-213 du 2 mars 1982 relative aux droits et libertés des communes, des départements et des régions. <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGITEXT000006068736>

Loi n°83-8 du 7 janvier 1983 relative à la répartition de compétences entre les communes, les départements, les régions et l'État. <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGITEXT000006068819>

Loi n°83-663 du 22 juillet 1983 complétant la loi no 83-8 du 7 janvier 1983 relative à la répartition de compétences entre les communes, les départements, les régions et l'État. <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGITEXT000006068817>.

⁶ Ministère des sports. (2019). *Stratégie nationale sport-santé 2019-2024*. <https://www.sports.gouv.fr/media/2182/download>

I. Prévenir la sédentarité par l'activité physique : du problème public à l'action publique

La sociologie des problèmes publics⁷ nous invite à considérer la sédentarité non pas comme un problème public en soi, mais qui le devient dès lors que sont réunies, au travers d'un processus social complexe, les conditions de possibilité d'une croyance collective en l'existence d'un problème : condition de *connaissance* (sélection et interprétation des faits problématiques), condition de *norme* (norme à partir de laquelle le fait pose problème) et condition de *mobilisation* (action collective d'acteurs sociaux pour imposer l'idée qu'il existe un problème), notamment par le recours à l'activité physique.

La sédentarité s'est ainsi construite en problème public à travers une forte dynamique de production et de réception de récits lui conférant « *individualité, réalité et légitimité* » (Cefaï, 1996). Légitimée, la sédentarité fait partie des « *problèmes sociaux dont la formulation et la résolution sont des enjeux d'ordre public* » (Cefaï, 1996), encourageant les acteurs à agir en faveur de l'activité physique de santé à travers différentes formes de politiques publiques.

A. La sédentarité, une définition à l'épreuve des représentations

Le concept de sédentarité est mobilisé par les acteurs de l'action publique locale de l'activité physique de santé, dans le cadre du développement de leurs dispositifs. Si la littérature s'est attachée à définir cette notion, les acteurs ont également leurs propres conceptions. Aussi, comment s'est développée la notion de sédentarité ? Comment est-elle définie par les institutions ? De quelle manière les acteurs utilisent-ils cette notion ?

1. L'émergence de la sédentarité

L'élaboration d'une politique publique ne signifie pas uniquement résoudre des problèmes, mais également les construire (Anderson, 1997). Lahire évoque ainsi les origines et le périmètre du problème (Neveu, 2017).

⁷ Gusfield, *op. cit.* Voir chapitre « Le sport-santé à l'épreuve du local et du national : paroles de deux entrepreneurs politiques » dans l'ouvrage Gasparini, W., Knobé, S. (dir). (2021). *Le sport-santé. De l'action publique aux acteurs sociaux*, Strasbourg, Presses universitaires de Strasbourg, coll. « Sport en société », 2021, 342 p. <https://doi.org/10.4000/lectures.53110>

Les problèmes publics sont donc des constructions sociales, ayant une carrière et faisant l'objet d'une mise en discours. Cela nécessite la qualification d'un comportement, d'un fait, d'une action comme « anormale », c'est l'étiquetage (Becker, 1985). Becker montre ainsi, en étudiant la consommation de cannabis par les fumeurs de marijuana, que le comportement est moins regardé que le jugement même de ce comportement déviant. Il s'agit ainsi, dans la construction des problèmes publics d'honorer la première étape, celle du naming. La mise en récit ou en discours de la sédentarité a d'autant plus de chances d'être prise en compte qu'elle s'appuie sur des croyances, valeurs, cultures partagées dans une société.

La genèse des problèmes publics est intimement liée au choix des mots (Neveu, 2017). La sédentarité fait ainsi l'objet d'une mise en discours culpabilisante, la rendant immorale dans notre société. La définition de la sédentarité est celle d'un mode de vie caractérisé par une fréquence faible, voire nulle de déplacements.⁸ On parle ainsi de la sédentarisation des êtres humains lors de la période néolithique⁹.

Si cet état de fait ne semble pas être caractérisé de manière péjorative, les acteurs de la santé publique y rapprochent des notions incriminant la santé des populations : santé physique (obésité, infarctus, fatigue, etc.) et psychique (dépression, troubles, etc.). Dans cette société du risque (Peretti-Watel, 2010), valorisant la diffusion de préceptes hygiéniques et moraux, dans le but d'avoir un mode de vie favorable au bonheur et à l'équilibre social, les individus intériorisent et diffusent ces normes. Tout individu est ainsi relais par capillarité (Foucault, 1976). On invite chacun à avoir une action sur soi, à entrer dans des programmes nutritionnels et à manger 5 fruits et légumes par jour. (Neveu, 2017). Cette responsabilisation des individus modifie profondément le rapport entre l'État et la société. L'État n'est plus providence, mais entre dorénavant dans un rôle pédagogique vis-à-vis des populations (Rosanvallon, 1990).

⁸ Derrière la notion de sédentarité, différentes définitions sont amenées à être précisées par les institutions et les acteurs (Annexe 1 – Définitions de l'ONAPS).

⁹ Définition de la sédentarité selon le Centre national de ressources textuelles (CNRTL) : <https://www.cnrtl.fr/definition/sedentarite>

2. De l'international au local : pluralisme de définitions et d'approches de la sédentarité et de l'activité physique

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS)¹⁰, l'activité physique est définie comme « *tout mouvement produit par les muscles squelettiques, responsable d'une augmentation de la dépense énergétique* ». Elle prend plusieurs formes : les activités professionnelles, les déplacements actifs, le cadre de vie domestique quotidien, de loisirs. Au contraire, la sédentarité, du latin *sedentarius*, de *sedere*, être assis, représente le temps passé assis ou allongé lors de la période dite d'éveil, entre le lever du jour et le coucher de la journée.

Le ministère de la Santé, des Solidarités et le ministère chargé des Sports, définissent la sédentarité comme : « *Une situation d'éveil caractérisé par une dépense énergétique faible (inférieure à 1,6 MET) en position assise ou allongée. La sédentarité, ou le comportement sédentaire, se distingue de l'inactivité physique, et a des effets délétères indépendants de celle-ci sur la santé.* »¹¹

Pour l'Observatoire national de l'activité physique et de la sédentarité (ONAPS), la sédentarité s'entend également par une dépense énergétique inférieure ou égale à la dépense de repos en position assise ou allongée (1,6 MET).^{12 Et 13}

au-delà de ce consensus normatif, chaque acteur a également sa propre définition, selon ses ressources, le poste qu'il occupe et le rôle qu'il joue dans le système local de l'action publique. Pour l'agent de la Ville de Strasbourg en charge de l'aménagement :

« *La sédentarité, c'est quoi... euhhhh.... Coca, chips, canapé... télé, Playstation... euh... dès le plus jeune âge... euhhh... C'est les parents qui prennent leur voiture pour faire 200 m pour emmener les enfants à l'école, on a ça sur Strasbourg, on a des quartiers qui sont assez spécifiques dans le domaine... Voilà ça commence par ça... et ça commence au plus jeune âge...* »

¹⁰ Définition de l'Organisation mondiale de la Santé – Activité physique. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>

¹¹ Ministère des Solidarités et de la Santé, Ministère chargé des Sports. (2020). *Les Maisons Sport-Santé*, dossier de presse. Mai 2020. https://pole-sante.creps-vichy.sports.gouv.fr/wp-content/uploads/2020/05/maisonssportsante_dp_v12b.pdf

¹² Définition de la sédentarité, ONAPS : <http://www.onaps.fr/boite-outils-et-ressources/definitions/>] et ANSES [<https://www.anses.fr/fr/content/plus-d%E2%80%99activit%C3%A9-physique-et-moins-de-s%C3%A9dentarit%C3%A9-pour-une-meilleure-sant%C3%A9-0>].

¹³ Définition du MET (ONAPS, ANSES, 2016) - Unité indexant la dépense énergétique lors de la tâche considérée sur la dépense énergétique de repos [3] : activités sédentaires < 1,6 MET ; 1,6 MET ≤ activités de faible intensité < 3 METs ; 3 METs ≤ activités d'intensité modérée < 6 METs ; 6 METs ≤ activités d'intensité élevée < 9 METs ; activités d'intensité très élevée ≥ 9 METs.

Entretien avec l'agent en charge de l'aménagement réalisé dans le cadre de notre mémoire (Blanc, 2018).

C'est donc à la fois une notion d'activité physique et d'alimentation.

En France, une personne est considérée comme inactive lorsqu'elle effectue moins de 150 minutes d'activité physique d'intensité modérée par semaine, ou au moins de 30 minutes de marche quotidienne. Ainsi, d'après l'élue en charge de la santé :

« Il faut différencier la sédentarité et l'activité physique, l'objectif est de réduire la sédentarité et augmenter l'activité physique. C'est vrai que souvent les gens confondent les deux. La sédentarité c'est le nombre d'heures, en dehors du sommeil, passées allongés ou assis sans activité. »

Entretien avec l'élue en charge de la santé dans le cadre de notre mémoire, le 4 juillet 2018. (Blanc, 2018).

La sédentarité peut également être définie comme un problème social, d'après l'agent en charge de la santé :

« C'est corrélé souvent à un problème d'ordre social, pas que, mais on a des indicateurs qui le démontrent en lien notamment avec des taux de présence de surpoids forts dans nos quartiers populaires, et on sait que le surpoids des enfants, des adolescents crée le lit des maladies chroniques et des diabètes de demain. [...] ».

Entretien avec l'agent en charge de la santé réalisé dans le cadre de notre mémoire (Blanc, 2018).

Étymologie latine	Du latin <i>sedentarius</i> , de <i>sedere</i> , être assis
Ministère chargé des Sports / Ministère de la Santé	Définition portée sur une notion physiologique d'absence de MET dépensé.
Ordre national des médecins	Absence de définition (site internet).
Acteurs locaux : 1. Agent en charge de l'aménagement sportif du territoire 2. Agent en charge de la santé 3. Élu en charge de la santé	Définitions selon des ressources propres : 1. Notion de mauvaise alimentation et d'absence de déplacements actifs 2. Problème social, révélateur d'inégalités territoriales au sein même des villes dans l'accès aux soins, à la mobilité 3. La sédentarité c'est le nombre d'heures, en dehors du sommeil, passées allongés ou assis sans activité.
Observatoire national de l'activité physique et de la sédentarité (ONAPS) – (<i>annexe 1</i>).	La sédentarité ou "comportement sédentaire" est définie comme une situation d'éveil caractérisée par une dépense énergétique inférieure ou égale à la dépense de repos en position assise ou allongée (1,6 MET) : déplacements en véhicule automobile, position assise sans activité autre, ou à regarder la télévision, la lecture ou l'écriture en position assise, le travail de bureau sur ordinateur, toutes les activités réalisées au repos en position allongée (lire, écrire, converser par téléphone, etc.) (ANSES, 2016).

Tableau 1 - Différentes définitions données par les acteurs de la sédentarité (Blanc, P).

La définition de la sédentarité est donc située, pour les acteurs, selon leur position dans un environnement institutionnel, médical et territorial. Elle fait l'objet d'une appropriation par les acteurs locaux qui la caractérisent par leur vécu (*tableau 1*).

3. La sédentarité, légitimée par les instruments de l'action publique

Le cadrage du problème public encourage à sa légitimation, c'est une étape de justification (Neveu, 2017). Il s'agit ainsi, dans l'arène publique, d'attribuer une causalité, d'imputer une responsabilité, d'identifier des acteurs et d'évaluer des préjudices (Lemert, 1951).

Tout peut devenir problème public (Neveu, 2017). La situation désignée comme problème public repose donc sur la création d'un ordre symbolique. En amont, l'expérience privée permet la formulation d'un malaise par les producteurs de sens (Ricœur, 1983). En aval, par des échanges de récits entre les acteurs, il s'agit de construire et d'orienter la réception de ce problème public.

Cet ordre symbolique est légitimé par des rapports d'experts, des statistiques, qui crédibilisent le problème en tant que tel. Les études réalisées par les instituts de sondage, l'Union européenne, les médias, renforcent cette légitimation, étayent la connaissance du problème et permettent de le fonder scientifiquement (Basdevant, Guygrand, 2004).

Selon l' élu en charge de la santé, il s'agit ainsi d'une histoire scientifique du sport-santé, appuyée de recommandations et rapports (Feltz, 2020). Ainsi, d'après l'OMS, au niveau mondial, près de 31% des adultes âgés de 15 ans et plus manquaient d'activité physique en 2008 (hommes 28% et femmes 34%)¹⁴. Environ 3,2 millions de décès chaque année seraient attribuables au manque d'exercice. La sédentarité toucherait donc l'ensemble des pays, mais principalement les régions OMS de l'Asie-Pacifique et d'Asie du Sud qui voient une augmentation des comportements sédentaires au cours des activités professionnelles et domestiques.¹⁵

¹⁴ Ces chiffres sont confirmés en 2022 par l'OMS. En ligne : <https://www.who.int/fr/news/item/26-06-2024-nearly-1.8-billion-adults-at-risk-of-disease-from-not-doing-enough-physical-activity>

¹⁵ Organisation mondiale de la santé. Lien : <https://www.who.int/fr/news/item/26-06-2024-nearly-1.8-billion-adults-at-risk-of-disease-from-not-doing-enough-physical-activity>

Les eurobaromètres européens sur l'activité physique de 2014, 2017 et 2022 (Commission européenne, 2013 ; 2018 ; 2022) ont participé également à la visibilisation scientifique de la sédentarité¹⁶ et offrent aux acteurs un haut niveau de connaissance pour l'interpréter comme problème public. Ils prennent appui sur les *surveys* américains, développés dans les années 1960-1970.

Ils ont cependant des limites (De Cheveigne, 2004), ils seraient notamment dépendants, du fait de leurs questions fermées, de la manière dont sont posées, reçues et interprétées les questions par les personnes interrogées, mais également de l'interprétation du chercheur qui reçoit les réponses (Bourdieu, 1980. Blondiaux, 1998). De plus, leur interprétation est liée à leur traduction. Certains auteurs critiquent l'invention par les eurobaromètres d'une opinion publique européenne, encadrée par l'appareil bureaucratique ou par les conseillers politiques de la commission pour dicter l'agenda de l'action publique européenne (Aldrin, 2010).

L'Union européenne fait état d'un fort taux de sédentarité, puisque l'on considère que 2/3 des personnes âgées de moins de 15 ans n'y suivent pas les recommandations en matière d'activité physique¹⁷. La Commission des Communautés européennes soulignait en 2007 :

*« Ces trois dernières décennies, la surcharge pondérale et l'obésité ont connu une hausse spectaculaire au sein de la population européenne, notamment parmi les enfants, chez lesquels la prévalence de la surcharge pondérale était estimée à 30% en 2006 ».*¹⁸

Le recours aux statistiques épidémiologiques participe à renforcer le caractère néfaste de la sédentarité (Berlivet, 2008) et ses risques pour la santé (Basdevant, Guy-Grand, 2004. Andrieu, 2020). Le pouvoir politique et institutionnel est demandeur d'évaluations scientifiques des politiques mises en place en matière de santé (Feltz, 2020).

¹⁶ En 2014, d'après l'Eurobaromètre, 41% des européens exerçaient ou pratiquaient un sport au moins une fois par semaine et 59% de citoyens ne faisaient donc jamais ou rarement du sport. En 2017, selon l'Eurobaromètre, c'est 40% des européens qui exercent ou pratiquent un sport une fois par semaine et 60% des européens qui n'en pratiquent donc jamais ou rarement. En 2022, 38% des européens pratiquaient du sport ou de l'exercice physique régulièrement ou assez régulièrement, 62% déclaraient rarement ou jamais. On voit donc que les chiffres montrent en Europe une tendance au renforcement de la sédentarité.

¹⁷ Organisation mondiale de la santé. Ministère de la santé et des sports. (2009). *Activité physique et santé en Europe : informations au service de l'action.* 34 p. http://www.mangerbouger.fr/pro/IMG/pdf/oms_activite_physique_sante_en_europe.pdf

¹⁸ Commission des communautés européennes. (2007). *Livre Blanc - Une stratégie européenne pour les problèmes de santé liés à la nutrition, la surcharge pondérale et l'obésité.* 30 mai 2007. http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/nutrition_wp_fr.pdf

Les études nationales, et notamment celles produites par l'ONAPS¹⁹, renforcent la sédentarité comme problème public. Ainsi, les acteurs n'ont pas de connaissance précise des chiffres de ces rapports, mais les mobilisent quand même :

« [...] Il y a plein de chiffres sur la sédentarité, par rapport aux enfants et aux écrans. Je ne les ai pas en tête, mais il y en a plein »

Entretien avec l' élu en charge de la santé dans le cadre de notre mémoire, le 4 juillet 2018. (Blanc, 2018).

De plus, les évaluations économiques sur les coûts de l'obésité, considérée comme facteur de risque pour la santé²⁰, participent à cette légitimation de la sédentarité comme problème public.

Selon *The Lancet*, pour les 5 seules maladies non transmissibles et attribuables à la sédentarité, ce serait près de 67,5 milliards d'euros par an de coûts économiques.²¹ Le *Centre for Economics and Business Affairs* a réalisé cette même étude sur les 28 États membres de l'Union européenne et chiffrait la sédentarité à 80 milliards d'euros en 2014.

En France, d'après des chiffres du ministère des Sports de 2017²², ce coût est estimé à près de 17 milliards d'euros. Le Conseil national des activités physiques et sportives (CNAPS) a ainsi estimé que face aux dépenses de santé, ce sont près de 250 millions d'euros de dépenses qui seraient économisés chaque année si plus d'un million de Français inactifs atteignaient les recommandations de l'OMS²³.

¹⁹ Observatoire national de l'activité physique et de la sédentarité (ONAPS). (2017). *État des lieux de l'activité physique et de la sédentarité en France* – édition 2017. https://onaps.fr/wp-content/uploads/2021/04/Onaps_Tableau-de-bord_2017.pdf

²⁰ Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). (2010). « La santé des enfants en grande section de maternelle en 2005 – 2006 », *Études et résultats*, n°737. <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er920.pdf>

²¹ Ding et al. (2016). The economic burden of physical inactivity: a global analysis of major non-communicable diseases, *The Lancet*, 27 juillet 2016. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30383-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30383-X).

²² Ministère des Solidarités et de la Santé, Ministère chargé des Sports. (2020). *Les Maisons Sport-Santé*, dossier de presse. Mai 2020. https://pole-sante.creps-vichy.sports.gouv.fr/wp-content/uploads/2020/05/maisonssportsante_dp_v12b.pdf

²³ Ministère des Solidarités et de la Santé, Ministère chargé des Sports. (2020). *Les Maisons Sport-Santé*, dossier de presse. *Op. cit.*

B. Une action publique à différents échelons pour lutter contre la sédentarité

Une fois le problème public devenu saillant (Lascoumes, Le Galès, 2012), la mobilisation à la confluence de différents niveaux de gouvernance permet le déploiement de politiques publiques (Gasparini, 2017). L'Union Européenne (UE) interagit avec les politiques publiques nationales, qui reflètent elles-mêmes ces interactions, mais également avec les organisations intergouvernementales, comme le Conseil de l'Europe, les ONG, les organisations sportives européennes (...).²⁴ De l'OMS à l'UE, ces recommandations impulsent ainsi un ensemble d'actions à l'échelle nationale.

1. Des recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en faveur de l'activité physique de santé

La sédentarité est liée à la définition même de la santé selon l'OMS :

« [...] un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »²⁵.

Cette définition est devenue une référence. D'après le Haut Conseil de la santé publique, elle transforme la notion de santé en un objectif plus utopique et s'ouvre à la notion de bien-être. La santé prend donc une approche perceptuelle et s'attache au ressenti de l'individu, à sa perception propre. Elle n'est pourtant pas consensuelle et négligerait les effets non perceptibles de la maladie (Aïach, Vernazza-Licht, 1996). La perception d'une bonne santé serait trop reliée à la notion d'âge et aux événements biographiques. De plus, cette définition rendrait compte d'une image statique de la santé, comme d'un état : *« État de bien-être physique, mental, social »*, la santé selon l'OMS encourage les gouvernements à développer des recommandations en faveur de l'activité physique.

²⁴ Université de Strasbourg/Centre national de la recherche scientifique (CNRS). (2018). *Dossier de réponse - Initiative d'Excellence (IDEX) - Pour une culture de l'action publique sociale européenne – Application aux cas de l'emploi/travail, de la culture, de l'éducation et du sport*. (2018).

²⁵ Conférence internationale sur la Santé. (1946). *Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé*, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19 juin-22 juillet 1946. <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/FR/constitution-fr.pdf>

Adoptée en 2004, la stratégie mondiale de l'OMS²⁶ pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé présentait ainsi quatre objectifs principaux : réduire les facteurs de risque, faire prendre conscience de l'importance de l'alimentation et de l'exercice physique, encourager les actions sur l'ensemble des niveaux de gouvernance et encourager la recherche et l'évaluation.

En 2011, l'organisation a adopté la déclaration politique de la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles²⁷. Elle y reconnaît l'importance d'une alimentation saine et l'impact négatif du manque d'exercice physique.

L'OMS prend l'engagement de promouvoir l'alimentation, l'exercice physique et la santé à l'ensemble des populations et élabore le plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles²⁸, elle identifie également l'obésité comme enjeu sanitaire.

Dès 2010, en ce sens, l'OMS définit les activités physiques, émet des recommandations et rappelle les dangers de l'inactivité physique. Ses recommandations, en 2011, en matière d'activité physique pour la santé, permettent aux décideurs politiques nationaux et régionaux d'avoir des indicateurs sur la relation entre activité physique et maladies non transmissibles.²⁹ Elle estime par exemple que les enfants et adolescents de 5 à 17 ans devraient : « *Pratiquer au moins 60 minutes quotidiennes d'activité physique, d'intensité modérée à forte ; une activité physique d'une durée supérieure à 60 minutes par jour leur apportera des bienfaits supplémentaires en matière de santé ; devraient inclure des activités qui renforcent les muscles et les os à raison d'au moins trois fois par semaine* ».

L'activité physique occupe une place particulière dans le plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020. Son point numéro 41 précisait ainsi « *Promouvoir le développement de l'activité physique et la réduction du comportement sédentaire au travers de modifications des systèmes de santé et de l'environnement* ».

²⁶ Organisation Mondiale de la Santé. (2004). *Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé*. Rapport du secrétariat. 17 avril 2004. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_9-fr.pdf

²⁷ Nations Unies. (2011). *Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles*. Assemblée Générale. 16 septembre 2011. <https://documents.un.org/doc/undoc/ltid/n11/497/78/pdf/n1149778.pdf>

²⁸ Organisation Mondiale de la Santé. (2017). *Rapport - Combattre les maladies non transmissibles - « Meilleurs choix » et autres interventions recommandées pour lutter contre les maladies non transmissibles*. 26 octobre 2017. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/259350/WHO-NMH-NVI-17.9-fre.pdf?sequence=1>

²⁹ Organisation mondiale de la santé. (2010). *Recommandations mondiales en matière d'activité physique pour la santé*. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44436/9789242599978_fre.pdf

Les états se donnent ainsi comme objectif de réduire de 10% la sédentarité d'ici 2025 dans la stratégie contre les maladies non transmissibles³⁰.

En 2014, elle élabore une stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé en décrivant des modes d'alimentation sains et promouvant la pratique régulière d'activité physique. Les acteurs mondiaux, régionaux, locaux sont appelés à favoriser ces bonnes pratiques pour les populations. Enfin, en 2017, l'Assemblée mondiale de la santé salue le rapport de la commission pour mettre fin à l'obésité de l'enfant et ses 6 recommandations concernant les environnements obésogènes.

Des sondages récents de l'OMS montrent pourtant que les cas d'obésité ont triplé depuis 1975 et qu'il y aurait plus de 650 millions de personnes obèses en 2016. L'OMS estime ainsi que certaines causes peuvent être identifiées pour l'obésité et le surpoids : une augmentation de la consommation d'aliments très caloriques riches en lipides ainsi qu'une augmentation du manque d'activité physique en raison de la nature de plus en plus sédentaire de nombreuses formes de travail, de l'évolution des modes de transport et de l'urbanisation croissante.³¹

En 2018, un nouvel objectif est fixé au niveau mondial : celui d'une réduction de 15% de la prévalence de l'inactivité physique des adultes et adolescents d'ici 2030. Les lignes directrices de l'OMS sur l'activité physique et la sédentarité appuient ainsi la mise en œuvre du Plan d'action mondial de l'OMS pour promouvoir l'activité physique 2018-2030³² et encouragent les pays membres à développer des actions en faveur de l'activité physique, poursuivant l'objectif de réduction de 10% de la sédentarité. Pourtant, en juin 2024, l'OMS déclare dans un communiqué de presse : « *Si la tendance se poursuit, le niveau d'inactivité devrait encore augmenter pour atteindre 35 % d'ici 2030, et actuellement, le monde est loin d'être sur la bonne voie pour atteindre l'objectif mondial de réduction de l'inactivité physique d'ici 2030.* ».³³

³⁰ Organisation mondiale de la Santé. (2013). *Suivi de la Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles*. Résolution WHA66.10. 27 mai 2013. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_R10-fr.pdf

³¹ Organisation mondiale de la Santé. *Présentation surpoids et obésité* : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

³² Organisation Mondiale de la santé. (2020). *Lignes directrices de l'OMS sur l'activité physique et la sédentarité : en un coup d'œil*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/337003/9789240014862-fre.pdf?sequence=1>

³³ Organisation Mondiale de la Santé. (2024). *Près de 1,8 milliard d'adultes exposés à un risque de maladie en raison d'un manque d'activité physique*. Communiqué de presse, Genève, 26 juin 2024. <https://www.who.int/fr/news/item/26-06-2024-nearly-1.8-billion-adults-at-risk-of-disease-from-not-doing-enough-physical-activity>

2. L'activité physique comme objet d'intervention européenne

L'article 35 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne (UE)³⁴ soutient le principe d'accès aux soins médicaux pour chaque citoyen. Ces soins et cet accès à la santé, l'UE les considère comme l'OMS comme prenant également en compte l'activité physique.

Dès lors, le sport et la santé, compétences d'appui progressivement constituées par l'UE (Blanc, Gasparini, Laronze, 2020), font l'objet d'une européanisation (Gasparini, 2017), permise par la diffusion de recommandations, labellisations, règles, procédures, croyances partagées, normes, formelles et informelles (Bulmer, Radaelli, 2004). Cette européanisation mobilise les états membres dans la création de programmes dédiés^{35 36 37 38}.

Le groupe d'experts « *Sport, santé et participation* » de la Commission européenne se déclare favorable au lancement d'une initiative européenne visant la promotion de l'activité physique de santé, en 2012. Face à la disparité des dispositifs nationaux et locaux, l'UE souhaite mettre en place des indicateurs de lecture des dispositifs et moyens engagés pour contribuer aux échanges de bonnes pratiques et se positionne comme garante scientifique des actions en matière d'activité physique de santé. Déjà en 2007, dans son livre blanc, la commission préconisait la mise en place d'un réseau européen afin d'encourager l'activité physique et d'intégrer cette thématique aux programmes communautaires.³⁹

Le concept d'*Health Enhancing Physical Activity*⁴⁰ (HEPA), apparu dès 2012 au Conseil de l'Europe, répond en partie à cet objectif.

³⁴ Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne, 18 décembre 2000. http://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_fr.pdf

³⁵ Commission européenne. (2005). *Livre vert « promouvoir une alimentation saine et l'activité physique »*. <https://op.europa.eu/s/zPZN>

³⁶ Commission européenne. (2008). *Recommandations du Groupe de travail de l'Union européenne « sport santé »*. https://ec.europa.eu/assets/eac/sport/library/policy_documents/eu-physical-activity-guidelines-2008_fr.pdf

³⁷ Conseil de l'Union européenne. (2003). *Conclusions du Conseil, sur les modes de vie sains : éducation, information, communication* – 2004/C/22/01 – 2 décembre 2003 – Journal officiel de l'Union Européenne C22/1 du 27 janvier 2004. [https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/HTML/?uri=CELEX:52004XG0127\(01\)&from=EN](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/HTML/?uri=CELEX:52004XG0127(01)&from=EN)

³⁸ Conseil de l'Union européenne. (2006). *Conclusions du Conseil sur la promotion de modes de vie sains et la prévention du diabète de type 2* – 2006/C 147/01 – 23 juin 2006. <https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2006:147:0001:0004:FR:PDF>

³⁹ Exemple : programme-cadre de recherche et de développement technologique, programme de santé publique 2007-2013, programmes en faveur de la jeunesse et de la citoyenneté.

⁴⁰ Conseil de l'Union européenne. (2013). *Recommandation du Conseil sur la promotion transversale de l'activité physique bienfaisante pour la santé*, 26 novembre 2013 (2013/C 354/01), JOUE 4 décembre 2013. [https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/HTML/?uri=CELEX:32013H1204\(01\)](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/HTML/?uri=CELEX:32013H1204(01))

Regroupant près de 129 institutions et 32 pays, son ambition est d’agir pour une meilleure santé et un meilleur bien-être dans la région de l’OMS – Europe en développant des programmes de nutrition, activité physique, mobilité active, au sein de politiques et stratégies intersectorielles. HEPA Europe a également stimulé l’émergence d’autres projets comme le projet PASS : *Physical Activity Serving Society*⁴¹.

Dans cette dynamique, le conseil de l’UE adopte sa 1^{re} recommandation sur la promotion de l’activité physique en 2012, « *une vieillesse en bonne santé se prépare tout au long de la vie* »⁴² permettant de lancer sa stratégie en matière d’activité physique dans la région européenne et poursuivie par une seconde en 2013, « *promouvoir l’activité physique bienfaisante pour la santé* »⁴³.

La logique de coopération européenne se poursuit par l’adoption d’un plan relatif à l’obésité⁴⁴ et la mise en œuvre d’une plateforme collaborative, encourageant à la coordination des actions nationales.⁴⁵

Touchant en Europe près de 46% de la population⁴⁶, la sédentarité devient une préoccupation majeure et le sport-santé apparaît comme une nouvelle catégorie de l’action publique (Gasparini, Knobé, 2021). L’UE fixe à travers ses actes des objectifs, mais laisse aux États membres une certaine liberté pour y parvenir (TFUE, Art. 288 paragraphes 2 et 3).

Les savoirs « experts » qui se développent à travers les eurobaromètres et groupes d’experts encouragent les villes européennes à s’engager. Les instruments, concepts, résultats d’enquêtes contribuent alors autant à la mobilisation des entrepreneurs locaux qu’à l’eupéanisation et à la circulation informelle des modèles (Blanc, Gasparini, Laronze, 2020). Des opérations de traduction et de transcodage des schèmes analytiques d’un pays à un autre se mettent en place (Cefaï, 1996).

⁴¹ Projet PASS : <https://www.sportetcitoyennete.com/pass/>

⁴² Conseil de l’Union européenne. (2012). *Conclusions du Conseil de l’Union européenne - une vieillesse en bonne santé se prépare tout au long de la vie*, 2012/C 396/02, C396/8 JOUE 2 décembre 2012. [https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/PDF/?uri=CELEX:52012XG1221\(01\)&from=PL](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/PDF/?uri=CELEX:52012XG1221(01)&from=PL)

⁴³ Conseil de l’Union européenne. (2013). *Recommandation du Conseil sur la promotion transversale de l’activité physique bienfaisante pour la santé*, op. cit.

⁴⁴ European Commission. (2014). *EU Action Plan on Childhood Obesity 2014-2020* 24, February 2014 https://health.ec.europa.eu/system/files/2016-11/childhoodobesity_actionplan_2014_2020_en_0.pdf

⁴⁵ Commission européenne. *Plateforme de l’UE relative à l’alimentation, l’activité physique et la santé* : https://ec.europa.eu/health/nutrition_physical_activity/platform_fr

⁴⁶ Commission européenne. (2017). *Eurobaromètre 472 – Sport et activité physique*. Décembre 2017. <http://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/index.cfm/ResultDoc/download/DocumentKy/82433>

Créé en 1986, le réseau des Villes-Santé de l'OMS favorise la circulation d'expériences et de bonnes pratiques pour la mise en place d'une vision européenne de la santé et des politiques de sport-santé (Blanc, Gasparini, Laronze, 2020). Son objectif est de s'appuyer sur de nouveaux acteurs pour promouvoir la santé au plus près des habitants, afin notamment⁴⁷ d'améliorer la qualité de vie, favoriser la santé, réduire les inégalités. C'est la déclaration d'Athènes⁴⁸ qui fixe les principes et valeurs de référence des Villes-Santé.

Au-delà des constats et des recommandations européennes, des différences quant à l'action publique de sport-santé s'observent dans les différents pays européens. Au sein de certains, les mutuelles prennent en charge une partie des frais d'affiliation à un club sportif, comme en Belgique. Dans d'autres États membres comme en Grande-Bretagne, le gouvernement souhaite la création de chèques « gym-piscine » pris en charge par le ministère de la Santé.

En Allemagne, ce sont les Länder qui portent la compétence du sport. Depuis 2014, le gouvernement s'engage en prévention de santé et a revalorisé son budget annuel en la manière passant de 3,09 à 7 euros par personne. L'assurance sociale a mis en place une prise en charge en matière de prévention santé. Des actions décentralisées sont également en œuvre. La ville de Fribourg-en-Brisgau met en œuvre le plan « *Sport et exercice à Fribourg* »⁴⁹ qui permet le développement des pratiques autodéterminées. Un *Nature Fitness Park*, avec un réseau d'itinéraires de marche, course, marche nordique de 27 kilomètres,⁵⁰ prend place dans la ville, inscrite dans le concept de « *Health Region* »⁵¹. Fribourg-en-Brisgau est également engagée dans l'étude NAKO⁵², étude nationale allemande sur la corrélation entre mode de vie et développement de maladies chroniques.

⁴⁷ Villes-Santé de l'Organisation mondiale de la Santé : <http://www.villes-sante.com/oms-europe/villes-sante-oms/>

⁴⁸ Réseau des Villes-Santé de l'OMS. (1998). *Déclaration d'Athènes sur les Villes-Santé, Conférence internationale des Villes-Santé, Athènes (Grèce)*. 23 juin 1998. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/347603/WHO-EURO-1998-3868-43627-61310-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

⁴⁹ Institut für Sport und Sportwissenschaft. (2004). « *Sport und Bewegung in Freiburg* » (Band 1-5), Stadt Freiburg-im-Breisgau https://www.freiburg.de/pb/site/Freiburg/get/params_E822959045/326094/Heft-2-Sport--und-Bewegungs%C3%A4ume.pdf

⁵⁰ Ville de Fribourg - <https://www.freiburg.de/pb/Lde/231107.html>

⁵¹ Health Region Freiburg - <https://www.healthregion-freiburg.de/>

⁵² Centre d'études NAKO Fribourg. *Étude sur la santé*. <https://freiburg.nako.de/>

La Finlande s'est inspirée du concept d'HEPA Europe entre 1995 et 1999 pour impulser deux programmes dédiés au sport et aux seniors : « *La Finlande bouge* » et « *En forme pour la vie* ». La ville de Turku a ainsi créé des installations sportives de plein air et mis en place des activités adaptées selon l'IMC des populations et leur âge⁵³.

En Italie, un plan de prévention États Régions 2005-2008 a permis de cibler les maladies chroniques et l'action des collectivités territoriales. Les Régions ont ainsi compétence pour soutenir des actions d'activité physique des populations. La ville de Florence est engagée dans la lutte contre la sédentarité et a développé des aménagements de plein air. Son projet « *Florence ville piétonne* » (*Footing in the city*) comprend 18 itinéraires de marche, course, tourisme, sur près de 97 kilomètres. La Ville développe aussi 41 créneaux d'activité physique adaptée (AFA en Italie), suite à l'adoption d'une résolution par le Conseil de la ville⁵⁴. L'UE a distingué à plusieurs reprises l'action de Florence et de la région Toscane pour son projet européen pour le vieillissement de la population âgée. La ville de Florence s'est également vue décerner en 2012 le label de Ville sportive européenne⁵⁵.

Les acteurs européens du sport-santé recherchent ainsi par l'activité physique de santé à faire l'Europe au niveau local. L'Europe est « *dans les têtes* » (Weisbein, 2008), vue comme vectrice de modernité et transforme les acteurs locaux en « *entrepreneurs d'Europe* », légitimés par un « *label Europe* ».

Le déploiement de normes européennes à travers leurs traductions locales permet de comprendre comment le contexte local peut être source d'interprétation de recommandations européennes. La comparaison internationale apparaît donc comme un instrument de distanciation pour comprendre le poids de l'histoire, du contexte local et mieux analyser notre objet (Lehmbruch, 1977). La connaissance de ces politiques publiques européennes souligne le contexte européen dans lequel s'inscrit le déploiement de politiques publiques en France en faveur de l'activité physique de santé.

⁵³ HASIC – Healthy Ageing Supported by Internet and Community, Turku Abo, Turku AMK. *Ulkokuntolaiteopas Ikääntyneille*. https://www.turku.fi/sites/default/files/atoms/files/ulkoliikuntaopas_sahkoinen_web.pdf

⁵⁴ Regione Toscana - Uffici Regionali Giunta Regionale. (2018). *Fisica Adattata (AFA): approvazione nuovo protocollo di esercizi per la fibromialgia. Estratto Dal Verbale Della Seduta Del 07-05-2018 (punto N 19) ; Delibera N 491 del 07-05-2018* [En ligne] Traduit en « l'activité physique adaptée : approbation de nouveaux protocoles d'exercices et des orientations pour le développement des interventions pour le vieillissement de la population ».

⁵⁵ Label décerné par l'ACES Europe (Association des capitales européennes du sport).

C. Lutter contre la sédentarité par les activités physiques et sportives en France : d'une politique nationale à des actions publiques territoriales

D'après Santé Publique France : « En 2021, en France hexagonale, 72,9% des hommes et 59,3% des femmes ($p < 0,001$) âgés de 18 à 85 ans atteignaient les recommandations de l'OMS en matière d'AP pour la santé ».⁵⁶

Le développement de politiques publiques en France s'inscrit non seulement dans un contexte international, mais également dans une tradition santéiste (Fraser, Vignaux, 2013) et hygiéniste s'appuyant sur des études, sur les territoires et mobilisant différents instruments de l'action locale. Cette partie montre comment la tradition hygiéniste française a permis de développer une action publique territorialisée en faveur de l'activité physique de santé, mobilisée par les collectivités territoriales à travers des instruments spécifiques.

1. D'une tradition hygiéniste française à une conception santéiste

La médecine (Defrance, 2011) a joué un rôle essentiel dans l'assimilation entre l'effort physique et le bien-être (Waddington, 2000), puisque les premières recommandations médicales en matière d'exercice physique à des fins hygiéniques se mettent en place dès le XIX^e siècle. La gymnastique hygiénique y est présentée comme améliorant la vigueur de la nation dans cette époque de guerre. L'hygiène et la santé des corps des citoyens sont promues pour lutter contre la dégénérescence. Mais cette conception n'est pas unanime et dans les années 1920, des opposants, notamment socialistes, accusent l'activité physique de rendre les personnes agressives et de les détourner des questions importantes, réduisant leur conscience politique (Defrance, 2011).

Cependant, les croyances envers les bienfaits de l'activité physique s'amplifient dès les années 1960 dans le combat contre la tuberculose (Vigarello, 1978). Des recherches scientifiques prouvent l'existence d'une relation bénéfique entre exercice et santé, notamment cardiovasculaire (Defrance, 2011).

⁵⁶ Santé Publique France. (2024). *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 11 juin 2024, n°12 https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/nutrition-et-activite-physique/documents/magazines-revues/bulletin-epidemiologique-hebdomadaire-11-juin-2024-n-12?fbclid=IwY2xjawE_vhleHRuA2F1bQIxMAABHYiRQURNPSQ09Wsj5C0VdTgCTmMIOaIx4-CEqY8h6ijj-6RfRouhB0DIlg_aem_AQQJAtAg72eV5Jp8nwXnCg

On ne parle désormais plus de sport, mais d'activité physique (Defrance, 2011). Pour les socialistes, le sport devient essentiel à la bonne santé des travailleurs, alors que l'équilibre physique et psychique est perturbé par le travail (Defrance, 2011).

Le leadership de l'État s'amplifie à partir des années 1960 (Jabot et Loncle, 2010), dans la continuité d'une administration collective de la santé publique (Cattacin et Lucas, 1999. Honta, Haschar-Noé, 2011). La mobilisation autour des enjeux de santé publique, notamment menée par le directeur général de la santé en 1998, permet une première mise à l'agenda de l'obésité dans la fin des années 90 (Bossy, 2010). Dans le même temps, l'éducation physique et sportive (EPS) est inscrite dans une perspective de santé (Perrin, 2000).

Le Programme national nutrition santé (PNNS) marque le développement de recommandations liées aux comportements individuels (Bergeron, 2010. Bergeron, Castel, Dubuission-Quellier, 2014. Beal, Epstein, Pinson, 2015), comme la pratique de 30 minutes de marche quotidienne (Pate, Pratt, Blair, 1995)⁵⁷. D'autres outils sont mis en place comme le site internet « *mangerbouger.fr* », les étiquetages nutritionnels ou encore des communications institutionnelles.

Ces recommandations sont complétées par le PNNS, lequel permet à la fois une médicalisation et une politisation de la nutrition (Fassin, 2008), mais également par le PNNS 2 (2011-2015), le Plan national santé environnement (2015-2019) et le Plan mobilités actives. Cela illustre le passage d'un discours hygiéniste, porté sur une démarche de politiques publiques collectives, au développement d'un discours santéiste dans lequel la responsabilité des individus et leurs règles de vie sont liées intrinsèquement à la recherche de la santé (Crawford, 1980).

Introduite dans la loi⁵⁸, l'activité physique de santé est décrite comme source de bien-être. Elle est mise en avant dans la lutte contre les affections de longue durée, en tant que thérapie non médicamenteuse⁵⁹.

⁵⁷ Ces 1ères recommandations correspondent à la recommandation de santé publique décidée par le collège américain de médecine du sport en 1995. Pate, R.R., Pratt, M. Blair, S.N, et al. (1995). Physical activity and public health. A recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine, *Jama*, vol 273, n°5 : p 402-407. <https://doi.org/10.1001/jama.273.5.402>

⁵⁸ Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000787078&dateTexte=&categorieLien=id>

⁵⁹ Haute Autorité de Santé. (2011). *Rapport d'orientation de la Haute Autorité de Santé, Développement de la prescription de thérapies non médicamenteuses validées*, août 2011.

En ce sens, dès 2012, l'Académie de médecine recommande la prescription médicale d'activités physiques et sportives (Feltz, 2020). L'article 144 de la loi de modernisation de notre système de santé, du 26 janvier 2016⁶⁰, précisé par un décret,⁶¹ offre la possibilité pour le médecin traitant, dans le cadre du parcours de soins des patients souffrant d'une affection de longue durée, de prescrire une activité physique adaptée aux pathologies.

Le « sport-santé sur ordonnance » entre ainsi en vigueur le 1^{er} mars 2017, complété par une instruction en date du 3 mars 2017 adressée aux Agences régionales de santé (ARS) et aux Directions régionales de la jeunesse, des sports et des cohésions sociales (DRJSCS). Le 4^e PNNS (2019-2023)⁶² renforce l'objectif de diminution de l'obésité et du surpoids des enfants et adultes et la prescription médicale d'activité physique. La promotion de l'activité physique et des modes de déplacements actifs est désormais inscrite dans un certain nombre de programmes nationaux⁶³.

La Loi du 2 mars 2022 visant à démocratiser le sport en France renforce la prescription d'activités physiques adaptées en France. Le sport-santé sur ordonnance s'ouvre désormais non plus seulement aux malades en affection de longue durée, mais aux malades chroniques (diabète, dépression, maladies cardiovasculaires, cancers, etc.) et aux personnes ayant des facteurs de risque (hypertension, obésité, etc.), ainsi qu'à la perte d'autonomie. La dynamique est plus largement portée sur le développement du sport pour tous puisque la pratique sportive devient une mission d'intérêt général des établissements et services médico-sociaux et sa pratique est renforcée au sein des écoles primaires. Dorénavant, tout médecin peut également prescrire du sport-santé, et non plus uniquement les médecins traitants. Les kinésithérapeutes pourront renouveler et adapter les prescriptions médicales initiales d'activité physique adaptée.

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-06/developpement_de_la_prescription_de_therapeutiques_non_medicamenteuses_rapport.pdf

⁶⁰ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2016/1/26/AFSX1418355L/jo>

⁶¹ 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. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000033748987>

⁶² Ministère des Solidarités et de la Santé. (2019). *Lancement du 4^e Programme national nutrition santé 2019-2023*. 20 septembre 2019. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/pnns4_2019-2023.pdf

⁶³ Plan national santé environnement 3 (2015-2019), Plan d'action pour les mobilités actives (PAMA) et Plan cancer 2014-2019, Plan national santé environnement 3 et le Plan d'action pour les mobilités actives (PAMA).

La mise en œuvre locale des dispositifs de sport-santé est disparate et dépend des acteurs locaux en charge des dispositifs. À Strasbourg, nous verrons qu'après un entretien d'inclusion, les bénéficiaires peuvent se voir proposer des activités sportives dispensées par des éducateurs sportifs de la Maison sport-santé ou des associations partenaires (*annexe 2 et partie 2, chapitre 1*). Le dispositif est destiné aux patients souffrant d'une affection de longue durée stabilisée (maladie cardiovasculaire, diabète, cancer du sein et du colon), du VIH-SIDA, d'une hypertension artérielle, aux personnes âgées fragiles, aux personnes asthmatiques, aux personnes obèses ou en surpoids. Il s'est ouvert également aux personnes souffrant de symptômes de Covid long, de troubles psychiatriques stabilisés, aux aidants familiaux et aux femmes enceintes.

Les politiques publiques ont donc évolué d'une conception hygiéniste de la santé des masses à un discours santéiste, construit autour de la recherche d'une santé optimale, respectant des règles et normes individuelles de santé, notamment par l'activité physique. Ce discours est ainsi diffusé à des entrepreneurs de bien-être corporel, afin d'être approprié par les populations (Vieille Marchiset, 2019).

2. Une action publique territorialisée en faveur de l'activité physique de santé

L'affaiblissement de l'État, de ses outils d'intervention et de ses agents, transforme l'action publique locale (Thoenig et Duran, 1996) et renforce les mouvements de déconcentration⁶⁴.

Le local devient lieu d'ajustement, d'appropriation, de mobilisation et d'apprentissage de la coopération interorganisationnelle et intersectorielle (Jabot, Demeulemeester, 2005). C'est dans ce nouveau contexte que les politiques de santé se territorialisent.

a) De la territorialisation de l'action publique à ses critiques

La territorialisation de l'action publique de santé est affirmée dès 1999 avec la mise en œuvre des « *ateliers santé-ville* », lesquels mettent les villes au cœur des enjeux de santé. L'échelon territorial devient pertinent dans la mise en œuvre du PNNS (Offner, 2006) et brouille le partage des compétences entre État et collectivités territoriales (Clavier, 2009).

⁶⁴ Cet objectif est présenté dans le rapport « Refonder l'action publique locale » de Pierre Mauroy. Mauroy, P. (2000). « *Refonder l'action publique locale* ». Rapport au Premier Ministre. 1er janvier 2000. <https://www.vie-publique.fr/files/rapport/pdf/004001812.pdf>

Ce mouvement d'affirmation des collectivités territoriales s'accompagne d'une déconcentration des services de l'État. Depuis, la loi « *Hôpital, patients, santé et territoires* » (HPST)⁶⁵, traduite par l'installation des Agences régionales de santé (ARS) en 2010, les réponses sont locales, multipartenariales et diffèrent selon les territoires⁶⁶.

En 2013, le Plan sport-santé bien-être (PSSBE), s'appuie sur les directions régionales et départementales de la jeunesse (DRJSCS) ainsi que sur les ARS. Les agents des DRJSCS et ARS, chargés de décliner l'action gouvernementale, ont un rôle de mobilisation des acteurs du territoire, de pilotage et de coordination. Ils impulsent et assoient la construction d'un système de coordination territorialisé, transversal et intersectoriel où les institutions et groupes professionnels sont amenés à collaborer (Illivi, Honta, 2019).

La territorialisation des politiques de santé publique est souvent présentée comme une nécessité fonctionnelle (Clavier, 2009) et mise en scène par des discours normatifs sur les vertus de la proximité. Certains acteurs critiquent ce partage entre collectivités territoriales et État (Loncle, 2009). Ils sont distingués en trois groupes (Loncle, 2009) : les rétifs de l'animation territoriale, qui souhaitent que l'État reprenne la main du fait de contraintes budgétaires fortes ; les courtiers de l'action publique, qui souhaitent que l'État soit intermédiaire et que les collectivités fassent des compromis minimaux et enfin les généralistes, forts partisans d'une animation territoriale de santé. Pour ces derniers, le PSSBE illustre la volonté étatique de « *reprendre en main la définition du contenu et des finalités de l'action locale afin de l'orienter vers la lutte contre les inégalités d'accès à la pratique sportive* » (Honta, Illivi, 2017). Les CLS permettraient également, selon une logique contractuelle de l'État, de maîtriser les coûts et mettre en cohérence le système (Bergeron, 2010).

Ainsi, des mouvements vont revenir sur la territorialisation, c'est par exemple la réintroduction en 2001 de programmes nationaux de santé qui concentrent les financements aux dépens des plans régionaux. Selon les auteurs, la territorialisation de l'action publique peut consacrer un « retour » de l'État qui joue une partition plus modeste, mais toujours décisive pour coordonner et orienter les décisions publiques (Faure, 2001, Honta, 2003). L'État maintient donc un rôle fort de régulateur (Commaille, Jobert, 1998). Nous le verrons dans le cadre de notre objet d'étude à travers le plan de 500 Maisons sport-santé (*partie 2, chapitre 1*).

⁶⁵ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>

⁶⁶ Par territoire, on entend non seulement une notion géographique, mais également juridico-politique : ce qui est contrôlé par un certain type de pouvoir. Vollaire, C. (2013). La carte et le territoire. *Pratiques, cahiers de la médecine utopique*, (60), pp.28-30.

b) Les villes, lieu d'articulation de l'action publique de santé

Si la décentralisation arme le bras des collectivités territoriales, celles-ci vont plus loin et plus vite dans leur prise en charge de nouveaux domaines (Thoenig et Duran, 1996). Les collectivités saisissent la décentralisation en 1982 pour étendre leurs compétences en matière de santé (Honta, Haschar-Noé, Salaméro, 2018). Alors qu'en 1905, la tuberculose recule en Europe, elle avance en France (Jorland, 2010). Les villes sont renvoyées à un espace d'épidémies et de mauvaise santé (De Chambaud, 1786. Bourdeau-Lepage, Chasles, 2014).

À la fin du XIXe siècle, les pouvoirs publics décident d'agir (Jorland, 2010). L'hygiénisme s'accompagne d'aménagements urbains liés à la santé publique avec l'apparition des premiers systèmes d'assainissement, d'aération, mais également des premiers espaces verts. La mortalité recule, l'espérance de vie augmente. Dorénavant, l'accès aux soins est facilité en ville et il devient même plus simple d'y accéder que lorsque l'on vit à la campagne (Rican, Salem, Jouglà, 2003).

Au XXIe siècle, la ville fait encore face à de nombreux enjeux de santé publique : pollution, allergies, voitures omniprésentes, etc. Les inégalités sociales d'accès à la santé continuent à exister et sont encore intrinsèquement liées aux inégalités sociales. Vigneron prouve la corrélation entre les indices de mortalité des populations et le parcours de ligne B du RER parisien (Vigneron, 2011). Dans la Plaine Saint-Denis, le risque de mourir à une année donnée est augmenté de 82 % par rapport au centre de Paris.

Aussi, la loi HPST donne la possibilité aux villes d'élaborer des contrats locaux de santé (CLS), illustratifs de la « *capacité de mobilisation des acteurs locaux* » (Honta, Bassin, 2017). Nous verrons que la Ville de Strasbourg se saisit de cette opportunité dès 2015.

Pourtant, les villes maintiennent un rôle faible en tant qu'institutions dans les politiques de santé, compétence régaliennne (Truchet, 2017). Pour sécuriser, distinguer, légitimer les « offreurs d'APS », l'État et l'ARS ont recours à de nombreux instruments incitatifs et informationnels. Ces instruments produisent des effets de levier pour les acteurs locaux (Illivi, Honta, 2019). Aussi, en matière de sport-santé, Illivi et Honta suggèrent de repenser les relations entre l'État et les territoires (Aust, Crespy, Epstein, Reigner, 2013), dans un objectif affiché d'efficience et d'équité territoriale.

Les Assises du sport-santé sur ordonnance à Strasbourg en 2019 avaient ainsi pour thème le sport-santé sur ordonnance à travers ses territoires⁶⁷.

3. Des instruments mobilisés par les collectivités territoriales pour l'activité physique de santé

Outils de promotion de santé, de prévention, d'accompagnement vers les soins, les contrats locaux de santé (CLS)⁶⁸ confortent la place de collectivités territoriales dans l'élaboration des politiques publiques de santé. Ils définissent les axes d'une politique de santé à l'échelle communale ou intercommunale et fixent des objectifs afin d'améliorer la santé de la population, l'accès aux soins, la réduction des inégalités de santé et la création d'un environnement favorable à la santé de la personne.

Ainsi, le contrat local de santé de la Ville de Strasbourg 2015-2020 identifie 6 axes d'actions : améliorer la gouvernance des contrats locaux de santé, améliorer la prévention et la participation aux dépistages contre le cancer, œuvrer pour la réduction des risques, encourager l'offre de soins de premier secours, renforcer les actions de nutrition et améliorer le parcours des personnes âgées isolées et en perte d'autonomie.⁶⁹ Il engage également l'expérimentation de l'interdiction de la consommation de tabac dans les 80 aires de jeux de Strasbourg et parcs de la Ville et prévoit la mise en place d'une méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (MAIA). Le sport-santé sur ordonnance et le dispositif PRECCOSS font partie du contrat local de santé de la Ville⁷⁰. Le CLS de l'Eurométropole⁷¹ identifie, quant à lui, 4 axes, l'amélioration de la gouvernance du contrat local de santé, l'intégration des personnes atteintes de troubles de santé mentale, la santé environnementale et une meilleure observation de la santé.

⁶⁷ Les Assises européennes du sport-santé sur ordonnance se sont déroulées à Strasbourg en 2015, 2017, 2019, 2021, 2022. Elles rassemblent les acteurs du sport-santé (agents territoriaux, clubs sportifs, chercheurs, étudiants) autour des enjeux du sport-santé. En 2021 elles portaient par exemple sur l'après-covid.

⁶⁸ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>

⁶⁹ Ville de Strasbourg – Agence régionale de Santé. (2015). *Contrat local de santé de la Ville de Strasbourg 2015-2020*. Juin 2015. https://www.grand-est.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-02/67_CLS%20II_VilledeStrasbourg_2015-2020.pdf

⁷⁰ Nous étudierons ces dispositifs dans le premier chapitre de la partie 2.

⁷¹ Eurométropole de Strasbourg – Agence régionale de Santé. (2015). *Contrat local de santé de l'Eurométropole de Strasbourg 2015 – 2020*. Juin 2015. http://www.villes-sante.com/wp-content/uploads/STRASBOURG_CLS_II_Eurometropole.pdf

Les CLS, instruments de régulation de l'action publique en matière de santé (Honta, Haschar-Noé, Salaméro, 2018), consacrent l'engagement d'acteurs pluriels. Ils sont donc, pour les acteurs territoriaux, une boîte à outils précieuse pour une acculturation réciproque, l'instauration de routines, la légitimation de nouvelles coopérations, etc. (Illivi, Honta, 2019). Les institutions signataires du CLS de la Ville de Strasbourg et de l'Eurométropole montrent cette dynamique territoriale forte^{72 73}.

Encadré 1 - Les instruments de l'action publique selon Lascoumes et Le Galès (Lascoumes, Le Galès, 2005)

Un instrument de l'action publique est « *un dispositif à la fois technique et social qui organise des rapports sociaux spécifiques entre la puissance publique et ses destinataires en fonction des représentations et des significations dont il est porteur* ».

Ainsi, la sédentarité fait l'objet d'une mise en discours moralisatrice (Vigarello, 1993). Légitimée par les instruments de l'action publique, et notamment des études telles que les eurobaromètres, cette moralisation entraîne la construction de normes et d'une action publique au niveau international (OMS), européen, national et territorial. Au sein de l'Union européenne, certains pays développent des plans d'actions pour lutter contre la sédentarité. Chacun de ces plans d'action illustre la traduction différenciée de normes européennes, au niveau local. Avec sa tradition hygiéniste, la France a démontré l'intérêt d'une activité physique régulière pour la santé « des corps et des esprits ». Elle encourage le développement de plans nationaux et la mobilisation des collectivités territoriales. Le CLS témoigne de la territorialisation des politiques publiques de santé et intègre la plupart du temps des enjeux de sport-santé. Les Maisons sport-santé, induites de la stratégie nationale sport-santé et du plan de développement de 500 Maisons sport-santé s'inscrivent dans cet espace, mais prennent, selon leurs traductions locales, différentes formes.

⁷² Institutions partenaires des contrats locaux de santé de la Ville de Strasbourg : la Préfecture de Région Alsace et du Bas-Rhin, la Ville de Strasbourg, l'Agence Régionale de Santé d'Alsace (ARS), l'Éducation Nationale, le Régime Local d'Assurance Maladie d'Alsace Moselle, la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) du Bas-Rhin, la Caisse d'Allocations Familiales (CAF) du Bas-Rhin, la Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail (CARSAT) Alsace-Moselle, l'Union pour la Gestion des Établissements des Caisses d'Assurance Maladie (UGEAM), la Mutualité Française Alsace (MFA), les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg (HUS), la Fondation Vincent de Paul, le Centre Hospitalier d'Erstein, l'Établissement Public de Santé Alsace Nord (EPSAN).

Contrat local de santé de la Ville de Strasbourg – Agence régionale de Santé. 2015-2020. Juin 2015.

33 communes signataires du CLS de l'Eurométropole.

⁷³ L'inscription de l'action publique dans son contexte local fera l'objet d'une étude approfondie (partie 2, chapitre 1).

II. Les Maisons sport-santé au cœur de l'action publique locale

Les Maisons sport-santé, annoncées en 2017 par le président de la République, s'inscrivent dans la stratégie nationale du sport-santé 2019-2024. Elles ont pris forme lors des réunions d'écriture de leur cahier des charges, lequel a permis de mieux cerner leurs missions, leurs porteurs possibles, etc. Nous verrons que ce cahier des charges, grâce aux libertés qu'il permet, se traduit de manière différenciée dans les 500 Maisons sport-santé. Cela nous amènera à distinguer différents modèles de structures.

A. L'inscription des Maisons sport-santé dans une stratégie nationale

Les Maisons sport-santé se déploient comme des relais territoriaux de la stratégie nationale sport-santé. Instruments à la structuration souple, elles répondent à un cahier des charges qui a fait l'objet de réunions de co-écriture entre ministère, experts, acteurs locaux.

1. Une stratégie nationale du sport-santé

La stratégie nationale sport-santé 2019-2024 (Ministère des Sports, Ministère des Solidarités, 2019), inscrite dans le plan de santé publique « *Priorité Prévention* », porte pour ambition de (re)mettre les Français en mouvement sur tous les territoires et ainsi d'augmenter de plus de trois millions le nombre de pratiquants sportifs réguliers d'ici 2024. Elle s'articule autour de 4 axes : la promotion de la santé et du bien-être par l'activité physique et sportive ; le développement et le recours à l'activité physique adaptée à visée thérapeutique ; la protection de la santé des sportifs et le renforcement de la sécurité des pratiquants ; ainsi que le renforcement et la diffusion des connaissances. C'est dans le premier axe que s'inscrit le déploiement des Maisons sport-santé.

Cette stratégie s'inscrit également dans l'héritage des Jeux olympiques et paralympiques de Paris 2024, que reprennent les porteurs de projet de Maisons sport-santé.

Dans sa réponse à l'appel à projet national, la Ville de Strasbourg rappelle ainsi :

« [...] Strasbourg construit sa stratégie olympique, déclinée en « sport performance », « sport vivre ensemble » et « sport vivre mieux » ; ce projet constitue ainsi la pierre angulaire du 3^e axe destinée à développer les pratiques d'activités physiques pour améliorer la santé des habitants, en favorisant la pratique physique de tous les jours et les mobilités actives. Les JO 2024 et la candidature au label « Terre de Jeux » sont abordés comme un formidable levier à actionner pour la sportivité de notre territoire. »⁷⁴

C'est également le cas pour la Ville de Balaruc-les-Bains, qui dit prendre appui sur la dynamique engagée par le territoire à l'occasion des Jeux olympiques :

« Cet aménagement, complété par une Maison sport-santé et un centre de réathlétisation déjà programmés, vise à accueillir les sportifs en préparation et récupération physiques. L'ensemble devra être prêt pour 2023 » annonce Jérôme Panozzo, chargé de l'opération au sein de la commune » (Jaroniak, 2019).

On voit ici dans le discours des acteurs que les Jeux Olympiques participent à la légitimation du développement des Maisons sport-santé.

2. Un plan national de 500 Maisons sport-santé

Le programme du candidat Emmanuel Macron aux élections présidentielles françaises en 2017 mettait en avant le nécessaire développement d'une pratique sportive favorable à la santé⁷⁵. L'annonce portée par Emmanuel Macron, une fois président, du développement de 500 Maisons sport-santé est confirmée par la ministre des Sports, Laura Flessel, dans sa feuille de route en juillet 2017.

Relais de la stratégie nationale sport-santé, les Maisons sport-santé ont pour objectif de permettre le « *développement de l'activité physique et sportive (APS)* » et « *de proposer des espaces nouveaux ou organisés pour répondre aux différentes attentes exprimées, en termes de pratiques d'activités physiques et sportives pour maintenir son capital santé.* »⁷⁶.

⁷⁴ Ville et Eurométropole de Strasbourg. (2019). *Dossier de réponse à l'appel à projet Maison sport santé*. 10 octobre 2019.

⁷⁵ Blog Lui Président. (2019). Emmanuel Macron et le sport : un programme ambitieux pas encore concrétisé. *Le Monde*. École de Journalisme de Lille. Avril 2019. <https://www.lemonde.fr/blog/luipresident/2019/04/25/emmanuel-macron-et-le-sport-un-programme-ambitieux-pas-encore-concretise/>

⁷⁶ Ministère chargé des Sports, Ministère des Solidarités et de la Santé. (2019). *Appel à projet, Maison Sport-Santé*. Août 2019. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/aap_maisonssportsante.pdf

Roxana Maracineanu, ministre chargée des sports, déclare qu'elles sont « *un sas entre la non-pratique sportive et la pratique sportive. Elles doivent également comporter un volet important de prévention primaire*⁷⁷ puisque le gouvernement dit vouloir convertir 3 millions de français de plus à une pratique sportive » (Galtier, 2019).⁷⁸

Leur déploiement est initié par la mise en place d'un comité de pilotage codirigé par la directrice des sports et le directeur général de santé, dès le 12 avril 2018. L'appel à projet, publié pour la première fois en juillet 2019, est cosigné des deux ministres (Santé et Sports). Les réponses à l'appel à projet sont ainsi soumises à l'avis des Agences régionales de Santé et ex-DRJSCS locales avant arbitrage.

Cependant, le pilotage par le ministère chargé des Sports du groupe de travail Maisons sport-santé et la seule présence de la ministre chargée des Sports aux éditions 2017 et 2019 des Assises européennes du sport-santé sur ordonnance à Strasbourg illustrent le retrait du ministère de la Santé et la prédominance du secteur sportif. Aussi, l'interministérialité posée comme un souci au niveau central devient une nécessité locale (Thoenig et Duran, 1996). Cette dynamique interministérielle implique au niveau local une dynamique entre les ex-DRJSCS et ARS et crée ainsi de nouvelles synergies pour la construction d'échanges entre les agents de directions aux thématiques différentes (Honta, Illivi, 2017)⁷⁹.

L'étude du cahier des charges des Maisons sport-santé nous permet de mieux comprendre comment a pu être orienté le déploiement de structures territoriales. Ce cahier des charges, défini par le ministère chargé des Sports et celui des Solidarités et de la Santé a fait l'objet d'un groupe de travail réuni entre février 2019 et avril 2019 (le 13 février 2019, 12 mars 2019, 4 avril 2019 et 25 avril 2019), présidé par la cheffe de mission Maisons sport-santé du ministère chargé des Sports. Ce groupe de travail réunit des agents de l'état décentralisé (DRJSCS, ARS) ainsi que des Ministères (Direction générale de la santé, Direction des sports), mais également des mutuelles (groupe VYV, Territoria-Mutuelle, groupe MDS) et des collectivités territoriales (Biarritz, Strasbourg, Grand Chalon, ...).

⁷⁷ La prévention primaire est définie comme « *l'ensemble des actes visant à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population et à réduire les risques d'apparition; sont ainsi pris en compte la prévention des conduites individuelles à risque comme les risques en terme environnementaux et sociétaux* » Organisation mondiale de la santé (1999), « Glossaire de la promotion de la santé [archive] ».

⁷⁸ Galtier, L. (2019). Maisons sport-santé : Roxana Maracineanu veut labelliser 100 établissements avant la fin 2019. *Maire info*. <https://www.maire-info.com/sports/maisons-sport-sante-roxana-maracineanu-veut-labelliser-100-etablissements-avant-la-fin-2019-article-23340>

⁷⁹ Nous questionnerons ce double portage ministériel dans le chapitre 2 de la partie 2.

Ces collectivités territoriales, expertes, explicitent leurs modèles de développement du sport-santé lors de la première réunion du groupe de travail⁸⁰. La présence de la Ville de Strasbourg est justifiée par le Ministère des sports et de la santé par son rôle de coordination du groupe de travail sport-santé sur ordonnance du réseau des villes-santé de l'OMS.

Dès la première réunion du groupe de travail, il est décidé d'acter le principe d'un cahier des charges ouvert et souple, afin que les structures déjà existantes soient reconnues comme Maisons sport-santé et que de nouvelles initiatives soient créées : « *il ne s'agit pas de remettre en cause ce qui est fait auparavant* » (Réunion du groupe de travail national des Maisons sport-santé, 18 avril 2019). En ce sens, un questionnaire est déployé en amont du groupe de travail national en novembre 2018, par le Ministère des sports aux CREPS et DRJSCS et vise à « *identifier des « structures » répondant, sur les territoires, à tout ou partie des déterminants envisagés ci-dessous comme fondateurs des Maisons sport-santé.* »⁸¹

La première réunion permet de fixer des principes concernant l'offre de services, les réseaux et partenariats, les publics cibles et la typologie des structures éligibles. La seconde réunion invite les parties prenantes à des accords entre les définitions communes du sport-santé et de l'activité physique. Le dernier groupe de travail, du 18 avril 2019, apporte une relecture collective sur le cahier des charges.

Les réunions de constitution du cahier des charges mettent en lumière des affrontements d'acteurs sur des notions autour du concept de Maison sport-santé notamment dans la définition même de l'activité physique⁸².

Le cahier des charges publié en août 2019 amène une première vague de labellisation le 10 octobre 2019, qui identifie les 101 premières Maisons sport-santé, une par département. 288 structures ont candidaté à la première vague de l'appel à projet Maison sport-santé le 10 octobre 2019. Sur ces structures, 278 sont jugées recevables et 138 sont retenues dans l'appel à projet (Gautier, 2020)⁸³. Tous les territoires ne sont pas couverts par la première vague de labellisation, malgré l'objectif d'au moins une par département.

⁸⁰ Ministère chargé des Sports, Ministère des Solidarités et de la Santé. (2019). *Compte-rendu de la réunion du groupe de travail MSS du 13 février 2019*.

⁸¹ Ministère des sports. (2018). *Questionnaire. Les enjeux de la création des Maisons Sport Santé (MSS) sur les territoires - Réflexions pour préfigurer les MSS*.

⁸² Ministère des Solidarités et de la Santé, Ministère chargé des Sports. (2019). *Relevé de décision Groupe de travail Maisons Sport-Santé*. 12 mars 2019.

⁸³ Prise de parole de Gautier, C. Ministère des Sports. Agent en charge de l'élaboration des politiques publiques du sport (DS1A) au premier rassemblement national des Maisons sport-santé, Vichy, les 23 et 24 septembre 2020.

C'est le cas notamment des territoires d'outre-mer (Nouvelle Calédonie, Saint-Pierre-et-Miquelon, Wallis-et-Futuna) ou encore de départements comme la Corse. D'autres départements se voient labellisés à plusieurs reprises, comme le département du Bas-Rhin (67), avec trois MSS.

En janvier 2021, une deuxième vague de labellisation est mise en œuvre portant à 288 leur nombre en France, soit 150 nouvelles Maisons labellisées⁸⁴. Un nouvel appel à projet, diffusé en 2021 permet la labellisation de 151 nouvelles Maisons sport-santé, portant à 436 le nombre de maisons labellisées : « *Les Maisons sport-santé sont désormais présentes sur l'ensemble des départements métropolitains et la quasi-totalité des territoires et collectivités d'Outre-mer.* »⁸⁵

En 2018-2019, le Commissariat général à l'égalité des territoires (CGET) lance également un appel à manifestation d'intérêt pour un réseau de Maisons sport-santé société. L'Union française des œuvres laïques d'éducation physique (Ufolep) a ainsi été lauréate de l'appel à manifestation et a développé 30 Maisons sport-santé au sein de 30 départements dans les territoires prioritaires (Quartiers prioritaires de la politique de la ville et zones de revitalisation rurale). Elles auraient ainsi vocation à identifier une offre « *sport-santé bien-être* » de proximité, proposer cette offre, réaliser des contrôles techniques, proposer un espace de ressources pédagogiques et bibliographiques.⁸⁶ D'après l'Ufolep, 15 structures ont vu le jour en 2019.

B. Vers une typologie des Maisons sport-santé en France

Comme la déclinaison des CLS, fortement dépendante du contexte territorial, les dispositifs en matière de politiques sportives départementales sont très disparates (Honta, Haschar-Noé, Salamero (2018). En l'absence d'un modèle unique, les Maisons sport-santé rejoignent ce constat de « *sur-mesure territorial* » (Illivi, Honta, 2019).

⁸⁴ Ministère des Solidarités et de la Santé, Ministère chargé des Sports. (2021). *Les Maisons Sport-Santé. Un outil de santé publique*. Dossier de presse. 24 mars 2021. <https://pole-sante.creps-vichy.sports.gouv.fr/wp-content/uploads/2021/03/Dossier-de-presse-Maisons-Sport-Sante-2021.pdf>

⁸⁵ Ministère des Sports. (2022). *Les Maisons sport-santé, un outil d'égalité des chances et d'accès au droit de la santé par le sport*, Mars 2022. Site internet. <https://www.sports.gouv.fr/les-maisons-sport-sante-un-outil-d-egalite-des-chances-et-d-acces-au-droit-de-la-sante-par-le-sport>

⁸⁶ Ligue de l'enseignement. (2019). Article « *Lancement des Maisons Sport Santé Société M3S* ». 14 octobre 2019. <https://www.ligue62.org/lancement-des-maisons-sport-sante-societe-m3s/>

1. Une absence de modèle défini par le cahier des charges national

Le cahier des charges des Maisons sport-santé ne définit pas de modèle pour leur déploiement. Pourtant, en 2018, l'inspection générale des Affaires sociales (IGAS) et l'inspection générale de la Jeunesse et des Sports (IGJS) mettent en garde sur la nécessité d'un cahier des charges précis avant le déploiement de ces structures afin de pallier des freins et d'éviter les dérapages financiers⁸⁷. Ils précisent ainsi plusieurs modèles possibles (*annexe 3*). Les Maisons sport-santé devraient selon eux prendre appui sur des structures déjà existantes (réseaux locaux de coordination, maisons de santé pluridisciplinaire, communautés professionnelles territoriales de santé). C'était le sens de l'état des lieux, présenté lors du premier groupe de travail de l'appel à projet : repérer des structures possiblement porteuses de Maisons sport-santé (*annexe 4*).

Le cahier des charges laisse cependant la liberté aux opérateurs des politiques publiques de concevoir leur modèle de Maison sport-santé par la délibération collective (Honta, Haschar-Noé et Salamero (2018). Cette autonomie d'action des acteurs locaux fait appel à leurs capacités à se positionner en compétiteurs crédibles (Jouvenet, 2011) et les invite à montrer leurs capacités d'engagement et d'innovation. Tout comme l'État l'avait fait pour le PNNS, les territoires ont ainsi la possibilité d'ajuster leurs réponses aux populations et contextes locaux (Honta, Haschar-Noé, 2011).

2. Différentes structurations de Maisons sport-santé

Afin de déterminer les principes porteurs des Maisons sport-santé, l'étude documentaire du dossier de presse des Maisons sport-santé⁸⁸ a été complétée par un questionnaire envoyé au groupe de travail sport-santé sur ordonnance du réseau des villes santé de l'OMS (*annexe 5*) (Blanc, 2019). Déployé à partir de septembre 2019, ce questionnaire a permis de relever les principales caractéristiques des Maisons sport-santé en France. 57 réponses complètes ou incomplètes apportent une première vision sur les structurations diverses des Maisons sport-santé en devenir ou existantes (*annexe 6*).

⁸⁷ Inspection générale des affaires sociales (IGAS) – Inspection générale de la jeunesse et des sports (IGJS). (2018). *Évaluation des actions menées en matière d'activité physique et sportive à des fins de santé*. Rapport IGAS N°2017-126R/IGJS N°2018-I-07 Mars 2018. <https://www.sports.gouv.fr/sites/default/files/2023-02/anciens-rapports-igjs-rapport-igas---igjs-evaluation-des-actions-men-es-en-mati-re-d-activit-physique-et-sportive-des-fins-de-sant--4427.pdf>

⁸⁸ *Les Maisons sport-santé*, dossier de presse. *Op. cit.*

a) Des Maisons sport-santé municipales

Les Maisons sport-santé portées par une collectivité territoriale sont majoritaires puisqu'elles représentent 2 cas sur 3 (Picot, 2019). Le dossier de presse de l'appel à projet présente ainsi le modèle porté par la direction de la Santé de la Polynésie française et le réseau « *Maita'i sport-santé* »⁸⁹. Dans ce modèle, l'inclusion dans le dispositif peut être réalisée de deux manières : la personne prend contact avec la structure, laquelle convient d'un rendez-vous avec le médecin du sport, ou la personne, qui a déjà consulté son médecin traitant, vient directement dans la structure. L'activité sportive est choisie par le patient, lequel rencontre un éducateur spécialisé pour faire des tests physiques. Le programme est pris en charge par la direction de la Santé, donc gratuit pour les bénéficiaires. Ce portage et la gratuité du dispositif témoignent d'un enjeu de santé publique particulièrement important en Polynésie française, celui de la surcharge pondérale de la population et de pathologies liées. En effet, près de 70% de la population y est en surcharge pondérale et près de 18% y souffre de diabète de type 2 et 26% d'hypertension artérielle⁹⁰.

b) Des Maisons sport-santé associatives

Des structures associatives (par exemple l'office des sports) portent également des MSS, comme dans le département des Yvelines où la structure est l'UFOLEP⁹¹. Ce projet de Maison sport-santé est mené en partenariat avec la MGEN et le centre hospitalier Théophile Roussel de Montesson.

D'autres dossiers sont portés par des associations comme à Nîmes, par l'association Nîmes Sport-Santé « *devenue au fil des années un acteur incontournable du sport-santé sur Nîmes et sa région* »⁹². L'association est déjà en charge du dispositif « *Bougez sur ordonnance* » et travaille en lien avec le centre hospitalier universitaire, le pôle Promotion-santé de Nîmes et les médecins généralistes de la ville ainsi que les mutuelles.

⁸⁹ Ministère des Solidarités et de la Santé, Ministère chargé des Sports. (2020). *Les Maisons Sport-Santé*, dossier de presse. Mai 2020. [https://pole-sante.creps-vichy.sports.gouv.fr/wp-content/uploads/2020/05/maisonssportsante_dp_v12b .pdf](https://pole-sante.creps-vichy.sports.gouv.fr/wp-content/uploads/2020/05/maisonssportsante_dp_v12b.pdf)

⁹⁰ Flyer de présentation du dispositif *Maita'i sport-santé* « informez-vous ». En ligne : <https://www.service-public.pf/djs/maitai-sport-sante/>

⁹¹ Projet de Maison sport-santé – Ufolep 78. Site internet : <http://www.ufolep78.org/prevention-sport-sante/>

⁹² Site internet, Nîmes sport-santé. <https://www.nimessportsante.fr/presentation-histoire/>

c) Des Maisons sport-santé privées

Bien que ce point ait fait l'objet de débats entre les membres du groupe de travail national dans l'élaboration du cahier des charges, des structures privées sont labellisées en première vague de l'appel à projet. En effet, les membres du groupe de travail souhaitaient écarter les entreprises lucratives des Maisons sport-santé et le ministère avait affirmé lors du second groupe de travail qu'il était essentiel alors de les empêcher au mieux en insistant sur la précarité du public accueilli et l'exigence d'accessibilité financière⁹³. Pourtant, lors de l'annonce des Maisons sport-santé labellisées en première vague, c'est un modèle de Maison sport-santé privé qui a été mis en avant, la maison « *Mon stade* »⁹⁴, à Paris. En effet, la ministre chargée des Sports se trouvait dans ces locaux pour la visite presse attenante à ce déploiement.

La structure se présente comme protéiforme, étant à la fois un lieu d'évaluation de la capacité physique du tout-venant, un lieu d'entraînement, de cours collectifs, de conseil pour les managers d'entreprises, de sport performance, de sport bien-être et enfin de sport sur ordonnance. Il s'agit ainsi d'inclure des bénéficiaires dans un programme sport-santé sur ordonnance composé d'un bilan de condition physique, d'un plan d'entraînement, de séances d'entraînement et d'un suivi individuel de progrès. Ainsi les séances peuvent être encadrées par un préparateur physique (*Personal Training*) ou bien réalisées seul(e) dans un stade (*Free Training*) ou ailleurs⁹⁵. La phase bilan peut ainsi coûter au minimum 115 euros, l'établissement d'un plan d'entraînement avec un enseignant en activité physique adaptée coûtant au minimum 40 euros, et une séance d'activité physique libre 20 euros, collective 25 euros, en individuel 80 euros. Il est par la suite proposé un bilan pour suivre les progrès, au minimum de 75 euros.

Elle se présente également comme structure de recherche, et propose : « *des groupes de pairs, des rencontres pluridisciplinaires et des formations. Son équipe composée de médecins cardiologues et médecins du sport expérimentés lance cette année un nouveau projet d'étude SESAME qui concernera 500 patients chaque année et qui permettra d'étudier les effets d'un « programme passerelles » d'activités physiques en ambulatoire, individualisé, structuré et éducatif.* »⁹⁶

⁹³ Ministère des Solidarités et de la Santé. (2019) *Compte-rendu, 3^{ème} Groupe de travail de constitution du cahier des charges des Maisons sport santé*. 18 avril 2019.

⁹⁴ *Les Maisons sport-santé*, dossier de presse. *Op. cit.*

⁹⁵ Site internet, *Mon Stade* : <http://www.monstade.fr/services/sport-sur-ordonnance/>

⁹⁶ *Les Maisons sport-santé*, dossier de presse. *Op. cit.*

À Angers, l'entreprise Goove, financée par le groupe VYV⁹⁷ porte aussi une Maison sport-santé. Les séances sont encadrées par des enseignants en activité physique et plusieurs offres d'abonnements sont proposées : l'abonnement *goove co* (40 euros par mois), comprenant deux bilans de condition physique (initial et final) et des mini cours collectifs (2 fois par semaine) ; l'abonnement *activ'plus* (50 euros par mois), comprenant 2 bilans de condition physique (initial et final), un programme de 28 séances sur mesure (1 à 2 fois par semaine), des mini cours collectifs (1 fois par semaine). Et enfin, un abonnement PACK *Goov activ'* à 360 euros comprenant 2 bilans de condition physique et un programme de 28 séances.

Les structures privées imposent donc, par leurs modèles économiques, des restes à charge importants pour les bénéficiaires.

d) Un modèle de Maisons sport-santé virtuelles

Les ministères des Sports et des Solidarités et celui de la Santé mettent en lumière des Maisons sport-santé présentées comme virtuelles, à travers leurs plateformes internet ou dispositifs numériques.

Le modèle de Maison sport-santé du comité départemental olympique et sportif (CDOS) Ardèche repose principalement sur une plateforme qui propose aux bénéficiaires de s'informer d'une offre d'activité physique adaptée ou de devenir acteur du sport-santé.⁹⁸ Le logiciel Sorélis de l'association « *Ain profession sport et culture* »⁹⁹, est également affiché dans le dossier de presse en 2019 comme Maison sport-santé numérique. Il est ainsi porteur d'un système d'information¹⁰⁰ dont l'ambition est d'organiser les informations prélevées par l'association dans le cadre de son déploiement territorial et de son lien avec des médecins généralistes, des bénéficiaires, des associations partenaires, etc.

⁹⁷ Think Tank Sport et Citoyenneté. (2019). Un lieu unique au service du sport santé. *Revue sport et citoyenneté*, n°47. Octobre 2019. <https://www.sportetcitoyennete.com/articles/inclusion-par-le-sport-revue-47>

⁹⁸ Site internet, CDOS Ardèche : <https://www.ardecheolympique.org/sport-sante/>

⁹⁹ *Les Maisons sport-santé*, dossier de presse, *Op.cit.*

¹⁰⁰ Définition d'un système d'information : « Un système d'information peut être défini comme un ensemble de ressources (personnel, logiciels, processus, données, matériels, équipements informatiques et de télécommunication...) permettant la collecte, le stockage, la structuration, la modélisation, la gestion, la manipulation, l'analyse, le transport, l'échange et la diffusion des informations (textes, images, sons, vidéo...) au sein d'une organisation. ». Source : <https://www.universalis.fr/encyclopedie/systemes-informatiques-conception-architecture-et-urbanisation-des-systemes-d-information/>

La plateforme recense des activités selon plusieurs critères : recherche d'une activité par type d'activité, localisation, typologie (découverte, passerelle, sport-santé¹⁰¹). En 2017, cette plateforme faisait état de 900 personnes incluses dans des ateliers passerelles ou de sport adapté¹⁰². Contactée par mail afin de répondre au questionnaire déployé dans le cadre de l'étude, cette structure s'est cependant défendue d'être qualifiée comme modèle numérique de Maison sport-santé, affirmant une erreur du dossier de presse ministériel. Elle explique ainsi se servir d'un outil numérique uniquement pour faciliter les liens et le traitement des données des bénéficiaires, mais promeut un modèle « *présentiel* » d'activité.

e) D'autres types de Maisons sport-santé

Les Maisons sport-santé peuvent être portées par d'autres structures.

- Ce sont par exemple des centres hospitaliers ou réseaux de santé, comme à Rennes où le centre hospitalier universitaire développe dans son projet d'établissement 2018-2022 une action de prévention et de promotion de la santé. Le CHU coordonne les acteurs de la santé, du sport et de l'activité physique adaptée en jouant le rôle d'un guichet unique. Il s'assure également l'évaluation de la condition physique des futurs bénéficiaires, leur entretien motivationnel et enfin un parcours personnalisé¹⁰³.
- Des établissements publics sont également porteurs de Maisons sport-santé, c'est le cas du centre de ressources, d'expertise et de performance sportives (CREPS) Auvergne-Rhône-Alpes/Vichy, qui accompagne des bénéficiaires vers la reprise d'une activité physique et sportive¹⁰⁴. C'est en réalité le pôle médical sportif, présent sur le territoire de Vichy-Communauté depuis 2013 qui est ainsi labellisé Maison Sport-Santé. Initialement dédié aux sportifs de haut niveau, le pôle s'est élargi pour créer un centre pour la santé du sportif et de tous par le sport. Au-delà de ses missions de surveillance et suivi des sportifs de haut niveau, le CREPS Vichy développe ainsi des actions de prévention, promotion de la santé par l'activité physique et le sport et des ateliers sport-santé.

¹⁰¹ Les ateliers « passerelle » seraient ainsi destinés aux plus inactifs, les séances « sport-santé » aux personnes en reprise d'activité coordonnée par un parcours personnalisé rapprochant médecins et éducateurs sportifs : <https://www.sorelis.seliassoft.fr/>

¹⁰² Site internet, association Ain profession sport : <https://www.ain-profession-sport.fr/nos-services/la-plateforme-sport-sante/> ; plateforme sport-santé : <http://www.ainsportsante.fr/presentation/>

¹⁰³ Les Maisons sport-santé, dossier de presse. *Op.cit.*

¹⁰⁴ Les Maisons sport-santé, dossier de presse. *Op.cit.*

3. Tableau typologique des Maisons sport-santé :

Une étude des 138 Maisons sport-santé labellisées en première vague en janvier 2020 nous a permis ainsi de vérifier cette détermination de plusieurs typologies de Maisons sport-santé. À travers l'étude du dossier de presse¹⁰⁵, nous avons pu réaliser différentes catégorisations de ces premières maisons labellisées.

Encadré 2 - De l'intérêt de comparer différentes structurations de Maisons sport-santé

Notre recherche s'appuie sur la volonté de ne pas réduire la comparaison de projets de Maisons sport-santé à des indicateurs, mais bien de comparer dans l'espace et le temps à différentes échelles ces structures. Dès lors, « *il ne s'agit pas de réduire la comparaison à des indicateurs, mais bien de comparer dans l'espace et le temps, à différentes échelles* » (infra-locale, régionale, nationale, supranationale), afin de « *rendre étrange l'évident via la confrontation* », interroger notre modèle, des dispositions, des manières de faire, etc. (Gasparini, Koebel, 2015).

La comparaison dans l'espace et le temps révèlent l'importance d'une comparaison synchronique et diachronique comme méthode d'analyse des phénomènes sociaux, produit des comportements d'un ensemble d'acteurs liés entre eux par de l'interdépendance stratégique où les interactions obéissent à un ordre local (Perrin-Malterre, 2015).

Nous verrons dans une seconde partie comme l'apprentissage de la structuration de la Maison sport-santé de Strasbourg induit de mieux comprendre le contexte de son déploiement local.

Il apparaît ainsi que les 138 premières Maisons sport-santé sont déployées dans 13 régions, à l'exception de la Corse. Voici un schéma réalisé qui l'illustre (*figure 1*).

¹⁰⁵ Par l'étude de la liste des MSS labellisées – *Les Maisons sport-santé*, dossier de presse. *Op.Cit.*

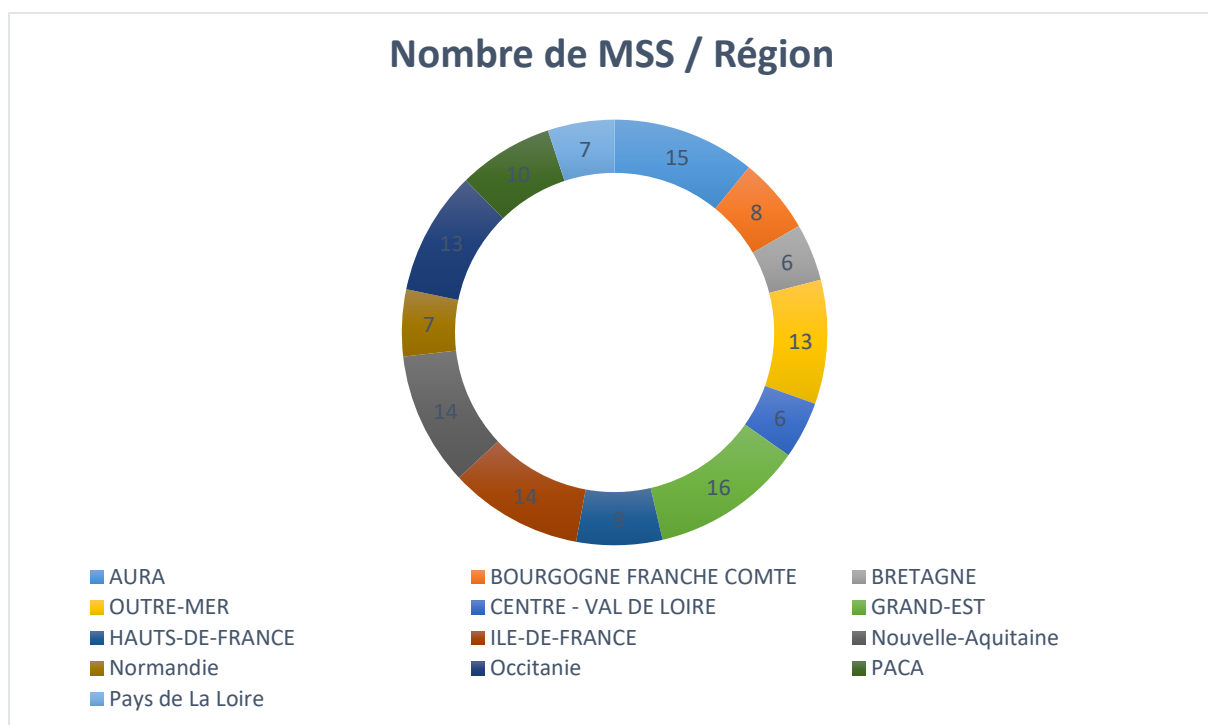


Figure 1 – Nombre de Maisons sport-santé par région (Blanc, P).

La typologie des structures porteuses de projets de Maisons sport-santé s'approche des différents modèles mis en exergue précédemment. En effet, les structures sont principalement portées par des associations puis des collectivités territoriales et leurs établissements publics, mais aussi par des établissements de santé. Les structures privées sont rares, elles se portent à 7 pour 138 projets de Maisons sport-santé, soit : 8% (figure 2).

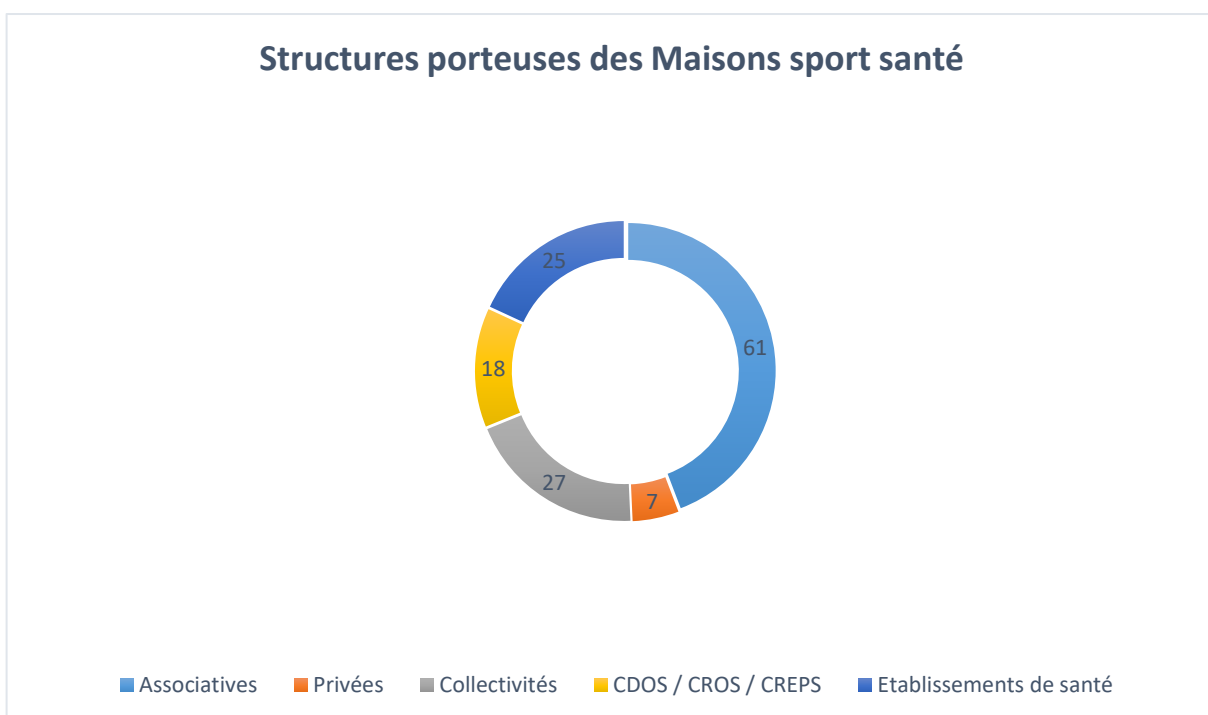


Figure 2 – Types de structures porteuses des Maisons sport-santé (Blanc, P).

L'analyse quantitative des Maisons sport-santé est actualisée par l'étude des 436 Maisons sport-santé labellisées en 2022¹⁰⁶ et nous permet d'apporter une analyse comparative des structures labellisées (*Tableau 2*).

Typologie - Maisons sport-santé	% (2019)	% (2022)
Associatives	44,2	51
Privées	5,1	29
Collectivités	19,6	14
CDOS CROS CREPs	13	
Établissements de santé	18,1	4
Autres - Ministère des sports 2022 : mutuelles, fondations, CAF, établissements publics ...		2
Total	100	100

Tableau 2 – Typologie des Maisons sport-santé (Blanc, P).

En 2019 et 2022, les Maisons sport-santé restent principalement associatives. La part des Maisons sport-santé portées par des établissements privés est en forte évolution entre 2019 et 2022 (+23.9 points), tandis que celle des collectivités est en faible diminution (- 5.6 points). Les MSS portées par des établissements de santé sont également proportionnellement moins nombreuses en 2022 (-14.1 points).

La typologie établie en 2022 par le Ministère des sports ne reprend pas la catégorisation de 2019 des Maisons sport-santé portées par des CDOS, CROS, CREPS. Ces dernières semblent vraisemblablement dispersées au sein de la catégorie « associatives » ou « autres ». Cette illustration laisse également à voir que les structures labellisées sont principalement associatives (*illustration 1*).

¹⁰⁶ Ministère des sports. (2022). Dossier de presse, « *Le réseau Maisons sport santé poursuit son déploiement* ». 14 janvier 2022. <https://www.sports.gouv.fr/media/1984/download>

Réunies par les ministères des Sports et de la Santé dans un réseau national, les Maisons Sport-Santé représentent une grande variété de structures :

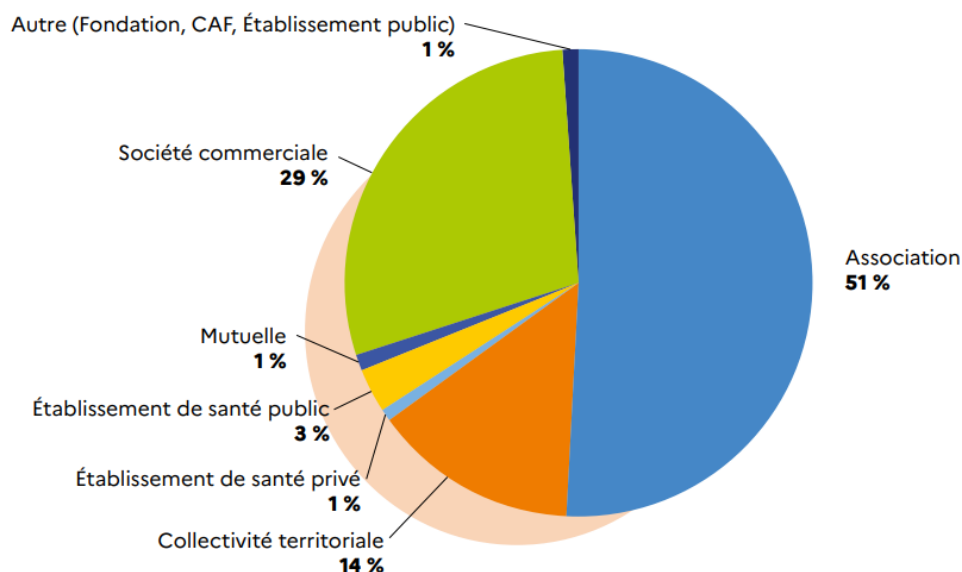


Illustration 1 – Les Maisons sport-santé, une grande variété de structures¹⁰⁷

C. Des principes communs des Maisons sport-santé

Malgré ces structurations territoriales différenciées, les Maisons sport-santé répondent à des principes communs rappelés par les objectifs du cahier des charges. Les Maisons sport-santé ont en effet pour objectif de lutter contre la sédentarité, en faveur de l'activité physique. Nous verrons que cet objectif se traduit à travers différents niveaux de leurs missions. Par ailleurs, les Maisons sport-santé sont liées à un contexte financier difficile où leurs actions ne font pas l'objet d'un financement pérenne.

1. Un territoire différencié selon les structures

Le territoire couvert par une Maison sport-santé est principalement celui de la commune (70%) ou pour certains l'établissement public de coopération intercommunale (EPCI), le département (51%), la région (11%)¹⁰⁸.

¹⁰⁷ Ministère des sports. (2022). Dossier de presse, « Le réseau Maisons sport santé poursuit son déploiement ». 14 janvier 2022. <https://www.sports.gouv.fr/media/1984/download>

¹⁰⁸ Ministère des sports. (2022), *op-cité*. Une enquête auprès des Maisons sport-santé a été lancée en septembre 2021 par le Ministère en charge des sports. Cette enquête a reçu 218 réponses des Maisons sport-santé labellisées en 2019 et 2020.

Des structures, labellisées MSS, sont itinérantes et ont ainsi l'ambition d'aller au plus près des bénéficiaires. C'est le cas du projet porté par l'entreprise DKPULSE en région Hauts-de-France, qui a équipé un bus de ville pour accueillir sur prescription des personnes souffrant de pathologies ou éloignées du sport.¹⁰⁹ Dans le département du Bas-Rhin, le projet de Maison sport-santé de Saverne est porté conjointement par la Ville et la Collectivité européenne d'Alsace.

La plupart des territoires ayant répondu au questionnaire sont déjà engagés dans une démarche active en matière de santé et sont ainsi villes actives PNNS¹¹⁰, portent des dispositifs de sport-santé sur ordonnance ou sont par exemple engagés dans les Villes-Santé de l'OMS.

2. Des maisons pour lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé

D'après le compte-rendu de l'agent en charge de la santé, présent à la 1^{re} réunion d'écriture de l'appel à projet : « *les MSS doivent s'adresser à priori à tous les publics (prévention primaire).* »¹¹¹. Cependant, le ministère chargé des Sports souhaite viser plus particulièrement les publics dits fragilisés des quartiers prioritaires de la politique de la Ville (QPV) et de zones peu denses. La notion de QPV fait l'objet de débat lors de la seconde réunion du groupe de travail, jugée trop restrictive¹¹². Pour répondre à cela, il est proposé de distinguer le critère d'implantation des Maisons sport-santé et leur périmètre d'intervention : avoir une entrée population plutôt que territoire.

Ainsi, l'appel à projet (ministère chargé des Sports, ministère des Solidarités, 2019) cible les « *personnes qui ont pris conscience de la nécessité d'une pratique d'activité physique et sportive, à celles qui ont besoin de pratiquer (prévention primaire, secondaire ou tertiaire), comme à celles qui jusqu'à présent considéraient cette pratique comme ne les concernant pas. Dans une logique d'accès à une pratique d'activité physique et sportive pour tous, ces espaces, au-delà de la réponse qu'ils apportent, déploient des actions qui permettent d'aller au-devant de la population et de l'amener à une telle pratique (logique de proactivité).* »¹¹³

¹⁰⁹ Les Maisons sport-santé, dossier de presse. *op. cit.*

¹¹⁰ Réseau des Villes Actives du PNNS. (2009). *Le réseau des Villes Actives du PNNS. Quels développements ?* Colloque Villes actives du PNNS « La concrétisation de l'action des communes pour la nutrition ». 25 novembre 2009. Nancy. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/reseau_villes_actives.pdf

¹¹¹ Agent en charge de la santé. (2019). Mail de compte-rendu primaire de la réunion du groupe de travail MSS.

¹¹² Observation réalisée dans le cadre de la 2^{de} réunion du groupe de travail national, 12 mars 2019.

¹¹³ Ministère chargé des Sports, Ministère des Solidarités et de la Santé. (2019). *Appel à projet, Maison Sport-Santé*. Août 2019. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/aap_maisonssportsante.pdf

Le dossier de presse de 2022 met en avant 57 Maisons sport-santé implantées dans un quartier prioritaire de la politique de la ville, soit 13% des Maisons sport-santé labellisées, et 29 en zone revitalisée, soit 6,6%. Malgré le fait qu'elles représentent une faible proportion des Maisons sport-santé, elles les légitiment comme nouvel instrument de l'action publique en faveur de la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé (Lascoumes, Le Bourhis, 1998).

3. Quelles missions pour les Maisons sport-santé ?

Les Maisons sport-santé sont principalement des structures d'accueil physique dédiées au sport-santé mais peuvent accueillir d'autres activités. C'est notamment le cas dans le cadre du portage par une association comme l'office des sports où l'établissement accueille des activités physiques et sportives. Les activités sont parfois dispensées dans des antennes ou par des associations partenaires et la MSS ne sert alors qu'aux entretiens d'inclusion.

Lors de la seconde réunion du groupe de travail sont évoquées les missions optionnelles et obligatoires des Maisons sport-santé, faisant ainsi apparaître plusieurs niveaux de missions (*tableau 3*).

Niveau 1	- Information sur l'offre de pratique existante - Évaluation de la condition physique
Niveau 2 (missions optionnelles)	- Organisation d'activités physiques adaptées - Formations-recherches

Tableau 3 - Missions optionnelles et obligatoires des Maisons sport-santé (Blanc, P).

L'enquête nationale du ministère des Sports¹¹⁴ nous informe ainsi de la répartition de ces missions obligatoires ou optionnelles par les Maisons sport-santé. On voit à travers ce graphique que les maisons sont principalement des lieux de réalisation de bilans des capacités physiques, mais également des espaces d'accueil et d'orientation. Elles sont pour la plupart aussi des lieux de dispensation d'activité. Cependant, les missions de formation sont moins largement partagées par les Maisons sport-santé (*illustration 2*).

¹¹⁴ Ministère des Sports. (2022). *Dossier de presse*, op.cit.

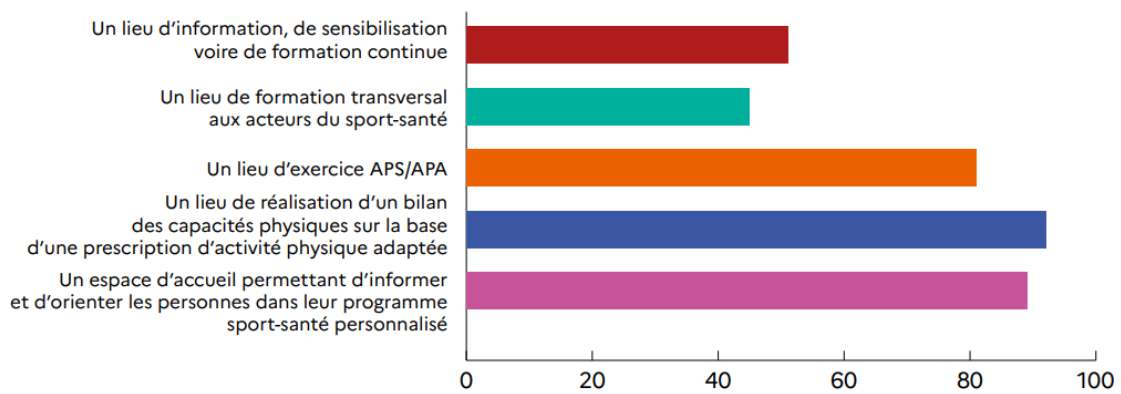


Illustration 2 – Répartitions des missions obligatoires ou optionnelles des Maisons sport-santé

115

Le cahier des charges insiste également sur la nécessité d'un volet partenarial et d'une structuration locale. Il invite les porteurs de projets à fournir des preuves du développement de leurs partenariats. Ainsi, les projets rassemblent une grande diversité de professions et de partenariats : collectivités territoriales, État, associations, universités, mutuelles, établissements de santé, etc. À Angers, l'entreprise GOOVE¹¹⁶ travaille avec des acteurs du secteur médical (l'Institut du cerveau et de la moelle épinière et une structure d'appui pour la prise en charge des maladies métaboliques et du diabète), et l'Institut national du sport, de l'expertise et de la performance (INSEP).

Les porteurs de projet sont également évalués sur leur capacité à intégrer les bénéficiaires aux structures Maisons sport-santé. Pourtant, le questionnaire déployé (Blanc, 2019)¹¹⁷ nous permet de voir que l'intégration du bénéficiaire n'est pas prévue dans chaque projet et les modalités de recueil de la parole sont là aussi larges : questionnaires de satisfaction, consultations, jusqu'à un comité des usagers.¹¹⁸

¹¹⁵ Ministère des Sports. (2022). *Dossier de presse*, op.cit.

¹¹⁶ Entreprise GOOVE – Site internet : <https://www.goove.fr/decouvrir-goove/>

¹¹⁷ Blanc, P. (2019). *Questionnaire « Les Maisons de sport-santé (MSS) en France et en Europe » déployé au réseau des Villes santé de l'OMS*.

¹¹⁸ Cet axe fera l'objet d'un développement dans l'étude de la structuration de la Maison sport-santé de Strasbourg (partie 2, chapitre 3).

4. Une aide financière à l'amorce

Lors du dernier groupe de travail sur le cahier des charges des Maisons sport-santé, une aide financière à l'amorce de 30 000 euros est annoncée par la Direction des sports. Le ministère chargé des Sports a déployé des crédits d'environ 7 000 euros pour les 138 premières Maisons sport-santé labellisées.¹¹⁹ Cela représente ainsi en 2020, 815 000 € et en 2021, 3,5 M€¹²⁰. Il s'agit d'une aide à l'amorce, ne permettant pas de « [...] sortir 500 Maisons sport-santé de terre. Pour des raisons budgétaires, on ne pourrait pas se le permettre », selon la ministre déléguée chargée des Sports Roxana Maracineanu¹²¹.

La *Gazette des communes* (Picot, 2019) interrogeait ainsi l'adjoint à la santé de la Ville de Strasbourg, lui demandant si cette absence d'aide financière n'encouragerait pas des inégalités territoriales, ce à quoi il répond : « *Non. Même si, par endroits, nous n'aurons qu'une plateforme téléphonique ou un simple bureau, cela constituera un premier pas. Malgré tout, ces maisons seront effectivement très différentes d'un endroit à un autre, selon la volonté politique locale.* ». Selon lui, toutes les collectivités ne peuvent pas engager des moyens aussi importants [que la Ville de Strasbourg], il s'agit de réfléchir à des structures possiblement modulables et dédiées non seulement au sport-santé, mais aussi au « *sport prévention* ».

Les débats du premier rassemblement sur le thème des Maisons sport-santé à Vichy les 23 et 24 septembre 2020, organisé par le ministère chargé des Sports et de la Santé, ne manquent pas de rappeler la fragilité des financements des MSS. Les porteurs de projet critiquent l'absence de financements propres, notamment le préfigurateur de la Maison sport-santé de Strasbourg. Dès 2018, le député M. Belhaddad demande la mise en place d'un modèle économique innovant (Belhaddad, 2018). Ainsi, l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) propose, dès 2018, un financement par l'Assurance maladie. Le projet de Loi de financement de la Sécurité sociale, en 2019, à travers son article 40, devait permettre d'avancer vers le financement du sport-santé mais n'a pas été voté (Feltz, 2020). Le financement du sport-santé reste donc fragile, et renforçant le sentiment d'une faible autonomie sur l'allocation des moyens (Illivi, Honta, 2019).¹²²

¹¹⁹ Quénéhervé, G. Directeur général du ministère des Sports. (23 septembre 2020). Conférence plénière, *Introduction du rassemblement national des premières Maisons sport-santé labellisées*.

¹²⁰ Ministère des Sports. (2022). *Dossier de presse*, op. cit.

¹²¹ Galtier, L. (2019). Maisons sport-santé : Roxana Maracineanu veut labelliser 100 établissements avant la fin 2019. *Maire info*. <https://www.maire-info.com/sports/maisons-sport-sante-roxana-maracineanu-veut-labelliser-100-etablissements-avant-la-fin-2019-article-23340>

¹²² Nous le verrons notamment dans l'analyse de la Maison sport-santé de Strasbourg (partie 2, chapitre 1).

Le plan national de 500 Maisons sport-santé s'inscrit ainsi dans la stratégie nationale sport-santé. Ces Maisons sport-santé, dont les formes peuvent être multiples, sont définies par un cahier des charges. Souple, ce dernier permet aux structures de s'adapter aux spécificités locales. Cependant, des principes portent l'ensemble des Maisons sport-santé : des missions obligatoires, l'accès à des publics particuliers, etc. La plupart des porteurs de projets de Maisons sport-santé sont déjà engagés dans des démarches de sport-santé, les Maisons sport-santé peuvent-elles ainsi être qualifiées d'innovantes ?

III. Les Maisons sport-santé labellisées, instruments innovants de l'action publique locale ?

Si on peut ainsi qualifier les Maisons sport-santé comme de nouveaux instruments de l'action publique de lutte contre la sédentarité, au sens de Lascoumes et Le Galès (Lascoumes, Le Galès, 2012), les Maisons sport-santé sont-elles pour autant innovantes ? S'agit-il, en ce sens, d'outils nouveaux, organisant des rapports, des réseaux et des interconnexions différentes entre acteurs d'un territoire par rapport à d'autres instruments de l'action publique ?

A. Des instruments de l'action publique locale

Inscrire le sport-santé comme action publique permet de l'envisager comme « [...] *l'action menée par une autorité publique (seule ou en partenariat) afin de traiter une situation perçue comme posant un problème* » (Lascoumes, Le Galès, 2012), en l'espèce, la sédentarité. L'action publique menée contre le problème public de la sédentarité est ainsi un espace construit par des techniques et des instruments, par des finalités, des contenus et des projets d'acteurs. Nous considérons donc les Maisons sport-santé comme des instruments de l'action publique (*encadré 3*).

Encadré 3 - Définition sociologique des instruments de l'action publique

Les instruments de l'action publique peuvent être définis comme : « [...] *Un dispositif à la fois technique et social qui organise des rapports sociaux spécifiques entre la puissance publique et ses destinataires en fonction des représentations et des significations dont il est porteur.* » (Lascoumes, Le Galès, 2012).

1. Les Maisons sport-santé dans la typologie d'instruments de l'action publique

Des typologies plurielles des instruments de l'action publique existent. Ils pourraient ainsi être public/privé, contraignant/persuasif, contrôle des dépenses direct/indirect, organisation obligatoire/volontaire, agence gouvernementale dépendante/ indépendante (Dahl, Lindblom, 1953).

Considérant cette typologie, les Maisons sport-santé seraient décrites comme des instruments :

- À la fois publics et privés, car leur statut est librement déterminé,
- Persuasifs et non contraignants, en ce sens où ils laissent libre choix aux porteurs de projets de déterminer leurs actions, mais qu'ils encouragent à l'obtention du label,
- De contrôle des dépenses indirectes, car ils n'ont pas vocation à être directement économiques, mais peuvent permettre, notamment aux Agences régionales de santé, de diriger leurs financements vers ces instruments labellisés,
- En organisations volontaires et non obligatoires, car la réponse à l'appel à projet n'a pas été imposée aux réseaux de sport-santé,
- En une agence gouvernementale, dépendante des ministères chargés des Sports et des Solidarités et de la Santé, qui souhaite à travers cet instrument rediriger des réseaux et structurations locales.

La Maison sport-santé est également considérée, selon d'autres typologies, comme un instrument législatif, car il encadre l'intervention de réseaux d'acteurs et crée un nouvel outil, institutionnalisé par un cadre. Les Maisons sport-santé, dont les modalités ouvertes par le cahier des charges ne sont que peu définies, pourraient également s'inscrire dans une catégorie d'instruments « non directionnels » de l'action publique, peu finalisés, reposant sur les investissements des acteurs et générant des dynamiques indirectes (Lascoumes, Simard, 2011). Ainsi, le cadre des Maisons sport-santé est renforcé par la loi visant à la démocratisation du sport en France en 2022, qui prévoit une habilitation administrative des Maisons sport-santé, lequel fera l'objet d'un arrêté (*encadré 4*).

Encadré 4 - LOI n° 2022-296 du 2 mars 2022 visant à démocratiser le sport en France

Chapitre III - Maisons sport-santé

Art. L. 1173-1.-I.-Afin de faciliter et de promouvoir l'accès à l'activité physique et sportive à des fins de santé et à l'activité physique adaptée au sens de l'article L. 1172- 1, la Maison sport-santé assure des activités :

1° D'accueil, d'information et d'orientation du public concernant la pratique de ces activités ;

2° De mise en réseau et de formation des professionnels de santé, du social, du sport et de l'activité physique adaptée.

Les activités et les modalités de fonctionnement et d'évaluation de ces Maisons sport-santé sont précisées par un cahier des charges défini par arrêté conjoint des ministres chargés de la Santé et des Sports.

II. Les Maisons sport-santé sont habilitées par l'autorité administrative. Les conditions et les modalités de cette habilitation ainsi que de son renouvellement, son retrait ou sa suspension sont définis par voie réglementaire. »

II. Les Maisons sport-santé en activité avant la publication de la présente loi peuvent continuer leur activité et sont tenues de se mettre en conformité avec le cahier des charges mentionné au I de l'article L. 1173-1 du Code de la santé publique avant le 1^{er} janvier 2024.

III. Le I entre en vigueur le 1^{er} janvier 2023. »

2. La labellisation, facteur de légitimation des Maisons sport-santé

Différents secteurs des politiques publiques voient aujourd'hui se développer les labels : tourisme (parc naturel régional, monuments historiques ...), secteur alimentaire (label rouge, appellations d'origine contrôlée ...), etc. Pour les collectivités territoriales, et notamment les communes, il existerait une trentaine de possibilités de labellisations : plus beaux villages de France (158 communes), villes d'Art et d'Histoire, petites cités de caractères (170 villages), ... des labels qui sont pour certains payants (privés) et d'autres gratuits (étatiques).

Dans le cadre de l'action publique de lutte contre la sédentarité, la mise en œuvre de labels au niveau international est illustrée notamment par le programme « *Let's Move* » présidé par Michelle Obama et qui encourage les écoles et collectivités territoriales à être labellisées (Bergeron, Castel, Dubuisson-Quellier, 2014). En France, différents labels sont développés : « *Villes-Santé de l'OMS* », « *Villes PNNS* » (Honta, Haschar-Noé, 2011) et plus récemment le label des Maisons sport-santé.

Le Ministère de l'Économie, des Finances et de la relance définit le processus de labellisation comme : « [...] le prolongement d'une politique publique, éventuellement en complément d'un socle législatif existant. Il vise à encourager des pratiques vertueuses dans un secteur économique donné : il récompense alors les entités les plus avancées et les valorise auprès des usagers. Pour être efficace, un label doit être défini avec rigueur, ainsi que les critères qui le caractérisent. »¹²³

¹²³ Ministère de l'Économie, des Finances et de la Relance, « *Qu'est-ce qu'un label public ?* ». En ligne [site internet : <https://www.economie.gouv.fr/cedef/label-public>]

Les labels constitueraient des leviers de l'action publique pour une meilleure régulation (Bergeron, Castel, Dubuisson-Quellier, 2014), et homogénéisation territoriale de l'action publique (Honta, Illivi, 2017, 2019). L'ambition serait pour l'état de développer une action publique dans le sens de ses priorités (Epstein, 2005), en modifiant l'intérieur des organisations et les comportements individuels et collectifs. La labellisation des Maisons de santé pluriprofessionnelles illustre la mise en œuvre d'une politique incitative et contractuelle de l'État pour le regroupement de professionnels de santé (Moyal, 2021).

Aussi, la mise en œuvre d'un label Maison sport-santé est justifiée par la nécessité d'harmoniser des dispositifs nouveaux ou en création (groupe de travail national, cahier des charges des Maisons sport-santé, le 18 avril 2019). Il ne s'agit pas d'un retrait de l'État, mais *« d'une extension des modalités d'investissement de l'État et de l'action publique jusque dans le gouvernement des comportements individuels »* (Bergeron, Castel, Dubuisson-Quellier, 2014).

Les labels sont pour les acteurs une reconnaissance symbolique et un facteur de légitimation de leurs actions (Bergeron, Castel, Dubuisson-Quellier, 2014. Honta et Illivi, 2019. Clavier, 2009). Ils permettraient d'attester qu'une marque « remplit une fonction majeure : rassurer, donner confiance, apporter une caution, une garantie dite « officielle ». ¹²⁴ Le rapport IGAS – IGSJ et un rapport parlementaire avaient donc souligné la nécessité d'une labellisation nationale des Maisons sport-santé ¹²⁵ pour cette reconnaissance induite. La légitimité étatique apportée par les labels comme récompense symbolique des pouvoirs publics encouragerait ainsi l'action des acteurs (Lascoumes, Le Galès, 2004). Certains acteurs considèrent ainsi le label Maison sport-santé : *« ... comme une cerise sur le gâteau »* Entretien avec l'agent en charge des sports à Strasbourg, 11 juillet 2018. (Blanc, 2018).

Il est également qualifié par les acteurs de *« coquille vide »*, notamment au niveau national : *« Ils se targuent d'avoir reconnu 500 MSS, mais ... 500 étiquettes collées sur des murs vides »* Extrait du discours d'un chargé de projet, lors d'un point GIP de Strasbourg, 22 février 2022.

¹²⁴ Ministère de l'Économie, site internet : <https://www.economie.gouv.fr/apie/publications/focus-label-public-marque-confiance>

¹²⁵ Gatel, F. Cormier Bouligeon, F. (2019). Rapport *« Faire de la France une vraie nation sportive »*. Mars 2019. <https://www.vie-publique.fr/files/rapport/pdf/194000283.pdf>

Le processus de labellisation décrit dans l'appel à projet place, cependant, les opérateurs locaux devant une alternative qu'il demeure difficile d'anticiper : faut-il définir un projet correspondant aux attentes du cahier des charges ou renoncer à cette labellisation (Honta, Illivi, 2019) ? La légitimité étatique, générant valeur et réputation, encourage les acteurs dont les projets sont parfois en cours d'élaboration ou terminés, à entrer dans les critères du cahier des charges pour bénéficier de cette même médiatisation : « *[Le directeur] a trouvé un écho favorable en lien avec le déploiement de Maisons du sport-santé voulu par le président Macron* »¹²⁶.

*Encadré 5 - Décret n° 2023-170 du 8 mars 2023 relatif à l'habilitation des Maisons sport-santé*¹²⁷

L'article 5 de la loi du 2 mars 2022 visant à démocratiser le sport dispose que « les MSS assurent des activités » d'accueil, d'information et d'orientation du public » et de « mise en réseau et de formation des professionnels de santé, du social, du sport et de l'activité physique adaptée ». Ces maisons doivent être « habilitées par l'autorité administrative », dans des conditions fixées par décret. Celles qui préexistaient à la loi peuvent continuer d'exercer, mais devront obligatoirement se mettre en conformité avec le cahier des charges et obtenir une habilitation avant le 1^{er} janvier 2024. »¹²⁸

Ainsi, alors que le chiffre de 573 Maisons sport-santé est atteint en 2022, les structures labellisées jusqu'à présent devront redéposer un dossier afin d'obtenir une nouvelle habilitation. Ce dossier sera étudié par les Agences régionales de santé (ARS) et les services déconcentrés du ministère des Sports (DRAJES) et permettra l'obtention d'une habilitation pour 5 ans. Il s'agit ainsi pour les structures qui souhaitent maintenir leur activité de Maison sport-santé d'obtenir cette habilitation avant le 1/01/2024. Ce décret remet ainsi en question la labellisation de nombreuses structures et engage à réévaluer l'engagement de structures.

¹²⁶ Lacroix, F. (2019). Angers. Goove : une maison du sport dédiée à l'activité physique adaptée. *Article de presse, Ouest France*. 16 novembre 2019 <https://www.ouest-france.fr/pays-de-la-loire/angers-49000/angers-goove-une-maison-du-sport-dediee-a-l-activite-physique-adaptee-37f0bc1e-0638-11ea-9b2e-28b99db998d5>

¹²⁷ Décret n°2023-170 du 8 mars 2023 relatif à l'habilitation des Maisons sport-santé. <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2023/3/8/SPOV2234816D/jo/texte>

¹²⁸ Lemarc, F. (2023). Habilitation des Maisons sport-santé : le décret est paru. *Maire info*. 9 mars 2023. <https://www.maire-info.com/habilitation-des-maisons-sport-sante-le-decret-est-paru-article2-27287>

Afin de développer une logique en réseau des structures Maisons sport-santé, les ministères des Sports et des Solidarités et de la Santé organisent des rencontres annuelles entre les porteurs de projet Maison sport-santé ayant pour objectif la mutualisation et l'échange d'expériences. Chaque année le bilan de l'action des Maisons sport-santé est également évalué.

B. La Maison sport-santé : une innovation ?

Les « *maisons* » se sont développées comme instruments de l'action publique. Parmi elles, les maisons de santé pluridisciplinaires se distinguent des Maisons sport-santé. Face à ce pluralisme de maisons dans les politiques publiques, peut-on parler d'innovation ?

L'organisation de coopération et de développement économique (OCDE) définit l'innovation comme « [...] *l'ensemble des démarches scientifiques, technologiques, organisationnelles, financières et commerciales qui aboutissent, ou sont censées aboutir, à la réalisation de produits ou procédés technologiquement nouveaux ou améliorés.* »¹²⁹

Le concept de maison n'est pas une innovation dans le domaine de l'action publique puisque depuis des décennies, les maisons désignent des instruments des politiques publiques. On parle de Maison de santé, des adolescents, de service public, etc. Au sein de ces instruments, les Maisons sport-santé apparaissent comme nouvelles, différentes des maisons de santé pluridisciplinaires.

1. Les « maisons » dans l'action publique

Le terme de « *maison* » est utilisé depuis de nombreuses décennies en France, comme dans d'autres pays européens, notamment en Espagne où l'on parle de *casa*, pour désigner des instruments de l'action publique locale (*tableau 4*).

¹²⁹ Les cahiers de l'innovation. Site internet : <https://www.lescahiersdelinnovation.com/quelle-definition-de-l-innovation/>

En France par exemple, le terme de « Maison » désigne la maison commune, l'hôtel de ville, expression utilisée encore aujourd'hui pour affirmer le sens commun de la mairie :

*« Article 6. - L'enfant sera porté à la maison commune ; ou autres lieux publics servant aux séances de la commune ; il sera présenté à l'officier public. En cas de péril imminent, l'officier public sera tenu, sur la réquisition qui lui en sera faite, de se transporter dans la maison où sera le nouveau-né ».*¹³⁰

En 2006, le label des « maisons » de services au public est mis en place, dans le cadre d'une réforme visant à la transformation des relais services publics. Cet espace délivre des services et prestations variées en matière d'emploi et d'aide sociale. Les Maisons de santé sont introduites, quant à elles, dans le Code de la santé publique en 2007 par la Loi de financement de la sécurité sociale du 19 décembre 2007.

Type de maisons	Année de mise en place de cette « maison »
Maison d'arrêt	1791
Maison commune au sens hôtel de ville	1792
Maison des adolescents	2004
Maison de services au public	2006
Maison de santé pluridisciplinaire	2007
Maison urbaine de santé à Strasbourg (déclinaison locale des maisons de santé pluridisciplinaires)	2010

Tableau 4 – Les différentes maisons de l'action publique locale et nationale (Blanc, P).

Le mot maison provient du latin *mansio*, désignant un lieu de séjour, une action de rester ou de demeurer. C'est un lieu intimement lié à la famille, où l'on reçoit et accueille les portes ouvertes. Utiliser le mot « maison » pour décrire un nouvel instrument de l'action publique tel que les Maisons sport-santé c'est jouer sur un vocabulaire rassurant lié à la famille, qui encourage à une meilleure appropriation des espaces et donc des services. Les Maisons sport-santé doivent apparaître comme des endroits ouverts et accueillants, familiaux.

¹³⁰ Décret du 20 septembre 1792 qui détermine le mode de constater l'état civil des citoyens. https://fr.wikisource.org/wiki/D%C3%A9cret_du_20_septembre_1792_qui_d%C3%A9termine_le_mode_de_constater_l%E2%80%99%C3%A9tat_civil_des_citoyens

Il s'agit, pour les acteurs des ministères des Sports et des Solidarités et de la Santé, de désigner, par ce terme, un établissement rassurant et ouvert sur la société.

Les « maisons » ne sont donc pas constitutives d'une notion de la sociologie, mais bien d'un concept utilisé par les acteurs pour en faire un espace de réponse à des problèmes publics.

2. Maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) et Maisons sport-santé : éléments de comparaison

L'élaboration de l'action publique emprunte à la circulation de modèles¹³¹. À travers l'étude comparative entre MSP et MSS, il s'agit d'étudier si « *les organisations qui appartiennent au même champ de pratiques se rapprochent, imitent leur structuration organisationnelle* » (Bernoux, 1985).

En 2008, on recensait vingt MSP, tandis qu'en 2018 elles étaient près de 1000 (Chevillard, 2018) et en 2020, 1300¹³². Les MSP rassemblent des professionnels des soins de santé primaire¹³³, autour d'un projet et d'objectifs opérationnels en faveur de la santé des patients (Bartoli, Sebäi, 2015). Elles répondent à différents enjeux¹³⁴ tels que la pluriprofessionnalité, la coordination, le parcours du patient, la construction d'autres relations avec les patients.

¹³¹ Dumoulin, L., Saurugger, S. (2010). « Les *policy transfer studies* : analyse critique et perspectives ». *Critique internationale*, vol. 48, n° 3, p. 9-24. dans Marsault, C. (2017). Le sport-santé, un objet médical, social ou sportif ? Le dispositif strasbourgeois « sport-santé sur ordonnance » comme objet politique transversal. *Sciences sociales et sport*, 10 (1), 21-49. <https://doi.org/10.3917/rsss.010.0021>

¹³² Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES). *Médecins en maisons de santé pluriprofessionnelle : des revenus en hausse et des effets prometteurs pour l'accès aux soins*. Communiqué de presse, 11 mai 2021. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/communiqu%C3%A9-de-presse/medecins-en-maisons-de-sante-pluriprofessionnelle-des-revenus-en-hausse-et-des>

¹³³ « *Les soins de santé primaires constituent une approche de la santé tenant compte de la société dans son ensemble qui vise à garantir le niveau de santé et de bien-être le plus élevé possible et sa répartition équitable en accordant la priorité aux besoins des populations le plus tôt possible tout au long de la chaîne de soins allant de la promotion de la santé et de la prévention des maladies au traitement, à la réadaptation et aux soins palliatifs, et en restant le plus proche possible de l'environnement quotidien des populations* ». (World Health Organization & United Nations Children's Fund (UNICEF). (2018). *A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals*. World Health Organization. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/328065/WHO-HIS-SDS-2018.15-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>)

¹³⁴ Les partenaires sont choisis sur le critère de la nature des ressources (humaines/matérielles, etc.) et des compétences (thérapeutiques, médicales, sociales). Pedrot, F., Fernandez, G. & Le Borgne-Uguen, F. (2019). Les maisons de santé pluriprofessionnelles : des espaces de coordination du soin entre professionnels de santé, patients et proches-soutiens. *Journal de gestion et d'économie de la santé*, 1(1), 110-126. <https://doi.org/10.3917/jges.191.0110>

La coordination y est perçue comme cruciale : « *on partage d'une manière permanente l'information et pour les cas les plus compliqués, on réalise des réunions avec tous les acteurs même ceux externes à la structure* » (Bartoli, Sebaï, 2015). Elle est facilitée par des moyens matériels communs (secrétariat, dossiers, etc.). Le déploiement des Maisons sport-santé s'appuie pour certains acteurs sur ce nécessaire parcours global et coordonné du patient : « *Une Maison Sport-Santé est une organisation territoriale permettant de rendre accessible un projet sportif personnalisé, dans le cadre d'un parcours éducatif, préventif, thérapeutique et/ou d'inclusion sociale, à des fins de bien-être et de santé* ». ¹³⁵

La coordination interne y est importante puisque les dispositifs intègrent souvent des réunions collectives entre professionnels. Enfin, le cahier des charges national impose un système d'information partagé performant, facilité par des moyens communs à l'ensemble des professionnels de la « maison » (Bartoli, Sebaï, 2015).

Si les MSP demeurent juridiquement autonomes (Menard, 2003), elles répondent à un enjeu de coordination territoriale, combinant réseau et intégration (Williamson, 1991). Il est ainsi primordial, dans le cadre des Maisons de santé pluridisciplinaires recevant des subventions publiques, qu'élus et professionnels de santé travaillent ensemble en amont de la construction de la MSP (Chevillard, 2018). Les MSS recherchent également la mise en œuvre d'un réseau local d'acteurs autour de l'enjeu de parcours du bénéficiaire.

Si nous étudions ici plus particulièrement les MSP, c'est que la question du rapprochement entre MSS et MSP a fait l'objet de points d'attention par les acteurs du sport-santé (^{première} réunion du groupe de travail national des MSS, février 2019). La direction générale de la santé est favorable, à l'inverse de la direction générale du sport, à un cloisonnement franc des activités entre les MSS et les MSP, justifié par la vocation médicale des MSP ¹³⁶ :

« [...] Les Maisons de santé pluridisciplinaires n'ont pas vocation à proposer de l'activité physique. [...] ce sont des structures constituées de professionnels de santé uniquement et qui ont vocation à assurer des activités de soins. [...] Ces structures peuvent néanmoins porter une attention particulière, à titre secondaire et dans le cadre de leurs projets de santé, à des démarches/projets/actions menées par des réseaux / plateformes / structures identifiés comme Maisons sport-santé. ».

¹³⁵ Ministère chargé des Sports, Ministère des Solidarités et de la Santé. (2019). *Appel à projet, Maison Sport-Santé*. Août 2019. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/aap_maisonssportsante.pdf

¹³⁶ Ministère chargé des Sports, Ministère des Solidarités et de la Santé. (2019). *Compte-rendu de la réunion du groupe de travail MSS du 13 février 2019*.

Aussi, la seconde réunion des Maisons sport-santé (12 mars 2019) acte qu'un certain nombre d'établissements publics de santé ne pourront être éligibles, du fait de leurs missions propres et de leur modèle d'organisation, mais ne met pas de côté les centres hospitaliers qui pourraient devenir acteurs du dispositif. On peut y interpréter une réticence à élargir le cercle des intervenants du sport-santé (Honta, Illivi, 2019). Les MSP jouent cependant un rôle dans le sport-santé puisque :

« Rien ne s'oppose par contre (et c'est même souhaité) à inscrire cette priorité dans les projets de santé des MSP, avec un partenaire ad hoc »

Paroles de l'agent en charge de la santé, Réunion des Maisons sport-santé, 12 mars 2019.

Certaines MSP développent ainsi des initiatives favorables au sport-santé comme à Fleury-les-Aubrais, où « 30 personnes, en ALD, souffrant de diabète, ont pu bénéficier de séances de sport à la Maison de santé pluridisciplinaire »¹³⁷.

3. Des Maisons sport-santé innovantes ?

L'innovation est devenue un idéal à atteindre : « *il faut innover et être innovant !* » (Gaglio, 2011). Aussi, l'innovation n'est pas seulement le fait des chercheurs, mais le fait des autres (Alter, 2010). Est qualifié d'innovant ce qui s'est répandu, a été adopté par et dans un milieu social (Gaglio, 2011). L'innovation peut être économique ou sociale¹³⁸, parfois dite de service (Djellal, Gallouj, 2012), comme de nouveaux modes de participation, des procédures, des comportements (Hochgerner, 2009).

Lorsqu'elle est sociale, l'innovation désigne la résolution de problèmes sociaux qui ne peuvent pas l'être par la voie de l'innovation « traditionnelle » du fait de la défaillance du marché ou de l'État (Djellal, Gallouj, 2012), tels que la sédentarité et l'évolution des politiques sociales, notamment dans un contexte de réforme des systèmes de protection sociale (Richez-Battesti, Petrella, Vallade, 2012). Il s'agit d'augmenter la qualité ou la quantité de vie d'un individu ou d'un groupe d'individus (Pole, Ville, 2009) ou leur « *mieux-être* » (Bouchard al, 1999 ; Cloutier, 2003).

¹³⁷ Gourgousse, A. (2019). Article. Sport sur ordonnance : nous n'en sommes qu'aux frémissements dans le Loiret. *La République, centre*. 12 octobre 2019. https://www.larep.fr/fleury-les-aubrais-45400/sports/sport-sur-ordonnance-nous-nen-sommes-quaux-fremissements-dans-le-loiret_13660669/

¹³⁸ Schumpeter affirme ainsi que l'innovation est « un processus, distinct de l'invention en ce qu'il est social. Schumpeter J-A. (1947). (2nde édition). *Capitalisme, socialisme et démocratie*, Payot (1990).

Instruments à vocation sociale, dans le sens de la définition ci-dessus, les MSS ont l'objectif d'agir contre le problème public de la sédentarité par de nouvelles formes organisationnelles, pour le mieux-être d'un individu et/ou d'un groupe d'individus.

Si le terme innovation soulève la question de la frontière entre le changement et l'innovation réelle, il entend la nouveauté de manière large : « *Le terme innovation sociale recouvre des pratiques qui ne sont pas forcément nouvelles, du moins si on l'entend comme synonyme d'inédites ou d'inventives. (...)* » (Djellal, Gallouj, 2012). L'innovation est nouvelle en ce qu'elle pose des contrastes de pratiques existantes. Elle peut donc être limitée au réajustement d'anciennes pratiques dont la réinvention constitue une seconde modernité (Richez-Battesti, Perella, Vallade, 2012) ou apparaître comme la combinaison entre des éléments nouveaux et des éléments existants (Djellal, Gallouj, 2012). Ainsi, les entrepreneurs sont innovants, mais n'ont pas besoin d'être des « inventeurs » (Schumpeter, dans Dees, 1998, 2001). La qualification d'une Maison sport-santé comme « innovante » peut apparaître pour les acteurs comme la justification d'une mise en œuvre de cette action publique et la valorisation de leur engagement. Il s'agit donc d'une question d'interprétation qui doit être déterminée selon les projets. En effet, le label peut être octroyé à des structures qui en profiteront ou non pour se réinventer et devenir vectrices d'innovations organisationnelles.

Nous verrons que pour les acteurs strasbourgeois, notamment politiques, l'innovation apparaît comme justification de leur engagement dans la MSS.

Conclusion du chapitre 1 - Les Maisons sport-santé comme réponse au problème public de la sédentarité

Par les apports de la sociologie des problèmes publics (Gusfield, 2009), ce chapitre permet d'étudier le processus de construction de la sédentarité comme problème public. La sédentarité apparaît comme une construction sociale ayant une carrière et faisant l'objet d'une mise en discours, qualifiant l'action comme anormale. C'est ce que l'on nomme l'étiquetage (Becker, 1985). Les études scientifiques, en tant qu'instruments de l'action publique, participent à cette qualification et favorisent sa mise en discours.

Différents échelons de l'action publique se saisissent de ce problème et développent des politiques publiques : l'Organisation mondiale de la Santé et l'Union européenne notamment, à travers des recommandations, traduites localement par des pays européens.

À partir des années 2000, s'impose progressivement en France l'idée d'une promotion de la santé par les activités physiques. Dans un contexte de lutte contre l'obésité et plusieurs maladies chroniques (telles que les maladies cardiovasculaires ou métaboliques), les politiques publiques de santé recommandent progressivement une pratique régulière d'activité physique à travers des plans nationaux, tels que les Plans nationaux nutrition santé (PNNS), le plan « Obésité » ou encore le Plan national de prévention par l'activité physique ou sportive (2008). Ces plans, repris par les collectivités territoriales, participent au développement d'actions locales de promotion de la santé à travers l'activité physique.

L'étude de ce contexte international, européen et national nous permet de comprendre dans quoi s'enchâssent les Maisons sport-santé. En effet, la stratégie nationale sport-santé 2019-2024 inscrit un objectif de 500 Maisons sport-santé comme nouveaux instruments d'une action publique de lutte contre la sédentarité. Ces travaux de thèse étudient à travers ce chapitre la structuration des 138 premières Maisons sport-santé labellisées en janvier 2020. Ils montrent que les Maisons sport-santé prennent, selon les territoires, une forme juridique différente (associatives, privées, numériques, portées par le mouvement sportif, etc.).

Nous avons ainsi vu que le déploiement d'un nouveau label au sein des politiques publiques de sport-santé illustre le souhait d'une meilleure contractualisation en la matière (Moyal, 2021) et permet l'engagement des acteurs dans un processus de reconnaissance symbolique de leur action (Bergeron, Castel, Dubuisson-Quellier, 2014 ; Honta et Illivi, 2019 ; Clavier, 2009). Le concept de « maison » dans l'action publique locale est utilisé de différentes manières (maison des adolescents, maison urbaine de santé ...).

Il n'est pas significatif d'un type d'instrument de l'action publique, mais illustre la mise en discours d'un plan de réponse à un problème public par les acteurs.

Ce premier chapitre contribue à mieux situer l'émergence des Maisons sport-santé dans un contexte et une conjoncture spécifiques, tout en nous détachant du sens commun qui laisserait penser que toutes les Maisons sport-santé se ressemblent.

Le second chapitre permettra d'interroger le fonctionnement réel de la Maison Sport-Santé (MSS) de Strasbourg : de son organisation en groupement d'intérêt public (GIP) aux interactions entre ses acteurs, comment fonctionne concrètement cette nouvelle structure ? Quels sont les objectifs poursuivis par ses acteurs ? À partir des concepts tant de la sociologie des organisations que celle de l'action publique, plusieurs hypothèses de recherche seront proposées. Nous présenterons également la méthodologie permettant de recueillir les données empiriques.

Chapitre 2 - La structuration de la Maison sport-santé de Strasbourg : enjeux d'une action publique locale et jeux d'acteurs

Introduction du chapitre 2

Au sein de la Ville de Strasbourg, la mise en œuvre d'une Maison sport-santé prend forme dès 2017 par l'évocation d'une intention politique du maire de la Ville. Constituant une forme de coordination possible de l'action publique, la structuration en groupement d'intérêt public de la Maison sport-santé de Strasbourg débute en 2020. La convention constitutive du GIP introduit différentes instances qui engagent des acteurs dans sa structuration. Ce chapitre nous permettra d'interroger la constitution du groupement d'intérêt public de la Maison sport-santé de Strasbourg. Cette analyse nous invitera à décrire les acteurs engagés dans l'action publique locale à travers leur catégorisation.

L'étude de l'organisation formelle (au sens de Crozier, Friedberg, 1977) de la Maison Sport-Santé (à travers notamment sa forme juridique en groupement d'intérêt public et son organigramme), nous permettra d'interroger dans un second temps son organisation informelle, mais également le jeu des acteurs et les enjeux de pouvoir entre les acteurs.

Il s'agira également de questionner l'impact des acteurs sur la définition de l'action publique locale. Aussi, nous chercherons à étudier ce que les stratégies des différents acteurs doivent à leur position, tant actuelle au sein de l'organisation formelle et informelle de la Maison Sport-Santé, que passée au cours de leur parcours professionnel et de leur trajectoire. Nous questionnerons ainsi la rationalité des acteurs dans l'action publique locale.

Parmi les acteurs de la Maison Sport-Santé, nous porterons un regard particulier auprès des bénéficiaires-usagers. Cette notion nous permettra d'entrer concrètement dans le cœur de la « *démocratie sanitaire* »¹³⁹ et d'analyser les processus d'intégration développés au sein de la Maison sport-santé de Strasbourg.

Ce cadrage théorique nous conduira à préciser l'objet de recherche que nous déclinons en plusieurs hypothèses.

Une hypothèse principale nous permettra d'interroger la Maison sport-santé comme un nouvel instrument de l'action publique locale, composée d'acteurs, de représentations, d'institutions, de processus et de résultats (Lascoumes, Le Galès, 2007).

¹³⁹ La démocratie sanitaire vise à associer l'ensemble des acteurs de santé pour élaborer et mettre en œuvre la politique de santé, dans un esprit de dialogue et de concertation. Elle prend la forme d'instances de concertation dans lesquelles l'ensemble des acteurs du champ de la santé sont représentés. Voir Arveiller, J. & Tizon, P. (2016). Démocratie sanitaire, qu'est-ce à dire ? *Pratiques en santé mentale*, 62, 2-2. <https://doi.org/10.3917/psm.162.0002>

Des hypothèses secondaires nous permettront d'expliciter l'émergence et la structure de la Maison sport-santé comme un effet de contexte, de saisir ses deux niveaux d'organisation (formelle et informelle) et les différentes interactions qui façonnent sa conception et d'envisager la place des usagers – bénéficiaires dans le projet de Maison sport-santé de Strasbourg. Nous interrogerons cette place tant dans la conception du projet que dans ses instances (assemblée générale, conseil d'administration, comité des usagers).

Pour répondre à ces hypothèses, nous mobiliserons une méthodologie d'enquête qualitative composée d'entretiens semi-directifs, d'observations, d'analyses d'archives et d'études documentaires.

Conscients de notre position particulière de recherche en convention industrielle de formation par la recherche (CIFRE), au sein d'un terrain en train de se construire, nous préciserons enfin la nécessaire prise de distance quant à notre objet et terrain de recherche.

I. La Maison sport-santé de Strasbourg : le choix d'un groupement d'intérêt public (GIP) comme modèle d'organisation formelle

La Maison sport-santé prend la forme juridique d'un groupement d'intérêt public, régi par une convention constitutive. L'organigramme décrit les différentes fonctions et les niveaux occupés par les professionnels qui y travaillent. Cette organisation formelle permet de décrire le système de relations et de mieux cerner comment se stabilisent les enjeux et les contours de l'action collective.

A. Des modes de coordination des Maisons sport-santé au groupement d'intérêt public (GIP)

La sociologie des organisations s'est intéressée à décrire différents modèles de coordination de l'action publique (*encadré 6*). S'agissant de notre terrain d'étude, cinq structures ont été labellisées Maisons sport-santé dans le Bas-Rhin, entre 2020 et 2022¹⁴⁰. Elles illustrent la diversité des modèles de Maisons sport-santé en France, montrant qu'il n'existe pas une forme organisationnelle optimale et universelle, mais autant de formes que de types d'environnement dans lesquels l'organisation est insérée (Mintzberg, 1982).

Les Maisons sport-santé dans le Bas-Rhin revêtent une forme principalement associative (MSS Nord Alsace, MSS Sport-santé Nature, CEED, Siel Bleu), à l'exception du modèle de Maison sport-santé de Strasbourg. Ce dernier révèle une coordination plus intégrée sous forme de groupement d'intérêt public (GIP).

¹⁴⁰ En 2024, il n'existe pas de nouvelle structure labellisée dans le Bas-Rhin d'après la cartographie du Ministère des sports. En ligne : <https://www.sports.gouv.fr/decouvrez-les-maisons-sport-sante-les-plus-proches-de-chez-vous-389>

Encadré 6 - La coordination de l'action publique : quelques exemples dans le domaine de la santé

Trouvé, Couturier, Saint-Jean et Somme (2010) définissent trois modèles de coordination en matière de gérontologie française¹⁴¹ :

- la coordination minimaliste, dite « de liaison » (Dodier, 1993). L'objectif est ainsi la transmission et la mise en forme d'information,
- l'organisation pleinement intégrée (Leutz, 1999), portée par une structure unique,
- la co-ordination (Leutz, 1999). Des systèmes de collaboration permettent ainsi une co-construction intersectorielle et interorganisationnelle.

Favier-Ambrosini (2020) identifie également plusieurs modèles de coordination en matière de sport-santé. Certains modèles sont minimalistes et reposent sur de simples réunions, recensements. Il s'agit d'organiser des rencontres et échanges entre des professionnels qui ne se connaissent pas. La plus-value est ici dans la mise en œuvre d'un réseau de coordination, de liaison. Illivi (2018) évoque ce modèle pour le PSSBE Nouvelle Aquitaine, autour d'un travail entre acteurs qui s'ignoraient avant les nouvelles configurations.

Le choix du mode de gestion de la Maison Sport-Santé de Strasbourg a été soumis à l'arbitrage du maire de la Ville de Strasbourg en janvier 2018. Le maire avait précisé des critères à respecter en vue de ce choix¹⁴² :

« A l'occasion d'une réunion sur le projet le 26 janvier dernier, vous aviez précisé les critères à respecter en vue du choix de mode de gestion :

- *Maintien de la gouvernance municipale ;*
- *Maintien des liens avec les politiques municipales de sport et de santé ;*
- *Un mode de gestion pérenne ;*
- *Un mode de gestion permettant l'adhésion des partenaires (institutionnels, universitaires, associatifs, professionnels de santé et de l'activité physique, entreprises/start up), à la création de la MSS et au fil de l'eau ;*

¹⁴¹ La gérontologie semble être un exemple pertinent de coordination en santé quant à notre sujet de recherche, car il laisse apparaître un lieu où des acteurs pluriels se rencontrent, en lien avec des bénéficiaires. Ce parallèle pourrait être réalisé au sein des Maisons sport-santé.

¹⁴² Ville et Eurométropole de Strasbourg. (2018). *Note au Maire*, service santé et autonomie. 1^{er} août 2018.

- *Maintien d'une tarification accessible ;*
- *Pas seulement des bureaux, mais des services au public ;*
- *Respect de l'objectif d'une masse salariale de la collectivité constante et de réduction d'effectifs ».*

Cette note au maire ne proposait pas d'autre solution de forme juridique que celle du GIP. Pourtant, une étude préliminaire portée par le chef de service santé et autonomie identifiait différents modes de gestion de la future maison sport-santé : une régie, le GIP, une délégation de service public, une solution mixte portée à la fois par un GIP et une association, une solution mixte portée par une régie et une association, une société publique locale (SPL)¹⁴³. L'analyse portait notamment sur différents critères parmi lesquels : gouvernance, équité/accessibilité des services et des prestations, partenariat, lien avec les politiques municipales sportives et de santé, caractère évolutif de la structure.

Encadré 7 - Définition d'un Groupement d'intérêt public (GIP) ¹⁴⁴

Les GIP sont apparus dans la loi du 15 juillet 1982 sur la recherche et se sont ensuite étendus à d'autres domaines (ex : enseignement, sport, action sanitaire et sociale). Ils ont pour objet de favoriser la coopération des personnes morales publiques et privées qu'ils regroupent en leur sein pour gérer des équipements ou des activités d'intérêt commun. Ils peuvent être rapprochés des établissements publics, qu'ils concurrencent. Le Conseil d'État, dans une étude de 1996, a reconnu leur utilité tout en souhaitant une clarification de leur statut.

Dans sa réponse à l'AAP, la MSS strasbourgeoise se présente ainsi comme étant :

« Née de la volonté commune portée par les partenaires locaux d'élaborer et d'organiser sur le territoire une réponse innovante en matière de promotion de la santé par l'activité physique y compris les mobilités actives ou l'alimentation équilibrée, avec en point de mire le développement d'un territoire favorable à la santé et sportivement durable. »

(Dossier de réponse à l'AAP Maison sport-santé, 2019).

¹⁴³ Ville et Eurométropole de Strasbourg. (2018). *Note interne - chef du service santé et autonomie - Analyse fonctionnelle des différents modes de gestion pour la future Maison sport-santé.*

¹⁴⁴ Site internet. Vie publique. *Définition d'un GIP*. En ligne : <https://www.vie-publique.fr/fiches/20250-groupement-dinteret-public-gip-gie-fondations>

Selon le chef de projet de la Maison sport-santé :

« Le but est bien d'embarquer un certain nombre de partenaires pour faire corps autour d'un projet innovant sur le territoire et nationalement »

Paroles du chef de projet Maison sport-santé lors d'une réunion de constitution du GIP, en février 2019.

Faire le choix de la structure juridique du GIP serait ainsi *« faire le choix du commun, à côté du projet privé de piscine »* (Paroles du chef de projet Maison sport-santé en équipe projet en Septembre 2020)¹⁴⁵.

B. L'organisation formelle du groupement d'intérêt public (GIP) de la Maison sport-santé de Strasbourg à travers sa convention constitutive et son organigramme

L'organisation formelle de la Maison sport-santé se traduit juridiquement par la convention constitutive du Groupement d'intérêt public, laquelle participe à créer les règles formelles de l'action publique locale.

La première version de la convention constitutive¹⁴⁶ est inspirée de celle de la Maison des adolescents (MDA) de Strasbourg, également constituée en GIP. Cela s'explique par un rapprochement entre le chef du service santé et autonomie et la directrice de la MDA de Strasbourg, dès qu'est évoquée la mise en œuvre d'un GIP, afin de s'inspirer du montage de la MDA.

De 2017 à 2019, la négociation autour de la convention constitutive permet la réunion des membres fondateurs et partenaires en groupes de travail et comité de pilotage. Quatre réunions multipartenariales se déroulent ainsi que des échanges bilatéraux.

La convention constitutive du GIP est entérinée par ses membres en septembre 2019 et votée en conseil municipal en octobre 2019 (*annexe 7*). Le dossier de constitution du groupement d'intérêt public est déposé le 24 décembre 2019 auprès de la préfecture du Grand Est qui délègue l'instruction à l'Agence régionale de santé Grand Est.

¹⁴⁵ Nous verrons dans le chapitre 1 de la partie 2 que cette citation fait référence au projet privé qui était proposé dans l'aile médicale des bains municipaux en 2018.

¹⁴⁶ Groupement d'Intérêt Public Maison sport santé de Strasbourg. (2020). *Convention constitutive*. https://www.alsace.eu/webdelib/files/unzip/seance_122399/199_2019_09_24_convention_GIP.pdf

Lors de sa constitution, le GIP fait état de 16 membres fondateurs et 6 partenaires¹⁴⁷. Afin de devenir membres du GIP, les institutions doivent écrire une lettre d'intention auprès du GIP afin de décrire leurs motivations. Leur intégration au sein du GIP est entérinée lorsqu'elles adoptent, dans leurs organes délibérants, une convention individuelle d'adhésion (*annexe 8*).

La convention constitutive définit les instances du futur groupement : un.e président.e, un conseil d'administration, une assemblée générale, un conseil scientifique, un comité des usagers et un comité des financeurs.

Encadré 8 - Les instances du GIP Maison sport-santé de Strasbourg

L'assemblée générale est annuelle : y siègent les membres fondateurs avec voix délibérative et les partenaires avec voix consultative. Ces instances permettent ainsi une coordination entre les membres du GIP et les agents de la structure. Chaque membre fondateur y a une voix à l'exception de la Ville et l'Université qui se voient octroyer deux voix. La voix du président est également prépondérante en cas d'égalité.

Le conseil d'administration est trimestriel et sa représentation est organisée par collèges. Son fonctionnement est prévu par l'article 11 de la convention constitutive et ses compétences sont diverses, puisqu'il a pour mission l'organisation générale du groupement, la nomination du directeur, la fixation des participations respectives des membres au conseil d'administration, la convocation des assemblées générales, etc.

Le président du groupement, dont le rôle est régi par l'article 12 de la convention constitutive, est élu parmi les représentants des membres fondateurs du groupement, par le conseil d'administration. Il assure la mise en œuvre des orientations définies par l'assemblée générale.

¹⁴⁷ Les membres fondateurs sont les suivants : ville de Strasbourg, département du Bas-Rhin, université de Strasbourg, hôpitaux universitaires de Strasbourg, UGECAM Alsace et son Institut universitaire de réadaptation Clémenceau-Strasbourg, l'association Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé Grand Est, l'Institut Siel Bleu, l'association France Assoc Santé, l'association du Comité régional sports pour tous Grand Est, le Comité départemental olympique et sportif du Bas-Rhin 67, l'Office des sports de Strasbourg, l'association Alsace BioValley, la Mutualité générale de l'Éducation nationale, la Mutualité française Grand Est, l'association Unis vers le sport, l'association la Ligue contre le cancer, comité du Bas-Rhin. Les partenaires sont les suivants : l'État, l'Agence régionale de santé Grand Est, la région Grand Est, le rectorat de l'Académie de Strasbourg, la Caisse primaire d'assurance maladie du Bas-Rhin, la Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail Alsace Moselle.

Les missions du conseil scientifique sont définies par l'article 15 de la convention. Il est garant des projets menés au sein de la Maison sport-santé en lien avec les bénéficiaires des dispositifs de sport-santé sur ordonnance et PRECCOSS, ainsi qu'avec les usagers. Sa constitution n'est pas prévue de manière contrainte par la convention constitutive du groupement. Son nom a été discuté par les membres fondateurs et notamment l'Université et l'IREPS¹⁴⁸ : devrait-il se nommer conseil scientifique et social, éthique ? (Réunion de constitution du GIP, février 2019). Mais cette dernière appellation renverrait trop à la notion d'établissement médical, selon les échanges en groupe de travail. Le conseil scientifique reproduit des modèles d'organisation de conseils scientifiques universitaires comme par des appels à communication scientifiques (*annexe 9*)

La convention constitutive prévoit également l'institution d'un comité de financement, instance consultative (Article 17, convention constitutive).

Lors des réunions d'écriture de la convention constitutive du groupement, a été discutée la forme du comité des usagers de la Maison sport-santé, associative ou libre. Pour les membres du GIP, une absence d'organisation contrainte apparaît comme favorable à leur participation.

Auprès des agents de la Maison sport-santé, l'organisation formelle de la structure est représentée par la constitution d'un organigramme cible, qui identifie les liaisons hiérarchiques et missions des agents (*annexe 10*). Parmi les 24 agents du GIP, est distinguée une direction collégiale coordonnée par le directeur du GIP.

Les métiers présents sur la structure Maison Sport-Santé sont pluriels : éducateur sportif, coordonnateur sportif, psychologue, diététicien, responsable de pôle accompagnement, directeur, référent médical (médecin), responsable administratif et financier, chef de projet prévention, assistants – chargé d'accueil, doctorant CIFRe, responsable du pôle innovation, chef de projet innovation, *business developer*, *marketer*, ambassadeur innovation.

Ainsi, le GIP est un instrument juridique de l'action publique locale qui répond à des enjeux de formalisme juridique, mais participe également à la mise en œuvre de processus d'organisation formelle entre différentes catégories institutionnelles d'acteurs.

¹⁴⁸ En janvier 2024, l'IREPS change de nom et devient Promotion Santé Grand Est. Cependant, dans la suite de notre travail nous ne modifierons pas le nom de la structure au regard du fait que les documents officiels dont nous avons étudié la contenance qualifient l'institution sous son ancien nom.

II. Des acteurs du sport-santé à la construction de catégories d'acteurs de la Maison sport-santé

La notion d'acteur dans la langue française et en sociologie comporte une multiplicité de significations. À l'écran, au théâtre, l'acteur est celui qui respecte la contrainte de suivre un texte, respecter une situation, mais également qui a une marge de manœuvre dans son jeu (Gaudin, 2001). On entend également par acteur, celui qui agit, qui joue un rôle effectif dans une affaire ou un jeu, qui est protagoniste¹⁴⁹. Comment peut-on définir les acteurs du sport-santé ?

A. Les acteurs du sport-santé : entre diversité et fragmentation

Le sport-santé est complexe en ce qu'il fait apparaître de nombreux acteurs (Favier-Ambrosini, 2020). Honta et Haschar-Noé (2011) ont mis en avant cette multiplicité des acteurs du sport-santé dans l'exemple de la composition du comité stratégique du PNNS et de son comité de pilotage :

« Plusieurs ministères, institutions et agences, mais aussi représentants de filières et de syndicats professionnels, d'associations d'élus ou de consommateurs sont invités à être forces de propositions en cohérence avec les orientations stratégiques du PNNS ».
(Honta, Haschar-Noé, 2011).

Le sport-santé encourage la collaboration entre des acteurs du secteur public et du secteur privé, dépassant dès lors la traditionnelle sectorisation de l'action publique (Illivi, Honta, 2019). Par l'étape 2 du PNNS, de nouveaux promoteurs à la fois publics et privés s'engagent ainsi dans le sport-santé (Favier-Ambrosini, 2020). Le cadrage politique du plan « *Sport, Santé, Bien-Être* » (PSSBE) demande ainsi à des acteurs relevant de mondes sociaux différents de construire ensemble les conditions de mise en œuvre du plan. Aussi, la stabilisation des partenariats dépend étroitement des arrangements entre les acteurs territoriaux et demande de créer une culture commune.

¹⁴⁹ Site internet : <https://www.larousse.fr/>

Le PSSBE introduit également de nouvelles formes de coopérations entre l'État, les collectivités territoriales et les opérateurs (Illivi, Honta, 2019). Ainsi, selon les auteurs l'élaboration et la mise en œuvre du PSSBE engagent l'existence d'une pluralité d'acteurs impliqués dans la production d'une politique, d'un dispositif (Akrich, 2013 ; Foudriat, 2016).

Poursuivant l'ambition d'acteurs du sport-santé engagés, Roxane Maracineanu, ministre des Sports rappelle les Maisons sport-santé ont vocation à :

« [...] constituer un réseau d'acteurs – hôpitaux, professionnels de santé, professionnels du sport, associations fédérales, collectivités (articulation entre la Maison sport-santé et le contrat de santé local et le contrat de ville) – capable d'orienter des publics – quel que soit leur âge ou leur état de santé ou de fragilité – qui souhaitent reprendre une pratique physique, mais qui éprouvent des difficultés à faire la démarche tout seul »¹⁵⁰.

D'après les propos de la ministre chargée des Sports, pour être efficaces, les MSS doivent donc s'appuyer sur une grande diversité d'acteurs.

B. Les acteurs de la Maison sport-santé de Strasbourg à l'épreuve de catégories institutionnelles

La singularité de l'action locale de sport-santé sur ordonnance à Strasbourg dépend de sa construction locale (Marsault, 2017). La Maison sport-santé s'inscrit dans une histoire et un contexte qui lui donnent sens. Il repose aussi sur des dispositifs existants et des acteurs déjà en place.

Différents acteurs interagissent dans le projet de Maison sport-santé de Strasbourg voire s'impliquent dans sa conception. À travers ce développement, nous verrons qu'ils peuvent être associés à des catégories institutionnelles d'acteurs. Nous verrons également que la convention constitutive du GIP Maison sport-santé construit d'autres catégories d'acteurs à travers leur regroupement en collège.

¹⁵⁰ Galtier, L. (2019). *Maisons sport-santé : Roxana Maracineanu veut labelliser 100 établissements avant la fin 2019*. Maire info. <https://www.maire-info.com/sports/maisons-sport-sante-roxana-maracineanu-veut-labelliser-100-etablissements-avant-la-fin-2019-article-23340>

1. Des catégories institutionnelles d'acteurs observées dans le projet de constitution de la Maison sport-santé

L'observation participante des réunions de la Maison sport-santé et l'étude de documents tels que la convention constitutive du GIP permettent d'identifier différentes catégories institutionnelles d'acteurs. Nous avons fait le choix de classer ces acteurs selon leurs liens avec le projet lors du processus d'institutionnalisation de la Maison sport-santé. Cela permet de créer la typologie d'acteurs suivante (figure 3).

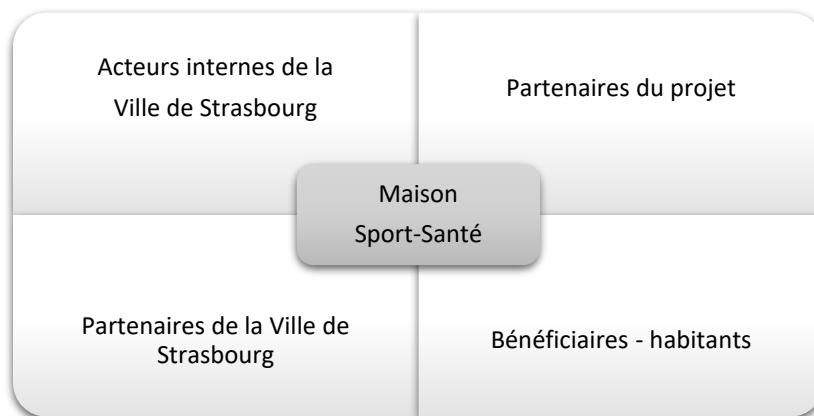


Figure 3 – Les acteurs de la Maison sport-santé (Blanc, P).

a) Les acteurs internes de la Ville de Strasbourg

Nous appelons acteurs internes de la Ville de Strasbourg les acteurs de la Maison sport-santé distingués en deux catégories (figure 4) : les instances politiques et les agents de la collectivité.

Instances politiques	Agents de la collectivité
• Elus • Instances : conseil municipal et conseil de l'Eurométropole de Strasbourg	• Service santé et autonomie : chef de service, chargés de projets, équipe PRECCOSS. • Direction des sports : chef de service, directeur adjoint, éducateurs, chargés de dispositifs. • Agents des autres services concernés : développement économique, transport, urbanisme, etc.

Figure 4 – Les acteurs internes de la Ville de Strasbourg (Blanc, P).

- **Instances politiques**

À travers le témoignage des acteurs locaux, on voit le poids du portage politique dans la mise en œuvre des actions pour l'activité physique de santé à Strasbourg. Ce portage politique est réalisé par plusieurs élus dont le principal est l' élu en charge de la santé. Avant 2008, il n'existait pas de délégation propre « santé », ce n'est qu'en 2008 que l'adjoint en charge de la santé a pris ses fonctions :

« Je suis très humble. Je l'ai incarné, le maire m'a laissé l'incarner. Sans doute quelques qualités pour l'incarner, mais c'est tout. [...] J'étais vice-président de la Communauté urbaine de Strasbourg (CUS). Puis le maire m'a demandé d'être délégué à la santé. Il n'y avait jamais eu d'adjoint santé et pourtant 80 personnes travaillent au service santé. »

Entretien réalisé avec l' élu en charge de la santé dans le cadre de notre mémoire, le 4 juillet 2018 (Blanc, P.).

Les agents de la Ville de Strasbourg reconnaissent ce portage politique de l' élu, comme l'exprime l'agent en charge de la santé :

« Évidemment, c'est une volonté politique d'un homme fortement engagé qui sait très bien s'entourer. Il n'est pas seul ».

Entretien réalisé avec un agent en charge de la santé dans le cadre de notre mémoire, le 4 juillet 2018 (Blanc, P.).

Les instances municipales (conseil municipal) et eurométropolitaines (conseil eurométropolitain) interagissent dans la constitution du projet des Bains municipaux et de la Maison sport-santé. Des délibérations, adoptées en conseils municipaux et eurométropolitains, et des interpellations plaidées par les conseillers sur le projet des Bains municipaux ou de Maison sport-santé (*annexe 11*) en font des lieux de débat et d'expression.

- **Les élus**

La mise en œuvre de la Maison sport-santé intervenant dès 2017, les élus qui ont pu interagir avec le projet sont issus de deux mandats municipaux : 2014-2020 puis 2020-2026. Les premiers se sont engagés en faveur d'une Maison sport-santé et sa structuration sous forme de GIP et les seconds se sont engagés en siégeant au sein des instances du GIP en qualité de représentants ou suppléants :

- Représentants : élu en charge de la santé, élu en charge des sports.
- Suppléants : élue en charge des solidarités, élue en charge de l'éducation.

Certains élus, comme l'élu en charge de la santé, maintiennent leur engagement au sein de la municipalité dans ces deux mandats. Le projet de Maison sport-santé a également été, comme nous l'avons vu ci-dessus, étudié au niveau de l'Eurométropole de Strasbourg. Dès 2020, un élu du conseil de l'Eurométropole est désigné vice-président en charge du sport-santé.

- **Les agents de la collectivité**

Le rôle des agents administratifs « *de base* » est important dans la mise en œuvre de politiques publiques, car s'ils ont une marge de manœuvre limitée par les cadres institutionnels, certaines règles sont suffisamment floues pour qu'elles permettent tout de même à ces agents d'agir (Dupuy, Thoenig, 1985). Les politiques publiques sont ainsi le produit de la chaîne de Street Level Bureaucracy (Dupuy, Thoenig, 1985) où les agents jouent l'interface entre l'État et les usagers et interprètent l'action publique de manière discrétionnaire.

Le dispositif sport-santé sur ordonnance et la conception de la Maison sport-santé font intervenir différentes directions de la Ville de Strasbourg : la direction solidarité, santé jeunesse et la direction des sports. En effet, si le projet de MSS est piloté dès 2017 par le chef du service de santé et autonomie, le directeur adjoint de la direction des sports est également désigné dans une lettre de mission comme co-pilote du projet Maison sport-santé. Ces liens forts sont exposés par l'agent en charge de la santé :

« On a des liens très forts avec nos collègues de la direction de la santé. On travaille sur un projet de sport-santé, donc qui habille les deux thématiques, le sport et la santé. On échange quasiment quotidiennement avec eux. On essaye, voilà, de faire ensemble les choses les plus intelligentes possibles. »

Entretien avec l'agent en charge de la santé, réalisé le 10 juillet 2018 (Blanc, 2018).

La mise en œuvre du projet de Maison sport-santé fait également intervenir les agents des dispositifs Sport-santé sur ordonnance (SSSO) et de Prise en charge coordonnée des enfants obèses et en surpoids à Strasbourg (PRECCOSS), également rattachés à la direction des sports et à la direction solidarités, santé, jeunesse.

b) Les partenaires du projet de Maison sport-santé

Nous désignons par cette seconde catégorie « partenaires du projet de Maison sport-santé » les acteurs autour du projet de Maison sport-santé n'appartenant pas à la Ville et l'Eurométropole de Strasbourg (*figure 5*).

Membres du groupement d'intérêt public	Associations partenaires des dispositifs	Autres partenaires
• Membres fondateurs • Partenaires • Acteurs participants au GIP sans rôle	• Du dispositif PRECCOSS • Du dispositif SSSO	• Groupe de travail national sur l'appel à projet Maison sport-santé • Comité de suivi des bains municipaux • Architectes de l'aile médicale des ains municipaux • Membre du réseau des villes santé de l'OMS

Figure 5 – Les partenaires du projet de Maison sport-santé (Blanc, P).

• Membres du groupement d'intérêt public

Sont membres du groupement d'intérêt public, les membres fondateurs et partenaires, désignés comme tels dans la convention constitutive du GIP et les acteurs soutenant le GIP sans rôle particulier. Ainsi, le GIP compte lors de son dépôt en préfecture 16 membres fondateurs et 6 partenaires. Parmi ces membres, plusieurs sont déjà engagés dans les dispositifs de la Ville de Strasbourg (PRECCOSS et SSSO).

C'est notamment le cas du régime local d'assurance maladie dont la Maison sport-santé félicite le soutien dans sa réponse à l'appel à projet national « *soutien fort du régime local d'assurance maladie d'Alsace-Moselle, partenaire historique de la Ville de Strasbourg dans la conduite de ces politiques publiques locale en matière de santé* »¹⁵¹.

Le GIP Maison sport-santé distingue auprès de ces membres fondateurs et partenaires deux types de représentants : des acteurs politiques et techniques. Les acteurs politiques sont désignés par leurs instances internes pour siéger au sein de l'assemblée générale et du conseil d'administration du GIP. Les acteurs techniques sont également désignés par leurs instances internes pour représenter leurs institutions dans la mise en œuvre technique de la Maison sport-santé et participent avec les agents du GIP à la mise en œuvre technique du projet.

- **Les associations partenaires du dispositif :**

La vingtaine d'associations partenaires des dispositifs SSSO et PRECCOSS est également liée au projet de Maison sport-santé. Selon l'agent en charge de la santé :

« Il y a deux grandes typologies d'associations : il y a celles qui répondent à l'appel à projet pour participer au dispositif sport-santé sur ordonnance où elles disposent du coup de financements spécifiques pour accueillir les personnes qui sont dans le dispositif, c'est un peu pareil pour PRECCOSS, et il y a celles qui spontanément ou sur impulsion de leur fédération ou de leur ligue régionale développent des actions, je pense au basket-santé avec les libellules, il y en a quelques autres. Donc, on sent qu'on y va, c'est encore un peu timide, c'est encore un peu expérimental et pas assez structuré. »

Entretien avec l'agent en charge de la santé, réalisé le 10 juillet 2018 (Blanc, 2018).

- **Les autres partenaires**

La Maison Sport-Santé de Strasbourg s'est développée dans le contexte national de l'écriture du cahier des charges national des Maisons sport-santé. La Ville de Strasbourg a été conviée aux groupes de travail les 13 février 2019, 12 mars 2019 et 18 avril 2019.

¹⁵¹ Ville et Eurométropole de Strasbourg. (2019). *Dossier de réponse de l'appel à projet Maisons sport-santé de Strasbourg*.

Plusieurs organismes étatiques étaient présents lors de ces réunions (direction générale de la santé, direction du sport, directions régionales jeunesse, sport, cohésion sociale, et antennes régionales de l'Agence régionale de santé), mais également des mutuelles (groupe Vyv, Territoria Mutuelle, Groupe MDS, Mutualité française, MGEN) ou encore des porteurs de projets locaux (Ma maison sport-santé, Biarritz côte Basque Sport-Santé, Direction des solidarités et de la santé du Grand Chalon). Au sein de ces réunions, prédominant par leur nombre les membres de la direction générale de la santé et du sport. L'agent en charge de la santé écrira dans son compte-rendu de la première réunion : « *Groupe essentiellement ministère des Sports + ministère de la Santé (direction générale offre de soins, direction de la sécurité sociale, direction générale de la santé) + mutuelle des sportifs (T. FAUCHARD qui avait participé aux assises), CREPS Vichy, groupement mutualiste VYV.* »¹⁵²

D'autres instances interviennent dans le projet de Maison Sport-Santé.

- Le comité Fritz BEBLO de suivi architectural, composé de membres de la famille de Fritz BEBLO, architectes des Bains municipaux de Strasbourg.
- Le comité de liaison des Bains municipaux, composé d'acteurs locaux strasbourgeois pour la défense des Bains municipaux.

En décembre 2016¹⁵³, tandis que la gestion des Bains municipaux est transmise à la Ville, celle-ci envisage de créer un comité de liaison citoyen, rassemblant les « forces vives » du projet (conseil de quartier, structures associatives, collectif « *La victoire pour tous* »). Une première rencontre du comité de liaison sur le sujet de l'aile médicale des Bains municipaux est entreprise le 7 juin 2019 afin de présenter le projet de Maison Sport-Santé aux membres et d'identifier, au sein du projet, les éléments immobiliers et mobiliers à préserver (cabines de kinésithérapie du 1^{er} étage, fosses d'hydrothérapie du rez-de-chaussée).

¹⁵² Ministère chargé des Sports, Ministère des Solidarités et de la Santé. (2019). *Compte-rendu de la réunion du groupe de travail MSS du 13 février 2019.*

¹⁵³ Ighirri, A. (2016). Strasbourg : La chaufferie des Bains municipaux transformée en salle de sport et d'étude. Article de presse. *20 Minutes Strasbourg*. 16 décembre 2016. <https://www.20minutes.fr/strasbourg/1981631-20161216-strasbourg-chaufferie-bains-municipaux-transformee-salle-sport-etude>

- **Les architectes de l'aile médicale des Bains municipaux**

L'attribution de la maîtrise d'œuvre¹⁵⁴ est votée en conseil municipal du 23 septembre. Une première rencontre le 2 octobre 2019 avec les architectes a permis d'orienter le projet architectural de Maison Sport-Santé dans ses aspirations de santé et promotion de la santé, notamment en termes de besoins énoncés dans le cahier des charges pour répondre à l'appel d'offre.

- **Les membres du réseau des villes santé de l'OMS**

La Ville de Strasbourg est membre du réseau français des Villes-Santé de l'OMS depuis 2011 et du conseil d'administration de l'association. Elle coordonne le groupe de travail sport-santé sur ordonnance du réseau, lequel contient plus de 50 collectivités (*illustration 3*). À ce titre, les agents et l'élu en charge de la santé rencontrent leurs homologues plusieurs fois par an (assises européennes du sport-santé, congrès des Villes-Santé France de l'OMS, etc.). D'autres réseaux de sport-santé sont également aujourd'hui intégrés tel le réseau ONAPS, ANDESS, etc.

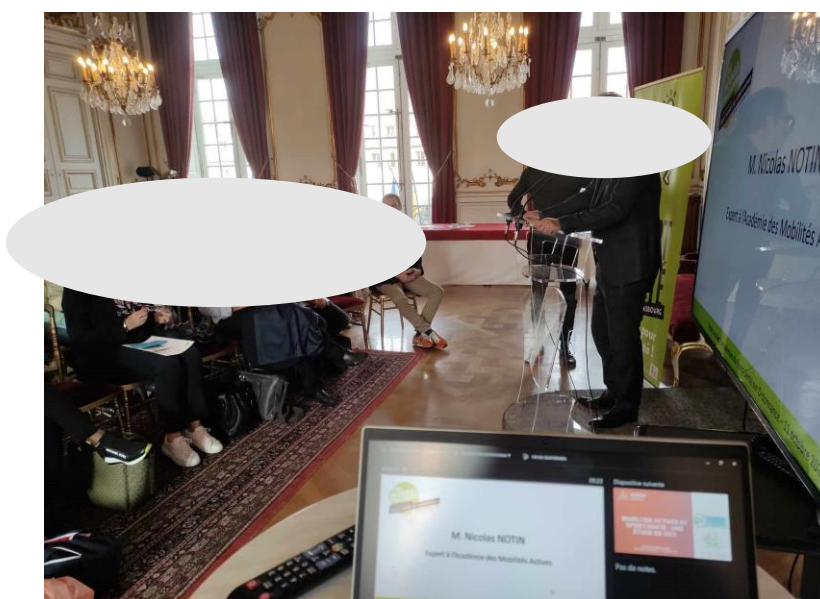


*Illustration 3 - Réunion du groupe de travail sport-santé des Villes-Santé de l'OMS, 2022.*¹⁵⁵

¹⁵⁴ La notion de maîtrise d'œuvre fait appel à la différence entre maîtrise d'ouvrage et maîtrise d'œuvre. Si le maître d'œuvre est celui qui propose une solution technique au projet, le maître d'ouvrage est celui qui exprime des besoins et cadre le projet.

¹⁵⁵ Photo dans le cadre de la réunion du groupe de travail sport-santé sur ordonnance des villes santé de l'OMS, Blanc, P.

c) Bénéficiaires, usagers, habitants, patients experts et communauté de patients

L'intégration des usagers au sein des Maisons sport-santé est discutée en groupe de travail national d'écriture du cahier des charges. Plusieurs pistes sont abordées pour recueillir cette parole : questionnaire de satisfaction, comité des anciens, comité des usagers, patients experts, etc. Lors des groupes de travail locaux sur la convention constitutive du GIP, la notion d'usager et d'habitant est également discutée pour remplacer celle de bénéficiaire, les acteurs jugent en effet que la notion d'usager et d'habitant est plus large que celle de bénéficiaire et permet une ouverture plus grande encore de la Maison sport-santé à Strasbourg. Sont ainsi considérés comme usagers à la MSS de Strasbourg les bénéficiaires des dispositifs et les habitants souhaitant rechercher une information sur une pratique sportive.

d) Des acteurs « invisibles » ?

Identifier les acteurs, c'est également repérer des acteurs dits invisibles (Koebel, 2017). Ils sont, pour la plupart, représentés et ne se reconnaissent pas en acteurs collectifs, laissant les représentants défendre leurs intérêts. Arcuset¹⁵⁶ parle aussi de la catégorie des « *gens disponibles* », quand Becker (1985) insiste sur le fait que les groupes dominants ont tendance à exclure ceux qui ne peuvent ou ne veulent pas respecter les normes. Parmi ces acteurs invisibles, on peut citer par exemple des catégories de bénéficiaires, les institutions qui ont souhaité ne pas s'impliquer plus dans le développement de la structure ou qui s'en écartent (autre Maison sport-santé de Strasbourg, Région Grand Est, etc.).

¹⁵⁶ Arcuset, L. (2013). La prise en compte de la diversité des acteurs dans un processus de tourisme durable. *Économies et finances*. Université de Grenoble. <https://theses.hal.science/tel-00989600>

2. La construction de nouvelles catégories d'acteurs par la convention constitutive et l'organigramme du GIP

À travers sa convention constitutive, la Maison Sport-Santé constitue des catégories d'acteurs. En effet, pour désigner des représentants au sein du conseil d'administration du GIP Maison sport-santé, la convention constitutive crée différents collèges : collectivités, recherche-innovation, associations, mutuelles et professionnels de santé et établissements de santé (*illustration 4*).

Collectivités : Conseil Départemental, Ville de Strasbourg
Recherche, innovation : Université, Biovalley France, Institut Siel Bleu
Associations : IREPS – CDOS 67 – CR SPORTS POUR TOUS – France ASSOC SANTE – Office des Sports – Ligue contre le cancer – Unis vers le sport
Mutuelles : MGEN – MFGE
Professionnels de santé et établissements de santé : UGECAM – IURC, HUS

Illustration 4 – Collèges de la Maison sport-santé¹⁵⁷

Ce classement dans des catégories renvoie à la perception faite des membres fondateurs par les instigateurs de la Maison Sport-Santé (préfigurateur-directeur et adjoint à la santé de la Ville de Strasbourg). Il peut montrer des limites puisque certaines associations peuvent être intégrées dans le collège recherche-innovation (Institut Siel Bleu), tandis que d'autres associations, exerçant pourtant également des missions de recherche, ne le sont pas (France Assoc Santé, Ligue contre le cancer, etc.).

Alors qu'il illustre l'organisation formelle de la Maison sport-santé, l'organigramme, crée également des catégories d'agents : pôle accompagnement, pôle transverse, pôle recherche/formation continue, pôle innovation. Il rend compte de l'organisation formelle technique de la Maison sport-santé et des liens hiérarchiques entre les agents.

¹⁵⁷ Ville et Eurométropole de Strasbourg. (2020). *Powerpoint de présentation de la Maison sport-santé, Comité de Pilotage du 2 mars 2020*.

Bien que structure juridiquement différenciée, le *Living lab*¹⁵⁸ est également intégré à cet organigramme. Sont également illustrées les contributions des membres fondateurs en matière de ressources humaines (pourcentage d'équivalent temps plein).

C. Vers une cartographie des acteurs de la MSS de Strasbourg

La cartographie des acteurs permet la visualisation des populations selon leur position dans le projet. D'après Tremblay et Perrier (2006), il s'agit ainsi d'adopter une méthode d'observation neutre afin d'identifier les acteurs clés d'un secteur déterminé afin de mieux comprendre comment ils s'inscrivent dans une dynamique relationnelle d'où émergent les processus de développement¹⁵⁹.

Cette cartographie permet d'identifier la position des acteurs dans le cadre plus large du paysage social, institutionnel et politique de l'objet Maison sport-santé de Strasbourg. Une carte heuristique des acteurs de la Maison sport-santé (*illustration 5*) a ainsi permis d'identifier les acteurs et structures parties prenantes du projet de Maison sport-santé en fonction de leur qualité (bénéficiaire, habitant, etc.) ou de leur structure d'appartenance (Ville de Strasbourg, associations, membres du groupement d'intérêt public, etc.).

¹⁵⁸ « Un *Living Lab* est un dispositif de concertation, d'innovation ouverte (*open innovation*) et de co-crédation regroupant acteurs publics, acteurs privés, entreprises, associations, laboratoires de recherche, collectivités et usagers, afin de développer et d'évaluer collectivement des solutions innovantes en technologie, organisation et services porteuses de nouvelles réponses pour les collectivités et la société. », Alcimed [Site internet]. En ligne : <https://www.alcimed.com/fr/explorations/living-labs/>.

¹⁵⁹ Falisse, M. Sanz-Corella, B. (2008). *Étude thématique sur les cartographies des acteurs non étatiques en Amérique latine*. https://portailqualite.acodev.be/fr/system/files/node/255/la_cartographie_des_acteurs_de_la_societe_civile_des_pays_damerique_latine.pdf

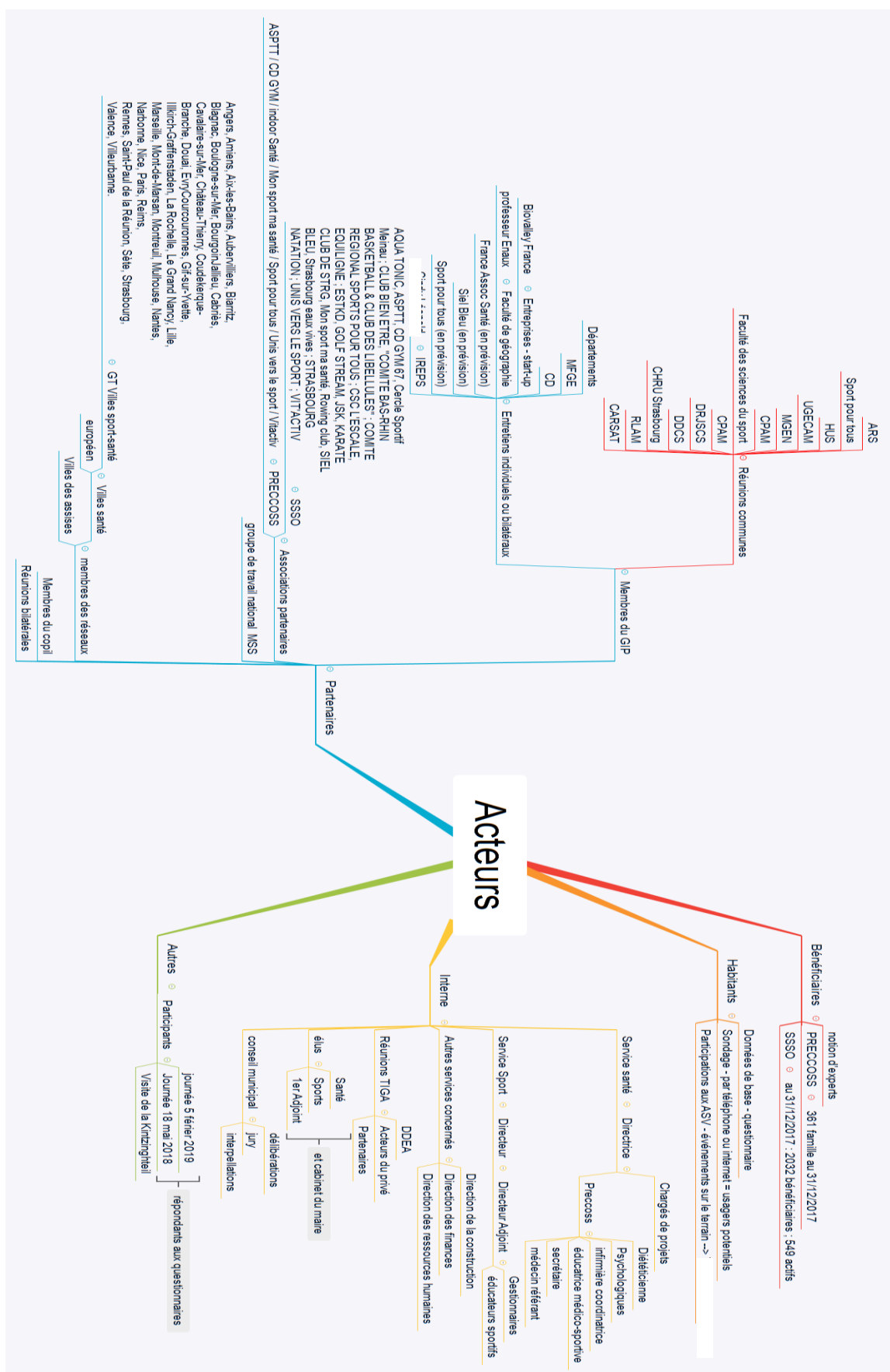


Illustration 5 - Carte heuristique des acteurs de la Maison Sport-Santé de Strasbourg (Blanc, P).

Schématissant les types d'acteurs, cette première illustration sera enrichie par la suite dans l'étude de terrain selon d'autres critères des cartographies des acteurs (degré d'intégration et de collaboration des acteurs, liens d'influences entre eux, tensions, accointances).

L'action locale s'appuie sur ses acteurs, ses réseaux, mais également sur les procédures et l'instrumentation utilisée, qui laissent plus ou moins de place aux ajustements et encouragent des cadrages. Il s'agit de s'interroger à présent sur les raisons du choix d'un instrument et sur les effets qu'ils produisent.

III. L'impact de l'organisation informelle sur la structuration de la Maison sport-santé de Strasbourg

À l'organisation formelle de la Maison sport-santé, officielle s'ajoute une organisation informelle (Crozier, Friedberg, 1977), réelle, faite de coopérations, de conflits, de compromis, de traductions ainsi que de stratégies individuelles et collectives des acteurs.

Les pratiques et les représentations qui contribuent à la régulation sociale sont diversifiées (édiction de règles, normes, recours à l'expertise, allocation de ressources matérielles...). L'organisation informelle, qui donne à voir le fonctionnement réel, permet aux acteurs d'agir concrètement et de travailler ensemble au développement de la Maison sport-santé de Strasbourg. Nous considérons que cette organisation informelle laisse à voir les stratégies individuelles des acteurs. L'action d'entrepreneurs frontières (Bergeron, Castel, Noguez, 2013) est aussi facilitatrice de dynamiques communes.

A. La Maison sport-santé de Strasbourg : des conflits aux compromis

Au sein de la Maison sport-santé, la multiplication des acteurs du sport-santé et la fragmentation de leurs actions entraînent des affrontements, notamment sur des visions différentes de modalités de prise en charge (Favier Ambrosini, 2020). Ces affrontements se traduisent par des débats, rendant difficile la coordination entre les acteurs et pouvant amener à une lutte de pouvoir (Favier Ambrosini, 2020), amenant des conflits de légitimité nombreux (Tabuteau, 2013). Ils s'illustrent également par des résistances à la conception de l'instrument, sa mise en œuvre et son appropriation par les publics cibles (Dubuisson-Quellier, 2016) sous plusieurs formes : contestation, contournement, détournement ou neutralisation (Hirschman, 1970 ; Illivi, Honta, 2019).

Les conflits et dysfonctionnements de la Maison sport-santé peuvent apparaître du fait de facteurs endogènes ou exogènes (Gasparini, 2003). Ils sont exogènes quand ils sont liés à l'environnement, à ses évolutions sociales, aux pressions sociales, etc. Ils sont endogènes quand ils sont liés à la structure de l'organisation, à ses acteurs, à ses techniques.

Le sport-santé pose ainsi la question de la coordination d'expertises plurielles dans un collectif, demandant adaptation et compromis au sein d'instances de coordinations (Ginsbourger, Terral, 2014).

Nous verrons que les acteurs opèrent par des règles informelles et autonomes pour résoudre les problèmes quotidiens de l'organisation (Bernoux, 1985). Ces règles informelles sont en reconstruction permanente : ainsi certains acteurs – les entrepreneurs frontières - profitent de zones d'incertitude pour les modifier.

B. Des entrepreneurs-frontières à la mobilisation autour de l'action publique locale

« Un positionnement frontière entre plusieurs mondes sociaux conférant une force mobilisatrice particulière » (Monneraud, 2011).

Certains acteurs, dits entrepreneurs-frontières, permettent de mobiliser les acteurs autour eux. Ils utilisent leurs multipositions sociales, pour mobiliser un cercle d'alliés élargi (Callon, 1986) et diffuser plus largement les constructions effectuées (Lascoumes, Le Galès, 2007). Ces acteurs construisent donc leur positionnement par rapport à d'autres (Barbot, 1999), leur permettant de s'adresser aux acteurs clés des univers sociaux (Favier-Ambrosini, 2020). On parle ainsi d'un acteur dont les manières de faire, de penser, d'agir lui permettent d'avoir des dispositions, habitudes, capacités, à penser et agir diversifiées et labiles selon les univers sociaux¹⁶⁰.

Bernard Lahire définit l'entrepreneur-frontière comme un acteur pluriel, ayant connu dans son parcours biographique des contextes socialisateurs hétérogènes et potentiellement contradictoires (Lahire, 1998). Leur identité plurielle leur permet de mieux percevoir les enjeux et intérêts de chacun des univers et leur autorise un travail d'intéressement et d'enrôlement (Bergeron, Castel, Noguez, 2013. Callon, 1986). Par exemple, dans les Maisons de santé pluridisciplinaires, un professionnel est à l'origine du projet, promoteur leader, coordinateur et impliqué dans des activités plurielles (Fournier, 2014. Baszanger et Bungener, 1995).

Le sport-santé à Strasbourg témoigne de l'enchevêtrement du médical et du social, notamment du fait des propriétés sociopolitiques de ses acteurs (Marsault, 2017). Ainsi, dans les réseaux sport-santé bien-être, les entrepreneurs-frontières ont des propriétés facilitantes et bousculent les espaces d'intervention (Favier Ambrosini, 2020. Bergeron, Castel, Noguez, 2013).

¹⁶⁰ Giraud, F. Acteur pluriel, dans Anthony Glinier et Denis Saint-Amand (dir.), *Le lexique socius*. <http://ressources-socius.info/index.php/lexique/21-lexique/42-acteur-pluriel>

En percevant les enjeux et intérêts de chacun des univers du projet, ils convainquent et séduisent les autres acteurs. Ces acteurs sont dotés de ressources, des capitaux au sens de Bourdieu (Bourdieu, Wacquant, 1992), et bousculent l'action publique (Fligstein, 2001). Ils peuvent être à l'origine de conflits, tendant à marginaliser et constituer comme inférieurs d'autres groupes sociaux, par des constructions mentales. Ainsi, des tutelles ou relations inégalitaires entre contractants, sous-tendues par des enjeux de pouvoir¹⁶¹ (Augustin et Garrigou, 1985. Dumas, 1987. Callède et Dane, 1991) demeurent derrière l'apparence de la négociation ; elles peuvent, à l'extrême, prendre la forme de conflits (Mounet et Chifflet, 1993. Dulac, 1997).

Selon Crozier et Friedberg, ces acteurs profitent de zones d'incertitudes, des événements extérieurs ou événements imprévus par exemple, pour renforcer leur pouvoir au sein de l'organisation (Crozier, Friedberg, 1977).

L'étude des acteurs de la Maison Sport-Santé au sens de ceux qui agissent dans le projet est donc essentielle à la compréhension de la structuration du projet de Maison sport-santé. Mais il est également important de s'intéresser à l'individu, porteur de valeurs, de croyances et de représentations, de projets, d'intentions dans ses choix d'action.

C. La Maison sport-santé, produit de pratiques et de stratégies des acteurs

« L'une des principales insuffisances actuelles de la sociologie théorique traditionnelle est que la recherche se contente souvent d'étudier la société dans la perspective du "ils", oubliant d'étudier systématiquement les perspectives du "je" et du "nous" à l'aide d'outils appropriés » (Heinich, 2010).

Nous ne considérerons pas l'action publique au prisme unique du collectif et du système, mais bien en s'intéressant aux acteurs individuels de la Maison sport-santé.

Crozier définit ainsi l'acteur comme un individu *« autonome, capable de calcul et de manipulation, et qui non seulement s'adapte, mais invente en fonction des circonstances et des mouvements de ses partenaires »* (Crozier, Friedberg, 1977). Cette définition de l'acteur l'entend comme un être doté d'autonomie, de rationalité.

¹⁶¹ Honta, M. (2003). Sport de haut niveau et décentralisation : des stratégies d'acteurs à la régulation du système L'exemple aquitain. *Staps*, n°60, p.75-92. <https://doi.org/10.3917/sta.060.0075>. « La notion de pouvoir peut ainsi être entendue comme la capacité d'un acteur à faire agir un autre acteur, capacité n'étant pas nécessairement liée aux ressources de contraintes que peut donner une position hiérarchique supérieure (Bernoux, 1985). »

L'acteur est indissociable de la notion de projet personnel, qui est en fait une stratégie individuelle (Gasparini, 2003). Par exemple, l'étude des Maisons de santé pluridisciplinaire illustre que l'engagement des médecins et leur démarche dite « *morale* », est essentiel dans la définition de l'action publique (Fournier, 2014).

Selon Crozier et Friedberg (1977), l'acteur est ainsi capable de se saisir d'opportunités et de déployer des stratégies. Les stratégies des acteurs sont ainsi faites d'opportunités, d'interactions collectives. Les acteurs qui s'engagent dans l'action publique locale le font librement dans les contraintes du jeu du système.

Cependant, nous considérerons également que chaque acteur dispose d'une rationalité limitée (Simon, 1947) qui varie selon ses dispositions sociales. Vincent Dubois parle ainsi des deux corps de l'agent (Dubois, 2008) : institutionnel, incarnant l'État, et personnel, composé d'un *habitus* particulier et d'un *hexis*, c'est-à-dire un *habitus* tel qu'il se voit par le corps. L'agent est influencé par l'*habitus* et agit en fonction de catégories d'entendements incorporées, en fonction de sa socialisation personnelle, mais également professionnelle. Les comportements et stratégies des acteurs peuvent également s'appuyer sur leurs expériences, leur socialisation et leur histoire passée ainsi que sur la structure sociale qui façonne leur manière de penser le monde social (Bourdieu, 1971).

Bourdieu (1971) définit l'action publique comme une structure génétique composée de champs et d'*habitus*. Les champs reposent sur une théorie relationnelle et positionnelle selon laquelle les individus se définissent les uns par rapport aux autres. Les *habitus*, quant à eux, sont le produit d'un processus de socialisation ; il y a des *habitus* individuels, mais également des *habitus* de classe. Cette action des individus, et la possibilité qu'ils redéfinissent le problème sur la base d'enjeux individuels et collectifs présents, permet de construire la spécificité locale des dispositifs.

Aussi, les stratégies des acteurs déployées au sein des organisations sont identitaires et relèvent à la fois de positions particulières dans l'espace social et de dispositions liées au groupe social d'appartenance (Gasparini, 1997). Leur action est située et relève d'un passif intentionnel, de significations communes (au sens de l'esprit objectif) et d'intentions individuelles (au sens de l'esprit subjectif) (Descombes, 1996). L'action publique forme donc le produit des pratiques et représentations des agents qui y sont engagés, elles-mêmes orientées par leurs positions, trajectoires et caractéristiques sociales (Dubois, 2008).

Par ailleurs, la sociologie considère que c'est grâce à des systèmes de valeurs privilégiés que les acteurs peuvent fonder une action commune et avoir des accords. Les auteurs définissent la clarification comme le partage d'une même valeur comme principe supérieur commun, l'arrangement local comme un accord sur une transaction, le compromis comme une forme durable d'accord. Ainsi, les organisations peuvent donc être définies comme des microsociétés permettant l'intériorisation de normes culturelles partagées (Gasparini, 2003). Ces normes culturelles sont-elles partagées également avec les bénéficiaires de l'action publique ?

Les acteurs de la Maison sport-santé sont influencés par des effets de dispositions (histoire personnelle, socialisation) et des effets de positions (contexte de l'action publique et ressources). Dès lors, comprendre l'action publique implique de faire la sociologie de ses producteurs afin de connaître les ressorts sociaux et symboliques du système d'action concret et des règles du jeu (Crozier, Friedberg, 1977).

Dans les coulisses de l'organigramme, se dévoile la structure du rapport de force entre les protagonistes, leurs intérêts, leurs représentations, leurs positions sociales (Faure, Suaud, 1999).

Sabatier (2000) parle également de l'importance des croyances partagées dans les coalitions, tant sur des valeurs que des principes sectoriels. En rassemblant différents acteurs, différents dispositifs, la Maison sport-santé est à la rencontre entre plusieurs mondes ou grands systèmes de principes (Favier-Ambrosini, 2020). Il s'agit pour les acteurs de se mettre en accord pour définir le principe supérieur commun qui traduit un système de valeurs cohérent, que Boltanski et Thévenot (1991) appellent une « cité »¹⁶².

¹⁶² Ils définissent le modèle des cités comme la représentation d'ordre de valeurs récurrent, reposant sur des principes et des références distinctes, qui permettent la coordination entre les acteurs d'une même action collective. Il existe sept modèles de cité basés sur un grand système de valeur. La « cité domestique » a pour principe supérieur la tradition, la famille, la hiérarchie. La « cité industrielle » nécessitera l'efficacité, le savoir et le savoir-faire. La « cité marchande » prônera l'émulation, la rivalité, la concurrence. La « cité civique » sera basée sur le collectif, la démocratie, la représentativité. La « cité de l'opinion » aura pour principe la réputation, la renommée. La « cité inspirée » privilégiera l'originalité, l'imagination. Enfin, la « cité par projets » s'intéressera aux activités, aux projets, à la structure des liens entre les acteurs. Chaque type de cité est à l'origine d'accords pour résoudre les conflits. Les cités offrent donc des conditions apaisées entre les acteurs en définissant un accord suffisant autour de la société souhaitée par les acteurs. Boltanski, L. Thévenot, L. (1991). *De la justification. Les économies de la grandeur*. Collection NRF Essais, Gallimard.

IV. Les bénéficiaires et usagers au sein de la Maison sport-santé de Strasbourg ; acteurs d'une démocratie sanitaire ?

Les politiques publiques invitent à une plus grande écoute des citoyens, à la systématisation de leur implication et à un dialogue serein. Dans l'action publique, la participation citoyenne fait l'objet d'un mouvement de fond du développement d'une expertise dite « *d'usage* ». L'appel à projet national des Maisons sport-santé porte également ce souhait d'intégration des bénéficiaires, élément intégré dans la convention constitutive de la Maison sport-santé de Strasbourg.

A. Enjeux de la démocratie participative et de la démocratie sanitaire

Dans les années 60, le concept de démocratie participative se développe et vient pallier les interrogations croissantes sur les limites de la démocratie représentative comme professionnalisation ou le fait majoritaire. L'élection n'est plus vue comme seul fait démocratique et l'impératif est dorénavant à la consultation du citoyen, au débat. Ainsi, la démocratie participative serait constituée de l'ensemble des démarches et procédures qui visent à associer les citoyens « ordinaires » au processus de décision politique.

Encadré 9 - La démocratie participative dans les collectivités territoriales

Le Code général des collectivités territoriales (CGCT), à travers son article L2141-1, promeut le « *droit des habitants de la commune à être informés des affaires de celle-ci et à être consultés sur les décisions qui les concernent* ». Les premières expériences françaises de démocratie participative ont eu lieu à Bobigny, Morsang-sur-Orge, et dans le Val-de-Marne, pour faire face au déclin électoral. La démocratie participative est promue dans de nombreux textes constitutionnels. La participation des administrés est reconnue par la loi Administration territoriale de la République (ATR) le 6 février 1992. Elle est vue comme un signe de rénovation, et une nouvelle courroie de transmission entre les élus, les partis, et la population.

Les dispositifs locaux de consultation pour la mise en place d'actions publiques sont développés notamment avec la Loi Voynet¹⁶³ qui oblige les conseils de développement. En 2002, la loi de démocratie de proximité renforce l'arsenal participatif, en imposant aux villes de plus de 80 000 habitants, la création de conseils de quartiers, gage de transparence et d'écoute et de dépolitisation. Ces conseils ont permis aux élus de politiser et conscientiser les problèmes. La réforme constitutionnelle de 2003 inscrit dans la constitution deux principes : le droit de pétition et la possibilité de l'organisation d'un référendum dans les collectivités. La loi de programmation pour la ville du 21 février 2014 consacre, de plus, la reconnaissance de l'intervention citoyenne et le principe de co-construction des contrats de ville avec la mise en place de « conseils citoyens » afin d'encourager, dans chaque quartier de la politique de la ville, l'expression des habitants et des acteurs locaux.

En matière de santé, la notion de droits individuels des personnes malades émerge au XIX^e siècle, dans le cadre de réparations des malades en cas d'accident médical. Plus tard, on aborde la notion de consentement et d'information du malade. Au XX^e siècle, se mettent en place des actions associatives dans le champ de la santé. En 1918, est créée la Ligue contre le cancer, en 1930 l'association française des diabétiques, etc. (Laude, Tabuteau, 2016).

Ces ligues et associations sont fondées sur une conception de la maladie comme un fléau social et s'accompagnent ainsi d'une entreprise de moralisation et de contrôle des classes populaires (Pinell, 1992).

Les mouvements des associations de lutte contre le sida et la myopathie en France rénovent profondément la participation des usagers en santé (Laude, Tabuteau, 2016). Les malades et soignants, démunis face à la maladie du SIDA, s'engagent dans une nouvelle forme de soin, celle du dialogue.¹⁶⁴ Les scandales sanitaires, et notamment du sang contaminé participent à la poursuite de l'équilibre dans la relation patient – soignant. L'idée s'impose d'un malade premier spécialiste de sa maladie.

¹⁶³ Loi n° 99-533 du 25 juin 1999 d'orientation pour l'aménagement et le développement durable du territoire et portant modification de la loi n° 95-115 du 4 février 1995 d'orientation pour l'aménagement et le développement du territoire dite « Loi Voynet ». <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000760911>

¹⁶⁴ France Assos Santé. *Fiche Santé info droits pratique, B.1 Démocratie sanitaire. Les représentants des usagers du système de santé.* [En ligne] https://www.france-assos-sante.org/publication_document/b-1-le-representant-des-usagers-du-systeme-de-sante/

En 1996, une ordonnance prévoit la présence de représentants des usagers dans les conseils d'administration des établissements publics de santé à travers leurs associations. Un an plus tard, un collectif interassociatif sur la santé est constitué et réunit des associations de malades et familiales (Laude, Tabuteau, 2016).

Les états généraux de la santé de 1998 donnent lieu à des débats sur le système de santé et font émerger deux données : la méconnaissance des usagers sur leurs droits et le souhait de davantage d'expression. Ils sont à l'origine de la loi du 4 mars 2002¹⁶⁵, laquelle rend lisibles les droits et organise l'expression des usagers à tous les niveaux afin de leur permettre d'être partie prenante dans les orientations de la politique de santé¹⁶⁶. Elle impose une nouvelle vision de la participation des usagers par une démocratie sanitaire renforcée et des droits nouveaux dits collectifs.

Des lois ultérieures participent également à la mise en place de la participation des usagers au sein de la conférence nationale de santé (Loi n°2004-806 du 9 août 2004), pour les droits des malades et de la fin de vie (Loi n°2005-370 du 22 avril 2005). La loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009) crée un cadre institutionnel à la représentation des usagers en santé dans les établissements hospitaliers et instaure des droits collectifs de représentation dans les instances de concertation et de consultation des politiques sanitaires et sociales (Demoustier, Priou, 2013).

Initiée par la loi HPST, la notion de démocratie sanitaire se développe en s'appuyant sur les concepts de démocratie sociale (participation des travailleurs à la vie de l'entreprise) (Laude, Tabuteau, 2016). Tabuteau la définit comme « *une organisation de la société reconnaissant le droit de chacun à connaître, décider et agir pour sa santé et la protection de la santé publique* »¹⁶⁷. Le législateur entend ainsi donner des droits individuels et collectifs aux personnes malades : respect de la personne, de son individualité, autonomie, droit à la représentation par des associations, droit à agir en justice, droit à participer à des instances (Laude, Tabuteau, 2016).

¹⁶⁵ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000227015/>

¹⁶⁶ Ministère des Solidarités et de la Santé. *Historique depuis 1945 de la participation en santé* : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-de-sante-vos-droits/les-usagers-et-leurs-representants/article/l-historique-depuis-1945>

¹⁶⁷ Tabuteau, D-R. (2016). *Premier Forum de l'Institut pour la démocratie en santé*.

*Encadré 10 - Une évaluation d'impact sur la santé (EIS) selon l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé*¹⁶⁸

La Ville de Strasbourg développe d'autres procès de recueil de la parole des habitants, par exemple à travers les évaluations d'impacts en santé (EIS).

Une EIS est « *une combinaison de procédures, de méthodes et d'outils par lesquels une politique, un programme ou une stratégie peuvent être évalués selon leurs effets potentiels sur la santé de la population et selon la dissémination de ces effets dans la population. Il s'agit d'un processus multidisciplinaire structuré par lequel une politique ou un projet sont analysés afin de déterminer leurs effets potentiels sur la santé.* » (Göteborg, 1999. Concertation internationale menée sous l'égide de l'Organisation mondiale de la Santé).

Les EIS sont inscrites dans les principes de la charte d'Ottawa¹⁶⁹. Elles s'appuient sur une vision holistique¹⁷⁰ de la santé, laquelle serait influencée par des déterminants sociaux, environnementaux et économiques. Ainsi, les décisions prises par les pouvoirs publics ont un impact réel, positif ou négatif, sur la santé des habitants de leurs territoires, que l'EIS permet de mesurer. Elle est donc prospective puisqu'elle permet d'évaluer un programme, une politique, un projet. Elle permet également souvent des prises de conscience des acteurs publics et est donc fortement associée à la prise de décision des exécutifs locaux. L'EIS répond ainsi à des principes de démocratie, de justice sociale et de prise en compte des savoirs de la population¹⁷¹. Une EIS a été réalisée en 2016-2017 à Strasbourg sur le projet d'aménagement urbain du quartier Port-du-Rhin. Elle ne permettrait non pas un processus de concertation, mais de recueil et de production de connaissances (Den Broeder, Uiter, Ten Have, Wagemakers, Jantine Schuit, 2017).

¹⁶⁸ Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. *Études d'Impact en Santé* : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/evaluation-impact-en-sante/default.asp>

¹⁶⁹ La charte d'Ottawa a été adoptée le 21 novembre 1986, lors de la première Conférence internationale pour la promotion de la santé. Elle porte l'objectif d'une santé pour tous d'ici à l'an 2000. Organisation Mondiale de la Santé. (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Conférence internationale pour la promotion de la santé du 21 novembre 1986. <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/health-promotion/population-health/ottawa-charter-health-promotion-international-conference-on-health-promotion/chartre.pdf>

¹⁷⁰ On appelle approche holistique de la santé toute approche qui considère une personne humaine comme un tout, une globalité, et non comme un organe. En effet, l'approche holistique considère ainsi que 80% de la santé des personnes est influencée par des facteurs extérieurs au corps humain (selon le *Center For Disease Control and Prevention*).

¹⁷¹ World Health Organization. (1999). *Health Impact Assessment : main concepts and suggested approach*. Gothenburg Consensus Paper, Bruxelles, dec 1999 : 10 p. http://www.impactsante.ch/pdf/HIA_Gothenburg_consensus_paper_1999

Il peut s'agir ainsi d'intégrer les habitants aux instances de pilotage ou encore de recueillir des données auprès des habitants, sur un temps long (Dardier, Oberle, 2020). À travers le déploiement de cette EIS, on voit que la participation citoyenne permet la légitimation et la crédibilisation des initiatives et principes des projets d'aménagements, qualifiée de participation à « *titre décoratif* » (Dardier, Oberle, 2020).

B. Vers la notion de « patient expert »

Parallèlement, la notion « *d'expert d'usage* » se développe. Au sein des maisons de santé pluridisciplinaires (MSP), se développe la notion d'un « *patient sentinelle* », acteur de la santé et bénéficiant d'une réflexivité. Cette notion sous-entend que des personnes sans formation académique, mais concernées par le sujet parce qu'elles vivent une expérience personnelle, par exemple la maladie, sont capables de développer des connaissances et des analyses que l'action publique doit prendre en compte dans les processus de décision – que ces décisions concernent des individus, l'élaboration de protocoles, l'organisation du système de soins ou les politiques de santé en général.

La France choisit de construire un cadre de participation des usagers centré sur la reconnaissance légale des droits des patients et une forme d'institutionnalisation du processus démocratique, tandis qu'à l'étranger, la participation des usagers se traduit par la construction de processus collaboratifs et visant à modifier la relation au soin (Bousquet, Ghadi, 2017). Vega (2016) parle ainsi de marges de manœuvre des patients limitées en France, notamment dans le domaine de la cancérologie.

On voit apparaître des diplômes universitaires en France pour former les usagers. L'Université des patients (Dugrenier, 2019), mise en place à la Pitié-Salpêtrière depuis 2009, accompagne ainsi les anciens patients de cancérologie à travers un diplôme universitaire (D.U.) « *mission d'accompagnement du parcours patient en cancérologie* ». Ce diplôme forme les personnes malades souhaitant s'investir dans des fonctions d'éducation, de formation et de conseil en parcours de santé et permet de compléter les savoirs expérientiels des patients avec des savoirs scientifiques.

La participation des usagers apparaît également dans les priorités de la Stratégie nationale de santé (SNS) 2018-2022, laquelle s'articule en effet autour de quatre axes prioritaires :

- Mettre en place une politique de promotion de la santé, incluant la prévention dans tous les milieux et tout au long de la vie ;
- Lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé ;
- Garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge à chaque étape du parcours de santé ;
- Innover pour transformer notre système de santé en réaffirmant la place des usagers.

Le mouvement d'intégration de la parole des usagers se met en œuvre également dans les dispositifs de sport-santé. Au sein des Maisons sport-santé, cet impératif est rappelé par le cahier des charges des structures, émanant du ministère des Sports et du ministère des Solidarités et de la Santé.

La multiplicité des acteurs de la Maison sport-santé, des patients bénéficiaires aux acteurs de la gouvernance, amène à poser des questions sociologiques quant à la structuration de la Maison sport-santé de Strasbourg et à son organisation concrète. Les hypothèses de recherche que nous allons décrire ont ainsi vocation à répondre à ces enjeux de recherche.

V. Vers un corps d'hypothèses

Instrument de l'action publique locale du sport-santé à Strasbourg, la Maison sport-santé de Strasbourg est à la fois un lieu illustrant « un héritage du passé » et un espace de jeu d'acteurs poursuivant différents intérêts. Cet instrument de l'action publique locale met en interaction des acteurs, des représentations, des institutions, des processus et des résultats (Lascoumes, Le Galès, 2007) et est déterminé tant par des normes extérieures que par une histoire locale. Les hypothèses de recherche guideront nos travaux, d'abord à travers l'élaboration de nos méthodes de recueil de données puis dans l'analyse des données récoltées.

A. Une hypothèse principale

Nous considérons la Maison sport-santé de Strasbourg comme un nouvel instrument de l'action publique locale composé de cinq éléments en interaction dynamique (Lascoumes, Le Galès, 2007) : des acteurs (individuels et/ou collectifs) dotés de ressources, poursuivant des intérêts (matériels et symboliques) et interagissant avec d'autres acteurs ; des représentations (des cadres cognitifs et normatifs qui donnent un sens aux actions) ; des institutions (les normes, règles, procédures qui gouvernent les interactions) ; des processus (les formes d'interactions et leur recomposition dans le temps qui rendent compte des activités de mobilisation des acteurs) ; des résultats (les conséquences et effets de l'action publique).

Appliquée à la lutte contre la sédentarité et la prévention primaire et secondaire par l'activité physique, la Maison sport-santé de Strasbourg est en partie déterminée par des normes extérieures comme, par exemple, le label national des Maisons sport-santé ou les règles d'encadrement des patients. L'action publique s'enclasse dans des contextes qui en façonnent l'appropriation (Halpern, Lascoumes, Le Galès, 2014)¹⁷².

Ainsi, l'histoire locale, en particulier d'une politique publique d'hygiénisme et des dispositifs de sport-santé mis en place au cours du XX^e et au début du XIX^e, marque la structure de la MSS selon un processus cumulatif.

¹⁷² Halpern, C. Lascoumes, P. Le Galès, P. (Dir.). (2014). *L'Instrumentation de l'action publique : Controverses, résistance, effets*. Presses de Sciences Po, pp.528, 2014, Académique. Concernant les contrats locaux de santé : Honta, M. Haschar-Noé, N. Salamero, E. (2018). L'État à l'épreuve de la régulation territoriale. La mise en négociations des contrats locaux de santé. *Négociations*. 2018/1 n° 29 pages 143 à 155. <https://doi.org/10.3917/neg.029.0143>

La configuration de la Maison sport-santé de Strasbourg repose également sur les interactions de ses acteurs. L'évolution du dispositif SSSO illustre ces transformations, car elle dépend de la configuration d'acteurs à partir desquels le dispositif s'est construit et institutionnalisé (Marsault, 2017).

La constitution en groupement d'intérêt public de la Maison sport-santé et sa mise en œuvre institutionnelle (assemblée générale, conseil d'administration, bureau, conseil scientifique, comité des usagers, président), qu'on appelle l'organisation formelle, influencent les relations entre les acteurs participant à son institutionnalisation.

Derrière la mise en œuvre de cette organisation formelle, se met en place une organisation informelle de la Maison sport-santé.

Il s'agit dès lors de comprendre l'intérêt des acteurs dans la structuration de la Maison sport-santé, leur rationalité, leurs positionnements et la dynamique de leurs alliances ou oppositions, interrogées également à l'aune de leur socialisation antérieure.

Certains acteurs occupent un rôle important de liaison entre différents types d'acteurs, ils sont dits « *entrepreneurs-frontières* » (Callon, 1986).

Alors que leur place est institutionnalisée au sein du comité des usagers, nous nous attacherons également à étudier l'intégration des bénéficiaires de la Maison sport-santé et des habitants. Il s'agira notamment d'interroger les conditions de mises en œuvre de la participation des usagers de la Maison sport-santé et les conflits qui peuvent exister entre deux expertises : l'expertise d'usage et l'expertise des institutions de la MSS.

B. Des hypothèses secondaires

L'hypothèse principale sera déclinée en hypothèses secondaires qui permettront d'interroger le terrain. Il s'agira d'abord de questionner le contexte de mise en œuvre de la Maison sport-santé de par des facteurs externes, notamment la labellisation nationale des Maisons sport-santé et à un contexte local historique en matière d'action publique de santé. Par ailleurs, nous questionnerons l'organisation informelle de la Maison sport-santé et l'intégration des bénéficiaires dans cette structuration.

1. L'émergence et la structure de la MSS, un effet de contexte

La structuration de la Maison sport-santé de Strasbourg est liée à des facteurs externes nationaux et locaux.

La stratégie nationale sport-santé et la labellisation « Maison sport-santé » interviennent en tant que normes extérieures et influencent l'organisation, le fonctionnement, et la structuration de la Maison sport-santé de Strasbourg. Ces normes agissent comme des « *technologies de gouvernement* » imposées (Dubuisson-Quellier, 2016). Le cahier des charges de la Maison sport-santé et le cadre qu'il impose, apparaît donc comme un outil de rationalisation de l'action publique et d'orientation des projets locaux de Maisons sport-santé. Néanmoins, des marges de liberté existent et permettent aux acteurs de concevoir leurs propres instruments de l'action publique.

L'émergence et la structure de la Maison sport-santé sont ainsi également liées à un contexte local, notamment historique, lié au développement de politiques publiques hygiénistes dans la Ville de Strasbourg depuis le XIX^e siècle. Ce développement est illustré par la mise en œuvre de l'aile médicale des Bains municipaux dès 1910. La Maison sport-santé de Strasbourg prend également place dans une action publique globale de santé développée par la ville à travers ses contrats locaux de santé, dont l'action publique de sport-santé fait partie.

Ainsi, nous faisons l'hypothèse que la Maison sport-santé de Strasbourg s'appuie sur un contexte historique et local fort.

2. L'organisation informelle de la Maison sport-santé influence sa structuration

Derrière l'organisation formelle de la Maison Sport-Santé, une organisation dite informelle, faite d'interrelations entre les acteurs, de compromis et de différends, existe. Aussi, nous considérerons l'action publique comme le produit des pratiques et des représentations des acteurs. L'institution apparaissant comme la rencontre dynamique entre ce qui est institué et les investissements des membres (Offerlé, Lagroye, 2010), selon le modèle de système d'action concret de Crozier et Friedberg (1977).

L'organisation informelle de la MSS est donc liée à un système de relations dont il s'agira de saisir les propriétés structurelles.

Dans la conception de la Maison Sport-Santé, les acteurs sont liés par des dépendances fortes et leurs interactions définissent ainsi leurs stratégies (Commaille, 2014). Nous étudierons ces interactions ainsi que le positionnement d'acteurs, dits entrepreneurs frontières, ayant le pouvoir d'influencer les politiques locales (Koebel, 2017). Nous faisons l'hypothèse que la mise en œuvre de la Maison sport-santé crée une opportunité pour ces entrepreneurs-frontières (Bergeron, Castel, Nouguez, 2013) pour se positionner dans l'action publique locale.

Nous chercherons à identifier les stratégies individuelles et collectives des acteurs, faisant de la configuration¹⁷³ de la MSS un espace où les acteurs souhaitent se positionner dans l'espace du sport-santé à Strasbourg. Nous mettrons ainsi en avant les logiques de mutualisation entre institutions et organisations ainsi que les réflexes défensifs entre elles (Illivi, Honta, 2019).

Nous questionnerons la rationalité des acteurs dans leur engagement au sein de l'action publique locale : peut-on parler de rationalité totale ou limitée des acteurs ? Les acteurs agissent-ils par stratégie et opportunisme ?

Nous considérerons également que les stratégies des acteurs dans l'action publique peuvent être dépendantes des socialisations antérieures qui peuvent les amener à approuver, contourner ou résister à des normes (Belorgey, 2012). La trajectoire des personnes dans le projet de Maison sport-santé sera considérée à l'aune de leurs trajectoires sociales (Fassin, 2008), permettant de dégager des traits collectifs entre les acteurs.

¹⁷³ Il s'agit d'appliquer ici le concept de configuration de Norbert Elias. Elias, N. (1981). *Qu'est-ce que la sociologie ?*, Paris, Pocket.

Enfin, comme la Maison Sport-Santé fait cohabiter dans sa conception de nombreux acteurs, la construction d'une typologie sera nécessaire. Cette première catégorisation que nous avons souhaité développer précédemment sera donc évolutive. Il conviendra de s'interroger sur la manière dont les acteurs eux-mêmes définissent l'objet du sport-santé et créent des catégories qui se traduisent par des mots, renvoient à des intérêts et trajectoires particulières. Nous faisons l'hypothèse qu'une typologie informelle des acteurs se déduit de cette analyse.

3. La Maison sport-santé, instrument de démocratie en sport-santé ?

Les politiques publiques de sport-santé décrivent l'intégration de la parole des usagers comme un objectif à atteindre. Ainsi, l'appel à projet national des MSS questionne les porteurs de projet sur la manière dont ils souhaitent intégrer la parole des usagers.

Au sein de sa convention constitutive, la Maison Sport-Santé de Strasbourg prévoit la mise en place d'un comité des usagers. Assiste-t-on à un processus de démocratie participative ? Peut-on comparer ce processus à celui de la démocratie sanitaire ? Comment se met en place cette instance ? Quelles sont les limites des dispositifs de recueil de la parole des usagers ?

Nous serons attentifs à l'étude des interactions entre les acteurs de la Maison Sport-Santé préalablement étudiés et les usagers-bénéficiaires. Nous étudierons si le processus d'intégration de la parole des usagers au sein de la Maison sport-santé illustre des interrelations entre les acteurs, la mise en place de compromis ou encore de stratégies collectives et individuelles. Face à la multiplication d'acteurs experts (professionnelle ou d'usage), comment s'hybrident les expertises de chacun ? Quels compromis sont réalisés dans cette action ? L'action de la MSS est-elle influencée par la parole des usagers ?

Nous verrons si les usagers – bénéficiaires de la Maison Sport-Santé mettent en place des stratégies spécifiques pour faire entendre leur voix dans la Maison Sport-Santé et si les conditions sont créées pour les associer aux décisions, constituant des processus de démocratie en sport-santé¹⁷⁴. Ainsi, notre analyse nous amènera à interroger les compétences spécifiques dont peuvent se prévaloir les bénéficiaires engagés au sein du comité des usagers ou désignés représentants de ce même comité.

¹⁷⁴ Nous qualifierons les processus d'intégration de la parole des usagers au sein de la Maison sport-santé de démocratie en sport-santé.

Par ailleurs, nous ferons l'hypothèse que l'institutionnalisation par les instruments de l'action publique peut avoir un effet de filtrage et d'exclusion de la participation des acteurs (Gaudin, 1999).

Aussi, les usagers qui s'impliquent dans la MSS ont des ressources spécifiques, des compétences ou un *habitus* (Bourdieu, 1980). Les usagers ne bénéficiant pas de ces ressources ne s'engageant, dès lors, pas dans le processus de la Maison Sport-Santé. Cette hypothèse nous permettra ainsi de déterminer si les usagers peuvent se définir comme acteurs, au sens d'actants, de la MSS de Strasbourg.

VI. Une méthodologie d'enquête qualitative en Convention Industrielle de Formation par la Recherche (CIFRe)

Afin de répondre aux hypothèses, nous avons fait le choix d'une méthode qualitative de recueil de données, qui s'appuie à la fois sur des entretiens, des analyses documentaires, une analyse d'archives et des observations participantes. En thèse en Convention industrielle de formation par la recherche (CIFRe) avec la Ville et l'Eurométropole de Strasbourg, au cœur d'un objet en train de se construire, notre position de chercheur engagé a fait toutefois l'objet d'une mise à distance afin d'éviter certains biais dans l'enquête.

A. Le choix d'une méthode qualitative

Organisation en devenir, la Maison sport-santé n'existe pas matériellement au moment de l'enquête.¹⁷⁵ Il s'agit donc d'une enquête exploratoire d'un phénomène social émergent, auprès des acteurs qui la construisent. Un certain nombre de textes, rapports, préconisations existent néanmoins et encadrent le projet de MSSS. Seule une méthode qualitative, attentive aux pratiques, discours et représentations des acteurs, permet alors d'obtenir un maximum d'informations (Alami, Desjeux, Garabua-Moussaoui, 2019). Parmi les objectifs de cet usage méthodologique, il s'agit de faire apparaître le jeu des acteurs, ses ambivalences, les relations de pouvoir ou de coopération entre les acteurs, etc.

Si ces éléments peuvent être définis comme marginaux au niveau quantitatif, ils sont pour le moins importants en terme qualitatif. Il s'agit en somme de rendre familier ce qui peut nous paraître étrange, grâce au recueil de données et à leur interprétation sociologique.

Cette démarche qualitative nous invite donc à nous ancrer dans le système d'action (familial, amical, professionnel) dans lequel les acteurs sont engagés (Alami, Desjeux, Garabua-Moussaoui, 2019). Elle nous permet ainsi d'étudier les acteurs en interactions, dans un système d'actions concret (Crozier et Friedberg, 1977). Elle se rapproche d'une approche socio-ethnographique en laissant au terrain la possibilité de s'exprimer, la réflexion de recherche se construisant ainsi et évoluant tout au long du travail de recherche (Bordes, 2015).

¹⁷⁵ En effet, la thèse a été effectuée en CIFRe à partir d'avril 2019 pour une durée de 4 ans en CIFRe au sein de la Ville et l'Eurométropole de Strasbourg. Dès janvier 2019, la Maison sport-santé de Strasbourg entre en préfiguration par les services de la Ville de Strasbourg. Elle est dotée de son autonomie juridique au 1^{er} janvier 2021.

La recherche achevée est ainsi différente de la recherche commencée et soumise également à l'évolution de notre posture de chercheur.

Aussi, la démarche empirique permet de s'ajuster progressivement à la réalité du terrain et à ses résistances (Blumer, 1969. Strauss, 1992).

B. Différents outils d'une méthode qualitative de recherche

Le choix de la méthode qualitative repose sur la nécessité d'explorer les structures en train de s'élaborer et d'aller à la rencontre des acteurs de la Maison sport-santé de Strasbourg. Plusieurs méthodes qualitatives ont été développées en ce sens.

1. Analyse documentaire

Notre position au sein du service santé et autonomie de la Ville de Strasbourg et de la structuration du groupement d'intérêt public nous permet d'obtenir et d'analyser de nombreuses ressources documentaires portées à la fois par la ville, mais également par les membres fondateurs, partenaires associés et par d'autres institutions ou acteurs (rapports, textes de cadrage politique, archives et documents historiques).

Les documents qui font l'objet d'une analyse sont décrits ci-dessous (*encadré 11*).

Encadré 11 - Recensement des documents utilisés pour l'analyse documentaire

Rapports d'activité : dispositif PRECCOSS – 2015-2022 ; Dispositif sport-santé sur ordonnance – 2012 – 2022

Mémoires d'étudiants de Master 2 au service santé et autonomie

Bilans financiers : destinés à l'ARS, au Conseil départemental¹⁷⁶, au Régime local, etc.

Contrat local de santé 1 et 2 ainsi que son évaluation finale

¹⁷⁶ Le Département du Bas-Rhin a fusionné avec le Département du Bas-Rhin pour donner naissance à la Collectivité Européenne d'Alsace (CEA), le 1^{er} janvier 2021. Nous parlerons dans notre travail indistinctement de CEA et du département du Bas-Rhin, pour désigner la même entité.

Comptes-rendus et notes de réunions : réseau des Villes-Santé de l'OMS, réunions avec les membres du GIP et partenaires, réunion de département du service santé et autonomie (2019 – 2020), réunion du service santé et autonomie (2019 – 2022), séminaires d'équipes de la Maison sport-santé, séminaires de l'équipe sport-santé sur ordonnance, séminaires de l'équipe PRECCOSS, etc.

Comptes-rendus des rencontres des ateliers RTT (année 2021)

Notes techniques : projet immobilier, projet en matière de ressources humaines, etc.

Échanges mails : internes à la Ville de Strasbourg, avec l' élu en charge de la santé, avec les membres fondateurs/partenaires du GIP, avec les associations partenaires, etc.

Agenda Outlook des agents liés au projet MSS depuis 2017

Presse écrite sur les Maison sport-santé en France et à Strasbourg : articles des Dernières nouvelles d'Alsace, articles du magazine de la Ville de Strasbourg, articles sur l'ouverture de sport-santé au Covid à Strasbourg, etc.

Délibérations, interpellations, du conseil municipal de la Ville de Strasbourg et du conseil de l'Eurométropole de Strasbourg.

Notes politiques : projet immobilier, choix du mode de gestion du GIP, adhésion de l'Eurométropole au GIP, etc.

2. L'étude des archives de la Ville et l'Eurométropole de Strasbourg sur les Bains municipaux

L'étude des archives de la Ville et l'Eurométropole de Strasbourg sur les Bains municipaux a permis d'alimenter une analyse historique de l'action hygiéniste de la Ville de Strasbourg, son rapport avec l'eau, l'action menée au sein de l'aile médicale de ces bains. Elle a été menée en 2020 à partir d'une recherche sur les bains municipaux en Alsace.

3. Les entretiens semi-directifs

L'étude d'un dispositif en cours de création permet d'analyser la manière singulière dont les acteurs se positionnent et clarifient peu à peu leurs orientations en fonction d'un contexte institutionnel qui donne sens.

Les entretiens menés dans le cadre de cette recherche doctorale permettent de reconstruire des pratiques et interactions sociales, mais également la stratégie des acteurs de la Maison sport-santé de Strasbourg.

La richesse de ces entretiens offre la possibilité de saisir la diversité des pratiques et leur signification sociale et de s'arrêter ainsi lorsqu'il y a une certaine « *saturation des données* » ou encore une redondance dans les réponses (Glaser, Strauss, 2010).

Préalablement à l'écriture de la grille d'entretien, nous avons défini à partir de nos hypothèses de recherche des indicateurs recherchés. Ces indicateurs ont donc pour objectif de répondre aux hypothèses de recherche (*annexe 12*). Nous avons tenu à prendre en considération les dimensions essentielles de l'identité sociale des acteurs : groupe professionnel, classe sociale, famille, etc., considérant ainsi qu'un individu n'intervient pas seulement dans le projet de Maison sport-santé au regard de son engagement professionnel, mais bien aussi vis-à-vis de son origine sociale, sa famille, etc.

L'identification de ces indicateurs nous a permis de définir plusieurs thématiques que nous souhaitions aborder avec les acteurs, déterminées à partir de la contextualisation de notre terrain d'étude et de la construction de notre objet, exprimées à travers des questions. Les questions ont été regroupées sous des items thématiques et ont voulu saisir les perceptions et expériences des acteurs en leur demandant de se positionner à titre personnel.

La réalisation de trois grilles d'entretien a permis d'adapter nos questions aux acteurs interrogés. Une grille a été créée spécifiquement pour les bénéficiaires – usagers de la Maison sport-santé, centrée principalement sur leur implication dans le projet et leur vision de la démocratie en santé au sein de la MSS. Une seconde dédiée aux agents travaillant sur le projet de Maison sport-santé et ayant notamment vocation à rejoindre la structure juridique GIP Maison sport-santé de Strasbourg. Enfin, une grille dédiée aux membres fondateurs et partenaires du groupement d'intérêt public (GIP) ainsi qu'aux institutions partenaires.

Suite aux trois premiers entretiens, nous avons modifié la grille de manière à élargir le sens des questions, pour s'adapter notamment aux personnes éloignées de la Maison sport-santé. Nous avons ensuite pu réaliser nos entretiens avec ces grilles finalisées.

L'échantillon

Afin de procéder à la sélection d'un échantillon d'acteurs interviewés, nous avons réalisé une première liste d'acteurs proches ou lointains de la Maison sport-santé de Strasbourg. À partir de cette liste de plus de 90 personnes, nous avons procédé à la sélection des personnes interrogées en tenant compte de l'analyse de Belorgey (2012), selon lequel il y a quatre niveaux d'étude de l'action publique. Le premier est constitué par les administrés, le public visé, les bénéficiaires d'une politique publique. Au second niveau, ce sont les acteurs publics de premier rang, qui exécutent l'action publique. Les acteurs de troisième niveau sont les acteurs intermédiaires, de la conception. Et enfin, les derniers acteurs sont les auteurs des normes. Nous avons ainsi distingué les acteurs de la Maison sport-santé selon ces niveaux :

- Des acteurs de premier niveau : les bénéficiaires des dispositifs actuels (SSSO – familles de bénéficiaires de PRECCOSS)

- Impliqués dans le projet de comité des usagers :

Le recrutement de bénéficiaires participant à la préfiguration du comité des usagers de la Maison sport-santé a été réalisé sur la base d'un fichier communiqué par les éducateurs des dispositifs sport-santé sur ordonnance et PRECCOSS, début 2020. Par ailleurs, la préfiguration du comité des usagers, début 2020, a permis de réaliser des réunions collectives de ce groupe de préfiguration et a pu permettre d'aborder différentes questions de recherche.

- Non impliqués dans le projet de comité des usagers, mais membres ou familles de membres des dispositifs :

Le recrutement de ces bénéficiaires a été réalisé sur la base d'un fichier communiqué par les éducateurs des dispositifs sport-santé sur ordonnance et PRECCOSS, début 2020.

À partir de ces éléments et sur la base des statistiques de la Ville de Strasbourg, faisant état de 2 200 personnes incluses dans le dispositif de sport-santé sur ordonnance depuis le lancement en octobre 2012 et 645 bénéficiaires actuellement actifs, dont 70% de femmes, soit 452, nous avons construit notre échantillon de 8 entretiens « bénéficiaires ».

Ces bénéficiaires ont été choisis comme enquêtés du fait de la diversité de leur lieu d'habitation, de leur engagement respectif dans le dispositif sport-santé sur ordonnance ou PRECCOSS, de la diversité de leur âge et durée de participation dans le parcours, ainsi que du fait de leur genre afin d'assurer une représentativité des bénéficiaires des dispositifs.

- Des acteurs de deuxième niveau : des professionnels de la Maison sport-santé qui participent à son application : éducateurs sportifs, infirmière, diététicienne, etc., mais aussi des associations sportives partenaires. Ils représentent la diversité des corps de métiers intégrés dans la Maison sport-santé, ainsi que la diversité des publics accueillis (enfants et adultes).
- Des acteurs de 3^e niveau : qui participent à la conception de la Maison sport-santé : directeur du GIP Maison sport-santé, chef de service santé et autonomie, etc.
- Des acteurs auteurs des normes et impliqués dans les instances du GIP : membres fondateurs, partenaires, président du GIP, vice-présidents, président du conseil scientifique, etc., ainsi que deux représentants des usagers désignés pour siéger dans les instances du GIP au nom du comité des usagers du GIP MSS. Nous avons souhaité que les entretiens soient représentatifs de la diversité des institutions inscrites dans la dynamique du groupement d'intérêt public : associations sportives, établissements hospitaliers, mutuelles, université, etc.
- Nous avons également identifié des partenaires non impliqués dans le projet de Maison sport-santé mais pouvant avoir une influence sur le projet : comité Fritz Beblo, agents de la politique publique « Territoire de santé de demain »¹⁷⁷, etc.

À partir de l'ensemble de ces critères, nous avons effectué notre échantillon d'entretiens, lequel compte 54 acteurs du projet de Maison sport-santé. Les entretiens ont été réalisés à partir de décembre 2020 (*annexe 13*). Aussi, lorsque nous citons les entretiens par la suite de notre travail, il convient de prendre en considération le fait que les personnes sont citées en fonction de leurs fonctions au moment de l'entretien. Par exemple, le directeur de la Maison sport-santé sera également chef du service santé ou bien encore préfigurateur de la Maison sport-santé.

¹⁷⁷ « Territoire de santé de demain » est une action menée par l'Eurométropole de Strasbourg et financée par la Caisse des dépôts et consignations. Elle porte notamment des actions liées à l'aménagement intérieur de la Maison sport-santé, un programme de prévention primaire ainsi qu'un programme d'évaluation économique des programmes de la Maison sport-santé.

Au cours des entretiens, nous avons demandé aux enquêtés quelles personnes auraient-ils interviewées dans le cadre de notre travail de recherche. Ces acteurs avaient cependant déjà été contactés ou n'entraient pas dans notre champ d'étude.

Ces entretiens n'ont pas fait l'objet d'une rémunération monétaire. Ils ont cependant été enregistrés, sur accord des personnes interviewées. Certains entretiens ont nécessité une prise de note parallèle afin de pouvoir réagir et relancer sur les questions d'entretiens. Les contenus des entretiens ont fait l'objet d'une analyse transversale thématique, qui grâce aux thématiques communes de la grille ont permis une classification des données.

Encadré 12 – Des difficultés d'anonymisation du terrain d'études

« Dès lors qu'on veut restituer un cas individuel dans toute sa logique, on risque de le rendre reconnaissable par des lecteurs extérieurs » (Béliard, Eideliman, 2008).

Il est complexe dans ce travail de recherche, du fait de l'étude d'une monographie de l'action publique, d'arriver à assurer la confidentialité des acteurs ainsi que l'anonymat des échanges.

Pourtant, envisager cette anonymisation est nécessaire au regard de l'engagement des acteurs dans un contexte personnel et professionnel, mais également au regard des conflits relationnels qui peuvent intervenir (Lutrat, 2022). Pour les acteurs de cette monographie, l'évocation de conflits, de critiques, peut révéler l'identité de la personne.

Or, il n'est pas dans l'intérêt de la recherche non plus de ne pas aborder ces conflits, lesquels sont constitutifs de l'action publique locale et ont tout intérêt à être étudiés. Mais toute critique de l'instrument de l'action publique ou de certains de ces acteurs exige un traitement précis de l'anonymat¹⁷⁸.

Dès lors, tout en voulant garder l'anonymat des acteurs, mais en s'attachant à les situer quant à leur provenance institutionnelle, professionnelle, ou considérant leur engagement dans la Maison sport-santé, notre choix s'est porté sur la qualification des acteurs de la Maison sport-santé par leurs rôles au sein de l'instrument ou en lien avec l'instrument. Les retranscriptions des entretiens ont donc été modifiées afin que lorsque les acteurs citent d'autres acteurs, les entretiens perpétuent l'anonymat de la recherche.

¹⁷⁸ Floriane Lutrat (2022) cite ainsi : cela « montre bien que les questions d'anonymisation se posent avec une acuité différente selon que l'on s'autorise ou non à être critique, à dévoiler des secrets, à dénoncer certaines pratiques ou certains fonctionnements des institutions » (Béliard & Eideliman, 2008).

4. Observation participante

L'observation participante révèle des éléments non écrits et non-dits mais observables. Aussi, en acquérant progressivement l'*habitus* du milieu étudié, l'enquêteur a accès à une compréhension plus riche de ce milieu (Wacquant, 2002). L'observation permet ainsi de voir l'écart existant entre les règles et leur mise en pratique, voire l'aménagement de la règle, son interprétation (Lascoumes, Le Galès, 2012).

En thèse CIFRe, intégrée au sein de la collectivité « Ville et Eurométropole de Strasbourg », nous avons pu participer avec le chef de service santé et autonomie, devenu par la suite préfigurateur de la Maison sport-santé, à des réunions dans lesquelles nous avons porté le rôle de chargée d'études – Maison sport-santé de Strasbourg.

Un agenda rétrospectif des événements de la Maison sport-santé a permis d'appréhender ces observations participantes dans un ensemble et d'envisager ainsi une mise en perspective sur la stratégie des acteurs dans le cadre de ce projet, depuis les années 2010. Cette observation à travers des réunions internes et externes à la collectivité, des activités des dispositions SSSO et PRECCOSS, des entretiens bilatéraux avec les partenaires et membres fondateurs du GIP, nous a permis d'identifier des débats importants, mais également des comportements individuels et collectifs. Parallèlement, la démarche dite de design actif (*design thinking* en anglais), menée avec les bénéficiaires, a induit l'observation des usages collectifs des acteurs et leurs comportements dans la structuration du projet de Maison sport-santé¹⁷⁹. De plus, notre intégration au sein de réunions nationales du réseau des Villes-Santé de l'Organisation mondiale de la Santé ou encore d'écriture du cahier des charges des Maisons sport-santé et de réunion des premières Maisons sport-santé nous a permis d'assister à des échanges entre les représentants de la Maison sport-santé de Strasbourg et leurs partenaires nationaux.

Ces observations participantes ont donné lieu à des prises de notes à travers des relevés ethnographiques numériques. Ces relevés nous ont donné l'occasion de noter différents éléments comme : les présences des acteurs aux différents temps d'observation, la date de ces rencontres, les interactions et prises de paroles des acteurs, les réactions physiques et tons employés par les acteurs, la disposition spatiale de ces échanges, etc.

¹⁷⁹ Une démarche de design actif menée avec une entreprise a permis de réunir entre le printemps 2021 et avril 2022 les acteurs de la Maison sport-santé autour de la structuration du projet. Plusieurs temps de rencontres ont favorisé l'observation des acteurs en interactions.

Face à cette position d'enquête intégrée au sein de la ville et l'Eurométropole de Strasbourg, engagée au cœur d'une action publique, il a été nécessaire d'effectuer une mise à distance vis-à-vis de la position de chercheur et du sujet étudié.

VII. Une position de recherche au cœur d'une action publique en train de se construire : entre engagement et distanciation

La prospection dans l'enquête qualitative dépend de la position occupée par le chercheur (Alami, Desjeux, Garabua-Moussaoui, 2019). L'idéal positiviste d'un observateur neutre raisonnant sur des échantillons parfaitement représentatifs est impossible (Burawoy, 1998). Ainsi, la thèse en Convention industrielle de formation par la recherche (CIFRe) peut être qualifiée comme une recherche interventionnelle, à la croisée entre les mondes académiques et l'action publique (Renault-Tinacci, 2020). Cette posture demande donc une objectivation du chercheur, qui fait parfois l'objet d'un double statut.

A. De l'idéal de neutralité du chercheur à l'impact du chercheur sur son terrain d'études

Certains auteurs considèrent que pour produire de la connaissance, il faut faire preuve d'un sens objectif qui permette de considérer la connaissance sans connaisseur (Popper, 1963). Pourtant, le rapport du chercheur au terrain ne semble pas pouvoir satisfaire cet idéal de neutralité.

1. L'idéal de neutralité du chercheur

Le contexte de recherche a une place importante dans le recueil de données et la compréhension du terrain. L'enquêteur, son parcours, sa position, sa trajectoire sociale, sont autant de déterminants qui peuvent entrer en considération lors de l'observance et l'interprétation des résultats sur le terrain de l'enquête (Mauger, 1991, Bourgois, 2001).

L'enquêteur est également animé de valeurs, ainsi « une portion seulement de la réalité singulière prend de l'intérêt et de la signification à nos yeux, parce que seule cette portion est en rapport avec les idées de valeurs culturelles avec lesquelles nous abordons la réalité concrète » (Weber, 1965). L'idéal positiviste d'un observateur neutre raisonnant sur des échantillons parfaitement représentatifs est donc impossible (Burawoy, 1998). Il est, dès lors, nécessaire d'adopter une posture réflexive avec son terrain.

Le contrat de thèse CIFRe, où le doctorant fait l'objet d'un financement de recherche pendant trois ans par une collectivité ou entreprise qui l'emploie, fait l'objet de questionnements (*illustration 6*). Employée pour son travail de recherche au sein de la Ville et l'Eurométropole de Strasbourg, nous avons souhaité questionner cette place des doctorants CIFRe.

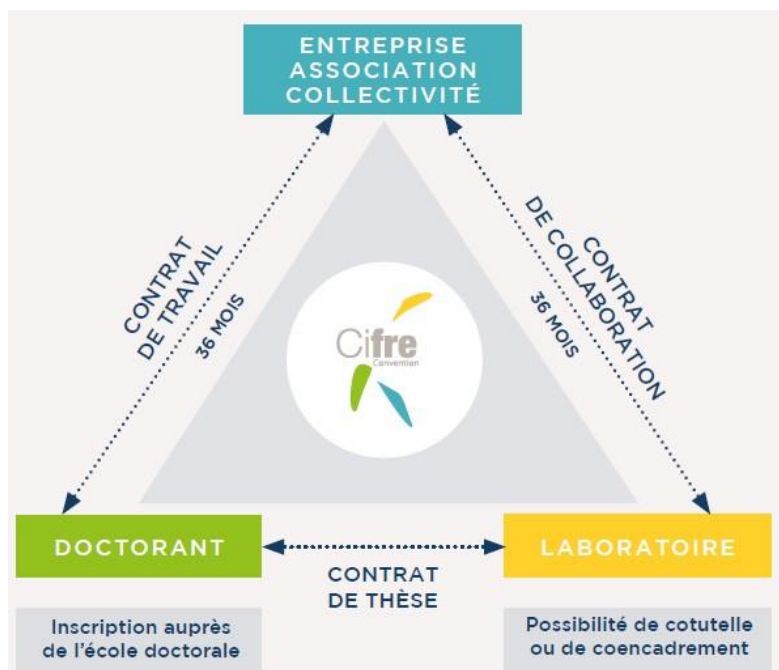


*Illustration 6 - Écosystème d'une thèse CIFRe*¹⁸⁰

2. L'impact du chercheur en recherche-action sur un objet en construction

Notre situation de recherche était d'autant plus particulière qu'effectuée sur un objet en construction. En effet, la thèse CIFRe (convention industrielle de formation et de recherche) a été réalisée en qualité de chargée d'études au sein de la Ville et l'Eurométropole de Strasbourg, au service santé et autonomie de la Direction Santé, Solidarités, Jeunesse. Le tuteur d'entreprise étant chef de service, puis préfigurateur de la Maison sport-santé, nous avons pu participer entièrement de 2019 à 2023 à la réalisation et conception de la Maison sport-santé.

Nous avons ainsi pu, par nos interventions, nous investir dans la définition du projet de Maison sport-santé : animation de rencontres scientifiques (préfiguration du conseil scientifique, co-animation de la préfiguration du comité des usagers, participation aux rencontres avec les usagers représentants, etc.).

¹⁸⁰ Site internet : <https://www.anrt.asso.fr>

Si le choix d'un GIP était arrêté lorsque nous sommes arrivées sur le terrain de recherche, ce dernier n'était pas pour autant créé. Le chef de service nous implique alors dans différentes étapes de sa création. Il nous demande de représenter la structure auprès des membres fondateurs du GIP et nous invite ainsi à une double posture : celle de l'observation, mais également de la représentation de la structure (*illustration 7*).



Illustration 7 - Le doctorant dans une posture de professionnel, Assises européennes du sport-santé.¹⁸¹

Dans l'organigramme, nous apparaissions rapidement comme « pôle recherche et formation », illustrant ces fonctions dans la structure (*illustration 36*).

Notre sujet portant également sur la question du comité des usagers, le chef de service nous missionne pour être le contact direct avec les représentants des usagers afin d'encourager la structuration du comité des usagers. Quotidiennement, nous devons alors jongler entre les deux rôles d'un doctorant CIFRe : celui de la représentation de la structure et de la recherche.

Une confusion importante est menée entre le sujet de recherche et la fonction au sein de la structure. Comment élaborer au quotidien la possibilité de la recherche-action ? Comment adopter un regard réflexif sur un terrain contraint à l'observation participante (Bogdan, Taylor, 1975) ? (*Illustration 8*).

¹⁸¹ Photo des assises du sport-santé publiée sur la page Facebook de la Maison sport-santé de Strasbourg, le 10 octobre 2022, par Antoine Poinot.

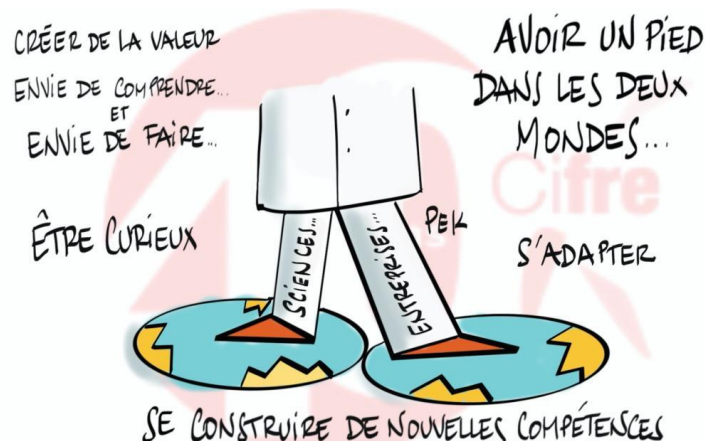


Illustration 8 - Le dispositif CIFRe selon PEK¹⁸²

Il nous paraît rapidement nécessaire d'objectiver notre rapport au terrain et notre position de recherche.

Encadré 13 - Une position de tiers-médiateur de l'action publique ?

L'engagement du directeur de thèse dans le projet de Maison sport-santé, désigné représentant officiel de l'Université de Strasbourg au sein du projet Maison sport-santé a amené à interroger son rôle dans ce projet. Nous avons pu, au cours de la recherche, tenir un rôle de tiers médiateur entre le monde académique et le monde de l'action publique, jouant parfois un rôle de traduction quant à la mise en œuvre du GIP MSS ou la mise en œuvre de son sujet de recherche, négocié (Renault-Tinacci, 2020).

Nous avons pu ressentir au cours de la thèse être l'incarnation dans l'institution du monde de la recherche pour la collectivité (Berthelot, 2006. Foli, Dulaurans, 2013) et être pour le monde académique la possibilité de voir son travail de recherche détourné par l'employeur (Morillon, Gardere, 2009). Cette posture illustre la négociation continue qui peut exister entre le monde académique et le monde de la collectivité, qui ne se comprennent pas toujours.

Les finalités du travail de thèse peuvent donc être perçues de manières différentes. La thèse peut revêtir pour l'employeur une fonction instrumentale voire utilitaire, de communication ou de développement. Si le travail de recherche a fait l'objet d'une valorisation comme étant l'illustration du partenariat de recherche entre le GIP et l'Université de Strasbourg, nous n'avons pas bénéficié d'une attention particulière de la collectivité sur le suivi de notre travail de recherche.

¹⁸² Site internet : <https://www.anrt.asso.fr/>

Mathilde Renault-Tinacci (2020) parle ainsi d'une reconnaissance paradoxale : entre légitimation des connaissances à des fins de communication politique et manque d'influence et d'écoute.

B. Une nécessaire prise de distance avec son terrain d'études

Être en thèse CIFRE nécessite d'être conscient de sa position vis-à-vis de son terrain d'études. Pour certains doctorants, il existe en thèse CIFRE un rapport de subordination avec l'entreprise de rattachement (Perrin-Joly, 2010). Afin de réaliser ce travail scientifique, il a fallu objectiver cette position. Bourdieu (1967) appelle cela une objectivation participante : objectiver son rapport subjectif à l'objet pour réunir les conditions de l'objectivité scientifique.

Cette notion a déjà été étudiée par plusieurs doctorants en CIFRE, dont Elodie Wipf (2021), et fait écho aux notions amenées par Norbert Elias (1993) - engagement et distanciation – en étant à la fois acteur – être dans l'action – et observateur – analyse de l'action. Il s'agit donc de maintenir un engagement suffisant tout en préservant un regard distancié. Elodie Wipf cite ainsi Greimas et Courtés (1986) puis Latour (2001) : sur la notion d'être actant situé – participer à l'élaboration d'une politique publique et à une enquête ethnographique.

Pour nous, il s'agira de suivre les conseils de Bernard Lahire en commençant ainsi par s'objectiver soi-même sur son terrain d'étude pour contrôler les effets de sa propre position dans le rapport à l'objet¹⁸³.

Il est donc nécessaire de maintenir « *la bonne distance du rôle* » (Goffman, 1991). Quand le rapport au terrain est trop grand, il faut savoir le quitter temporairement, avoir des moments de recul pour « *remettre au clair ses conceptions de soi et ses relations de rôle* » (Gaglio, 2008). Il s'agit donc de participer aux activités du groupe tout en gardant une distance académique (Dulaurans, 2012).

¹⁸³ Lahire, B. (2002). Objectivation sociologique, critique sociale et disqualification, *Mouvements*, 2002/5 n°24, pp.46-52. <https://doi.org/10.3917/mouv.024.0046> « (...) *L'objectivation n'est pas une arme critique dont on doit principalement se servir contre ses adversaires ou ses ennemis. Et l'on pourrait dire ainsi qu'objectivation bien ordonnée commence toujours par soi-même, car elle doit s'appliquer d'abord à soi afin de contrôler les effets de sa propre position dans le rapport que l'on entretient à l'objet.* ».

1. Questionner le choix de son sujet de recherche

Cette prise de distance nous a d'abord amené à questionner le choix du sujet de thèse. Ce dernier a été évalué de par son innovation, mais également en lien avec l'élú en charge de la santé et le chef de service santé et autonomie. Cependant, si la demande du commanditaire portait sur la Maison sport-santé, celle-ci était peu formalisée et laissait une grande marge de manœuvre sur la question de recherche et la méthodologie souhaitée. Par ailleurs, des relations facilitées avec les acteurs de la Ville de Strasbourg ont joué sur la construction du cadre de la recherche, de l'accès au terrain, des matériaux recueillis.

Le montage du projet de thèse et le lien hiérarchique avec le préfigurateur de la Maison sport-santé et l'élú en charge de la santé, dont le projet est lié à l'engagement personnel et professionnel, auraient pu nuire à la liberté et l'autonomie de la recherche (Perrin-Joly, 2010). En effet, à plusieurs reprises, nous avons dû rappeler que les hypothèses de travail de la thèse ne pouvaient être réfléchies sans faire état de la question de l'activité physique de santé en France et devaient faire l'objet d'une réflexion théorique pas uniquement liée aux enjeux du projet de Maison sport-santé. Nous avons notamment pu percevoir une demande importante de travailler sur la notion de l'intégration des bénéficiaires dans le projet Maison sport-santé et sur le patient-expert.

Effectuant une recherche sur un sujet d'intérêt politique porté par la collectivité dans laquelle nous nous trouvions, nous avons pu à plusieurs reprises faire l'objet d'une mise en avant : notre sujet permettant ainsi d'illustrer un intérêt important de la collectivité territoriale en matière tant de recherche que de sport-santé. Notre sujet a souvent illustré le partenariat entre l'Université de Strasbourg et la Maison sport-santé lors des réunions partenariales du GIP. Ces exemples ont pu se traduire par des souhaits de réorientation du projet de recherche par ces intermédiaires, voulant qu'il réponde à des enjeux affichés du projet politique comme la démocratie participative.

Pour certains doctorants, ce lien de subordination a entraîné des ajustements dans la recherche (Foli, Dulaurans, 2013). Cependant, au cours de la recherche, nous avons ainsi veillé à garder une distance avec toute réorientation possible de nos travaux. Cette distance s'est notamment traduite par le vœu de ne pas présenter nos travaux de manière intermédiaire aux équipes de la Maison sport-santé.

En effet, certains doctorants CIFRe (Lelubre, 2013) affirment que l'administration même de la CIFRe et les échanges réciproques entre les parties de la thèse que cela implique peuvent avoir un jeu d'influence réciproque : la communication de premiers résultats peut modifier les politiques publiques, le chercheur adoptant un rôle de *policy broker* (Bergeron, Surel, Valluy, 1998). Afin d'écarter ces biais méthodologiques, nos travaux n'ont pas été discutés pendant le temps de la recherche.

Enfin, le calendrier de thèse a également été discuté. Le temps long de la recherche n'est souvent pas le temps court souhaité par les élus et agents de la collectivité, pouvant inciter à une pression à avoir des résultats. (Foli, Dulaurans, 2013). Notre travail de recherche n'a cependant pas fait l'objet d'adaptations temporelles dû aux exigences de la collectivité.

2. Questionner son rapport antérieur à son terrain de recherche

Un sujet de recherche n'est jamais choisi par hasard, puisque le chercheur a un projet de connaissance et pas seulement un objet à connaître (Le Moigne, 1994). Le processus de recherche implique inévitablement un engagement personnel. En effet, le chercheur reste un sujet social indissociable de ses propres contextes et porteur de valeurs et de finalités à l'origine de ses travaux (Gephart, 1988).

En 2018, en Master 2 dédié aux collectivités territoriales, nous avons souhaité réaliser un stage au cabinet du Maire de la Ville de Strasbourg, auprès du collaborateur chargé des thématiques de sport et de santé. C'est lors de ce stage que nous avons voulu poursuivre nos études en Master 2 sur l'aménagement sportif du territoire. Pratiquant le sport depuis le plus jeune âge, nous sommes convaincues depuis de nombreuses années de son bienfait pour le corps et l'esprit.

Ces expériences nous ont amené à connaître la collectivité territoriale - Ville de Strasbourg - et à entrer en lien avec l' élu en charge de la santé et les services de la ville. Notre mémoire de Master 2 « *Aménagement sportif du territoire* » nous a également amené à interviewer des acteurs recroisés au cours de notre thèse. C'est donc naturellement que le choix d'une thèse CIFRe au sein de la Ville de Strasbourg nous a amené à recontacter l'adjoint en charge de la santé pour décider de ce projet.

Nous avons donc souhaité analyser nos rapports avec les personnes interrogées à ce moment.

Les discours étant situés, il nous semblait important de contextualiser : quand les avons-nous rencontrés, dans quelles circonstances, etc., afin de faire une analyse de nos rapports avec les personnes interrogées. Nous avons rencontré la plupart des acteurs lors d'échanges collectifs pour l'écriture de la convention constitutive du groupement d'intérêt public Maison sport-santé et bilatéraux pour la définition de leurs collaborations (*annexe 14*).

C. Prendre conscience du jeu des acteurs et du chercheur face à la double identité de la recherche

L'ancrage professionnel double en thèse CIFRe, appelé dans notre développement « *double casquette* » (Wipf, 2012) ou « *double identité* » (Weber, 1971), permet de jouer sur deux identités. Belorgey (2012) note ainsi qu'endosser différents rôles permet de jouer des rôles sociaux distincts et rend destinataire d'informations différentes attachées à la tenue de ces rôles.

Cette double légitimité, de chercheur et d'agent public, décrite par Weber (1971) comme une légitimité institutionnelle, permet de jouer selon les contextes sur cette double identité. Dès le début de notre travail au sein de la Ville et l'Eurométropole de Strasbourg, nous avons tenu à nous imprégner du projet Maison sport-santé mais également à être perçue comme familière des enjeux du service santé et autonomie ainsi que des missions des autres chargés de projet pour ne pas apparaître comme un danger, ou une simple observatrice (Bordes, 2015).

Cette présence longue sur le terrain d'étude a permis de faire émerger des interrogations, mais également de développer des interactions nouvelles et parfois cachées dans le terrain d'étude. Il nous est en effet arrivé de jouer de ces deux casquettes, nous présentant tantôt en tant que doctorante et tantôt en tant qu'agent public, afin de faire face à moins de réticence sur notre statut. L'illustration de notre signature mail le montre (*illustration 9*).

Pauline BLANC
Chargée d'études – Maison du Sport Santé
Service Santé et Autonomie
.....
Ville et Eurométropole de Strasbourg
Direction Solidarités, Santé et Jeunesse ·
Service Santé et Autonomie
1 parc de l'Étoile 67076 Strasbourg Cedex
.....
Téléphone : +33 (0)3 68 98 69 77
Poste : 86 977
.....
   

Illustration 9 - Signature du mail professionnel de la doctorante (Blanc, P).

La proximité culturelle avec les personnes interrogées, actrices de la Maison sport-santé, peut faciliter l'accès au terrain, à une meilleure ouverture de soi des enquêtés et permettre une meilleure appréhension, affinée, de ses enjeux, mais nécessite également une mise à distance et une objectivation quant à nos relations avec les enquêtés (Schwartz, 1993).

Les enquêtés ont donc pu adopter plusieurs stratégies (Renault-Tinacci, 2020) : effet d'héroïsme situationnel (se faire bien voir par l'enquêtrice), plaidoyer (pour la cause), méfiance (risque de détournement). Si le statut de doctorante a pu effrayer certains acteurs, pour d'autres il a été un point d'accroche essentiel dans la recherche pour accéder à une certaine légitimité et donc pour susciter de l'intérêt auprès d'acteurs.

Pour certains, le statut d'agent de la collectivité a été l'occasion de montrer leur intérêt pour le projet de MSS. Pour d'autres, cette position de chercheur-collègue et l'impression d'une enquête qui pourrait mettre les professionnels dans une situation difficile peuvent être bloquantes (Alami, Desjeux, Garabua-Moussaoui, 2019). Avant chaque entretien, il s'agissait ainsi de rappeler aux enquêtés notre posture particulière et notre position critique vis-à-vis de la Maison sport-santé tout en leur rappelant notre exigence d'anonymisation de leurs propos.

La nécessité du développement d'un outil simple de suivi des entretiens, et de la passation des entretiens, a été rapidement ressentie. Il s'agissait ainsi de noter nos ressentis : comment a été négocié l'entretien ? De quelle manière sommes-nous perçus lors de celui-ci ? Les enquêtés cherchent-ils à nous faire passer un message – une doléance ? (*annexe 15*).

Si cette situation d'assimilation au statut des agents du GIP a pu être facilitante pour accéder à certaines données de terrain, elle s'est également révélée bloquante. En effet, nous avons ainsi vécu une évolution de la position de recherche au cours de la thèse.

En septembre 2020, alors que le préfigurateur du GIP avait été recruté et n'était donc plus chef du service santé et autonomie, nous avons pu ressentir une mise à l'écart du service du fait de la création du groupement d'intérêt public Maison sport-santé. Les chargés de projet du service santé et autonomie nous interpellant ainsi en nous liant au projet de Maison sport-santé et le nouveau chef de service nous informant dorénavant que nous ne ferions plus partie des réunions de département, auxquelles nous étions jusqu'à présent conviée et intégrée.

Cette mise à distance a été un moyen pour le service et le nouveau chef de service de mettre au clair la séparation entre la Maison sport-santé et le service santé et autonomie de la Ville de Strasbourg. Les liens que j'avais pu avoir auparavant avec les chargés de projet santé sur différentes thématiques et avec les secrétaires se sont stoppés à partir de septembre. L'utilisation d'expressions, comme « en interne », nous ont été dites par les chargés de projet du service santé pour nous rappeler que certains sujets relevant de la Ville de Strasbourg n'étaient plus de notre compétence. N'étant pas mise à disposition du GIP comme l'ensemble du personnel qui y exerce, notre position fut plus fragile : entre le groupement d'intérêt public, le service, et l'université.

Cette position de recherche évolutive illustre, comme nous le verrons plus tard, les rapports entre la Ville de Strasbourg et le GIP Maison sport-santé.¹⁸⁴

Encadré 14 - Prise de distance et vocabulaire institutionnel

Dans ses travaux de recherche, Radel (2012) parle des acteurs comme de ceux qui partagent la compétence de se rapporter aux mêmes réserves d'expérience et ressources d'expression. L'action collective leur impose des contraintes à la fois lexicales, conceptuelles, grammaticales et sémantiques.

La construction de nouvelles synergies de travail au sein de la Maison sport-santé entre les acteurs du monde du sport et de la santé perturbe les habitudes de travail et implique le travail autour d'un vocable commun. En matière de PSSBE, selon les auteurs Honta et Illivi (2019), l'une des premières étapes a été ainsi de s'accorder sur les qualifications « sport », « activité physique », « activité physique adaptée », « santé » afin de définir un cahier des charges de l'appel à projet dédié. Ce parallèle autour de la définition de termes communs est également de mise dans le projet de Maison sport-santé. Il s'agit ainsi pour les acteurs d'une acculturation réciproque.

¹⁸⁴ En effet, cette situation a également été vécue par le préfigurateur-directeur du groupement d'intérêt public, passant de chef du service santé autonomie à directeur du GIP MSS. À la rentrée 2020 ce dernier a changé de bureau, a dû rendre son téléphone professionnel, etc. L'année 2020 a ainsi vu apparaître plusieurs situations de flou dans la répartition entre les compétences du GIP MSS et de la Ville de Strasbourg, les chargés de projet renvoyant certains sujets sur la compétence du GIP et le préfigurateur directeur faisant l'inverse vers la Ville de Strasbourg.

On imagine ainsi que les acteurs de la Maison sport-santé de Strasbourg, ceux de la collectivité territoriale qu'est la Ville de Strasbourg ou encore d'institutions partenaires, partagent un langage, un lexique du sport-santé à travers des expressions clés : sport-santé, Maison Sport-Santé, activité physique de santé, sédentarité, etc.

La seconde réunion collective de travail national autour du cahier des charges des Maisons sport-santé, participe à un travail important d'accordement entre les définitions communes du sport-santé et de l'activité physique. Aussi, à plusieurs reprises est discuté le titre même des Maisons sport-santé, mettant selon les acteurs de l'activité physique de santé (APS), trop en avant le sport au détriment de l'APS. Il est également rappelé, par le compte-rendu de cette réunion, de la présentation en comité interministériel du 25 mars, des Maisons sport-santé par le ministre chargé des Sports et celui des Solidarités et de la Santé.

La recherche est une activité, un processus, où le chercheur est engagé comme les autres acteurs du milieu qu'il étudie et doit user de « ficelles du métier » (Becker, 2002). Aussi, user des ficelles du métier en position CIFRe, c'est s'adapter et utiliser un langage professionnel, le langage des acteurs, qui n'est pas celui de la recherche, mais de l'institution.

Certains mots de l'institution et des acteurs de la Maison sport-santé apparaissent comme communs au regard de la situation professionnelle, mais nécessitent, du point de vue du chercheur une prise de conscience spécifique et une mise à distance de ce langage, un glissement de la sémantique professionnelle vers la sémantique de recherche.

On parle ainsi de termes particulièrement utilisés dans les collectivités, comme le mot « gouvernance ». Ce mot désigne un terme technocratique dans lequel la sociologie de l'action publique ne s'identifie pas. Elle utilise en effet des notions portées par des courants de la sociologie comme « gouvernement » ou encore « gouvernement qualité ».

Il sera ainsi opportun dans l'ensemble de ce travail de recherche de questionner les mots utilisés par les acteurs et de s'en mettre à distance afin de les rapprocher de notions sociologiques et de concepts étudiés par la sociologie, notamment de l'action publique, afin de comprendre comment les discours sont situés.

Conclusion du chapitre 2 - la Maison sport-santé de Strasbourg et ses acteurs

Par la définition du cadre théorique choisi pour saisir l'objet de recherche, ce chapitre nous a permis de dépasser nos prénotions « *contre l'illusion du savoir immédiat* » (Bourdieu, Chamboredon, Passeron, 1968).

Nous considérons ainsi que l'action publique locale du sport-santé est particulière en ce qu'elle fait intervenir de multiples acteurs. À Strasbourg, la mise en œuvre d'un groupement d'intérêt public pour la Maison sport-santé invite à de nouvelles configurations entre les acteurs et modifie l'espace local du sport-santé. Une cartographie des acteurs nous permet de mettre en exergue les catégorisations institutionnelles des acteurs de la Maison sport-santé de Strasbourg.

La Maison sport-santé de Strasbourg peut être vue comme la reproduction d'un système social qui l'englobe, s'adaptant ainsi au contexte social et ne fonctionnant pas en autarcie (Gasparini, 2003) elle produit un nouveau jeu de relations.

Nous considérons ainsi que l'action collective est permise grâce au partage d'un cadre commun à travers un langage et des valeurs communes. Étudier l'action publique locale comme l'action organisée d'individus liés par une dépendance réciproque et formant des configurations (Elias, 1981) nous permettra de définir les valeurs communes que partagent les acteurs pour s'engager au sein de la Maison sport-santé. Ainsi, la sociologie des configurations (Elias, 1981) nous conduit à penser l'action collective du point de vue des individus liés par une dépendance réciproque et formant ainsi des configurations spécifiques.

En s'intéressant aux acteurs qui composent l'action publique nous cherchons à déterminer quels sont les processus qui permettent la régulation de l'action publique.

Au-delà de l'organisation formelle de la Maison sport-santé, le concept d'organisation informelle nous permettra de nous attacher aux règles définies « *par le bas* » (Reynaud, 1989) pour non seulement résoudre les problèmes quotidiens de l'organisation, mais également pour poursuivre leurs intérêts. La Maison du sport-santé offre ainsi une « *double régulation* » (Reynaud, 1989).

Notre recherche s'attache également aux acteurs en tant qu'individus. Nous considérons ainsi que les stratégies déployées par les individus peuvent ainsi être institutionnelles ou relever d'intentions individuelles (Descombes, 1996).

Ainsi, à l'issue de ce chapitre, notre première hypothèse de recherche considère la structuration de la Maison sport-santé de Strasbourg comme liée à des facteurs externes, nationaux et locaux. La stratégie nationale sport-santé et la labellisation impliquent donc pour la Maison sport-santé de Strasbourg des modifications de l'action publique locale. La labellisation intervient alors comme technologie de gouvernement des conduites (Dubuisson-Quellier, 2016). À Strasbourg, l'appui sur un contexte historique local permet également aux acteurs la justification de la pertinence de l'action publique.

Par la suite la seconde hypothèse de recherche s'attache à l'étude du discours des acteurs quant à l'organisation informelle de la Maison sport-santé. L'action publique est analysée comme étant le produit des pratiques et représentations des acteurs, mais également de stratégies dépendantes de socialisation antérieure.

La troisième hypothèse envisage la Maison sport-santé comme un possible instrument de démocratie participative et propose une comparaison aux principes de la démocratie sanitaire. Notre recherche interroge ainsi les modalités de participation des usagers et les ressources des bénéficiaires qui s'engagent dans l'action publique locale.

Pour répondre aux hypothèses, nous avons mobilisé une méthodologie de recueil des données qualitative à travers des entretiens semi-directifs, des observations participantes, des études documentaires et l'analyse d'archives.

Notre position en CIFRe nous a donc permis de pouvoir accéder à des données précieuses et à avoir une connaissance plus fine de la Maison sport-santé de Strasbourg. Cette connaissance s'est d'ailleurs complétée par une expérience plus personnelle puisque j'ai pu bénéficier pendant 6 mois du dispositif sport-santé sur ordonnance sur le critère femme enceinte. Cette inclusion dans le dispositif m'a permis d'avoir un regard d'autant plus réflexif sur la position de bénéficiaire de l'action publique locale.

Notre position de chercheure en thèse Convention Industrielle de Formation et de Recherche (CIFRe) nous amène aussi à avoir un regard réflexif sur notre position de recherche au sein de la Maison sport-santé, à l'entrée de notre terrain d'étude.

La recherche en CIFRe nous a ainsi demandé d'objectiver la manière dont s'était construit notre objet de recherche et notre rapport au terrain, mais également le rapport que pouvaient avoir les enquêtés face à nous. La recherche-action en CIFRe est un levier de recherche et d'accès au terrain, nécessitant de tenir un « cap épistémologique » de recherche (Foli, Dulaurans, 2013).

Nous avons ainsi pris conscience de notre jeu : justifiant tantôt du statut de chercheur, tantôt du statut de chargée d'études. Cette « double identité » (Schwartz, 1993) facilite l'adaptation de notre posture de recherche à l'enquête face à nous. Aussi, la mise à distance effectuée aide à étudier le terrain de recherche avec une réflexivité : le sociologue peut être qualifié d'acteur, mais fait également connaissance du système d'action (Crozier, Friedberg, 1977).

Partie 2 – L'analyse des résultats

Jeu d'acteurs, structures et contexte de la Maison
sport santé de Strasbourg : vers la construction
d'une action publique locale de lutte contre la
sédentarité

Chapitre 1 - La Maison sport santé de Strasbourg : un effet de contexte et de conjoncture ?

Introduction du chapitre 1

Dès l'idée de sa création jusqu'à sa structuration, la Maison Sport-santé de Strasbourg s'inscrit dans un contexte à la fois national et local, qui influence plus ou moins sa mise en œuvre. Aussi, les organisations ne sont jamais totalement autonomes, mais évoluent en interaction avec cet environnement.

À travers ce chapitre, il s'agira de répondre à l'hypothèse selon laquelle l'émergence et la structuration de la Maison sport-santé sont la conséquence de normes nationales, mais également de l'ancrage de l'action publique dans un contexte local et historique. C'est ainsi que nous affirmerons que l'action publique est territorialisée, ce qui suppose qu'elle s'adapte aux spécificités territoriales (Brisson, 2015). Cette adaptation implique une certaine autonomie du lieu et du pouvoir local (Castaing, 2012).

Le développement de la Maison sport-santé s'appuie d'abord sur le déploiement de politiques publiques de santé au sein des collectivités territoriales, permises par les lois de décentralisation (Bourdelaïs, 2007). Il émane également de la volonté des collectivités territoriales de dépasser ces seules compétences qui leur sont octroyées par ces lois et de s'en affranchir pour aller plus loin en matière de santé notamment.

En Alsace, l'action publique locale s'inscrit dans un contexte historique fort, une tradition hygiéniste singulière héritée d'un passé allemand. Nous verrons que l'histoire locale et l'importance de politiques publiques de santé menées par les Allemands permettent aux acteurs de justifier du déploiement de politiques publiques de santé et de sport-santé volontaristes.

Mais le vœu de structuration de la Maison sport-santé de Strasbourg émerge également d'un contexte politique et financier particulier, à l'aube des municipales de 2020 et dans le cadre des contrats de Cahors¹⁸⁵, contraignant de manière forte les collectivités territoriales dans leurs marges de manœuvre financières.

¹⁸⁵ Les contrats de Cahors, conclus en 2017, sont une démarche de contractualisation entre l'État et les collectivités territoriales dont l'objectif est d'intégrer les collectivités territoriales à la démarche de réduction des dépenses publiques. Les collectivités territoriales s'engagent auprès de l'État à maintenir l'évolution de leurs dépenses de fonctionnement entre +0,75% et +1,65% selon des spécificités locales.

Cette action publique de sport-santé s'inscrit enfin dans un contexte national et régional, celui de la stratégie nationale Sport-Santé 2019-2024, de la labellisation des « *Maisons Sport-Santé* » dès 2019 et de la mise en œuvre du dispositif *Prescri'mouv* dans le Grand Est. Ces normes extérieures influencent ainsi le développement et l'organisation même de la Maison sport-santé de Strasbourg, comme des « *technologies de gouvernement* » (Dubuisson-Quellier, 2016). L'auteur montre ainsi comment les pratiques et les institutions politiques, ainsi que les savoirs, façonnent les comportements et les identités des individus.

Dès lors, comprendre la Maison sport-santé de Strasbourg suppose de saisir le contexte historique et local qui lui donne sens.

I. L'histoire locale hygiéniste comme héritage et soutien au développement de politiques publiques de santé à Strasbourg

Les premières lois de décentralisation de Defferre, en 1982 et 1983¹⁸⁶ ont renforcé les transferts de compétences de l'État vers les communes, départements, régions, en matière d'action sociale et sanitaire. Mais les compétences des communes et intercommunalités en matière de santé sont définies de manière limitative par les lois de décentralisation¹⁸⁷ : hygiène, protection générale, centres communaux d'action sociale, contrats de villes, etc. Ce transfert ne se réalise pas dans des territoires locaux vierges d'actions. Même si les collectivités n'avaient pas de compétences officielles en matière de santé, de nombreuses politiques publiques étaient déjà développées au niveau local. Ainsi en est-il des dispositifs de lutte contre la sédentarité à Strasbourg qui s'appuient sur des dynamiques ou des histoires locales.

A. La construction d'une action publique locale de santé : le rôle majeur des villes

Comme nous avons pu le percevoir dans la première partie de la recherche, en étudiant la territorialisation des politiques publiques de santé, les villes jouent un rôle important dans le développement de l'action publique locale de santé.

En effet, à la fin du XIX^e siècle, la révolution industrielle engage un cycle d'urbanisation et les villes deviennent des espaces politiques (Joana, 1998). Le développement des politiques sociales est favorisé par le mouvement ouvrier et les villes sont des espaces d'actions investies par les acteurs de toute sorte.

¹⁸⁶ Loi n°82-213 du 2 mars 1982 relative aux droits et libertés des communes, des départements et des régions. <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGITEXT000006068736> ; Loi n°83-8 du 7 janvier 1983 relative à la répartition de compétences entre les communes, les départements, les régions et l'État. <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGITEXT000006068819> ; Loi n°83-663 du 22 juillet 1983 complétant la loi no 83-8 du 7 janvier 1983 relative à la répartition de compétences entre les communes, les départements, les régions et l'État. <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGITEXT000006068817>.

¹⁸⁷ Loi n°82-213 du 2 mars 1982 relative aux droits et libertés des communes, des départements et des régions. <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGITEXT000006068736>.

Les historiens ont longtemps considéré les villes comme un échelon pertinent de la santé publique (Bourdelaïs, 2007). Lors de la III^e République, elles seraient des lieux d'État providence en gestation, notamment pour des préoccupations hygiénistes. Ainsi, des embryons de politiques publiques sont portés par les élites urbaines pour des intérêts économiques, mais aussi à visée philanthropique et hygiéniste.

En effet, il peut s'agir pour ces élites de soutenir le développement d'infrastructures afin de favoriser la croissance économique de la Ville. Philanthropique ensuite pour améliorer la santé des populations et les conditions sanitaires de la Ville (Joana, 1998). Selon Anne-Peggy Hellequin (2018) : « *Le terme (ville) désigne aussi l'autorité locale qui peut initier ou poursuivre une politique de santé directement, en privilégiant des formes urbaines favorables à la santé ou en soutenant une offre de soins municipale (...).* ».

Les autorités locales, au XIX^e siècle, développent des politiques de santé liées à la gestion de l'eau par exemple ou à l'hygiène publique. Ce sont principalement des crises sanitaires qui justifient ces politiques publiques (Guillerme, Goubert, 1989. Goubert, 1986). Les acteurs locaux s'appuient ainsi sur des contextes historiques : crises épidémiques, avancées en hygiène, pour développer des infrastructures de santé.

La santé publique est ainsi marquée par un mouvement de territorialisation. Brisson (2015) définit la territorialisation comme : « *l'adaptation des politiques publiques aux spécificités des territoires ou encore la différenciation des politiques publiques en fonction des spécificités de territoires donnés* » (cité dans Renaudie, 2020). Cette territorialisation s'appuie sur deux arguments : la place prioritaire des villes dans la lutte contre les inégalités dans l'accès aux soins (Moquet-Anger, 2009) et les différences territoriales épidémiologiques (Renaudie, 2020).

Créé en 1986 à Copenhague, le label des Villes-Santé de l'OMS témoigne de l'imprégnation des politiques de santé dans les politiques publiques municipales. Une Ville-Santé est définie par l'OMS comme une ville qui améliore la qualité de son environnement, favorise le développement d'une communauté solidaire et participe à la vie de la cité¹⁸⁸. Selon l'OMS les villes sont ainsi les premières à pouvoir agir dans la vie quotidienne des habitants et mettre en œuvre des démarches concertées et interpartenariales.

¹⁸⁸ Déclaration d'Athènes sur les Villes-Santé, *Op. cit.*

C'est pour cette raison que les acteurs locaux de la santé publique s'estiment souvent les plus aptes à mener des dispositifs :

« Ben moi, je pense que c'est clairement au niveau des villes, je pense que la preuve est faite que, jusqu'à présent, il y a des villes qui sont plus en avance que d'autres parce qu'elles ont développé des politiques de mobilité comme ça... et je ne suis pas sûr que ce soit au niveau de l'État, par exemple, qu'on puisse planifier ça, parce que les solutions sont par ailleurs peut être les mêmes au niveau des villes, [...] »

Entretien avec l'élue en charge des mobilités, réalisé le 11 juillet 2018 (Blanc, 2018).

La crise de la COVID-19 illustre également la manière dont les collectivités se saisissent des questions de santé. En effet, dès 2020, les collectivités territoriales et notamment les communes jouent un rôle de première ligne en outrepassant leurs compétences régaliennes (masques, centres de vaccinations, etc.) (Renaudie, 2020). Cependant, Renaudie (2020) dit également que la crise peut illustrer une recentralisation des compétences de santé vers l'État (confinement sur l'ensemble du territoire français de confinements, pass vaccinal, etc.).

À Strasbourg, nous verrons que le rôle de la ville en matière de santé est particulièrement marqué, en raison des spécificités de son contexte local qui le favorisent.

B. La Maison sport-santé de Strasbourg, un projet soutenu par l'héritage des politiques bismarckiennes

La spécificité de l'histoire locale de Strasbourg en matière de santé influe sur son action locale et contribue à créer les conditions de l'émergence tant du dispositif de sport-santé sur ordonnance que de la Maison du sport-santé. Comprendre cet ancrage local permet ainsi de saisir la structuration particulière de la Maison sport-santé et de comparer en diachronie pour montrer le poids des pratiques antérieures (Sawicki, 2000. Gasparini, 1998). Du contexte local émane donc la manière dont l'action publique locale du sport-santé est pensée (Marsault, 2017).

1. Un contexte historique singulier favorable au développement d'actions de santé

À Strasbourg, des conditions sociohistoriques particulières expliquent, parmi d'autres facteurs, l'attention portée à l'hygiène, puis la santé publique et l'avant-gardisme de son action en matière de santé.

Dès 1849, l'Alsace met progressivement en place une réglementation des soins, de l'hygiène publique, des professionnels de santé (Mantz, 2008) et se dote d'un système de protection sociale avancé.

En 1871, Strasbourg est annexée à l'Empire allemand. Selon un médecin allemand (Claude, 1988), en 1872 « *Strasbourg est la ville la plus insalubre d'Allemagne* » et les mauvaises conditions d'hygiène poussent la municipalité « *à élaborer une politique sanitaire très hardie* » (Denis et al., 1994). Dès lors, la transformation par la puissance annexante est programmée, par une démonstration technico-hygiéniste locale. La Ville fait l'objet d'un projet socio-sanitaire dans la perspective de Dantzig (Gdansk), Francfort-sur-le-Main, Berlin, Stettin, etc., et illustre l'avance allemande dans ce domaine.

La Ville de Strasbourg bénéficie entre 1871 et 1918, temps de son annexion, de réformes structurelles de ses infrastructures sanitaires : réseau d'eau potable, systèmes d'assainissement, hôpitaux. 50 ans plus tard, selon un ingénieur français, elle est la plus propre de toutes les villes de France (Claude, 1988). Elle devient le miroir des pratiques sociotechniques, hygiénistes urbanistiques de chaque rive du Rhin. C'est le temps des politiques hygiénistes.

L'Alsace entretient également une relation privilégiée à l'eau (Triboux, 2007). Dès la fin du Moyen Âge, par exemple, se pratiquent des bains aromatiques, puis au XIX^e siècle, des bains de rivière et bains publics sont organisés dans les grandes villes. Certains y verront ici la proximité culturelle et géographique avec l'Allemagne et son rapport à l'eau important. Un intérêt est trouvé à l'eau à la fois pour l'assainissement de la ville et la réduction de la distance entre classes sociales en étant accessible à tous (Erbs, 2018). Toutefois, elle est aussi dénoncée comme menace hygiénique dans l'expansion des maladies contagieuses. Ce rapport à l'eau n'est pas seulement local. Goubert (1986) montre que les autorités locales et nationales développent au XIX^e siècle de nombreuses politiques publiques en rapport avec l'eau, notamment l'assainissement.

Au XIX^e siècle, selon Erbs (2018), la Ville de Strasbourg change le régime de circulation de l'eau en un régime continu et un nouveau rapport à l'eau s'installe. Les douches de Fritz Kiener se mettent en place et la ville connaît également des bains publics aménagés. Naissent aussi en Alsace, au XX^e siècle, plusieurs programmes de bains municipaux qui allient hygiène, bassins de natation, bains médicaux : Strasbourg (1908), Colmar (1906), Mulhouse (1925). Ce grand plan de développement témoigne de l'intérêt des municipalités pour un service d'hygiène à la population (bains) et d'équipement sportif (piscine), en référence aux programmes de piscines et bains qui se multiplient en Allemagne dès 1900 (Düsseldorf, Heidelberg, Karlsruhe, Munich, Hambourg, etc.). Ce plan de piscines en Allemagne s'explique notamment par les mouvements de gymnastique qui encouragent à la discipline des corps, particulièrement sous le régime nazi plus tard.

Le projet de Bains municipaux de Strasbourg, boulevard de la Victoire, s'inscrit dans cette perspective. Il est voté en conseil municipal en 1894 et est une pièce maîtresse du programme de campagne des élections municipales porté par le futur maire de Strasbourg, Otto Back. Les bains apparaissent comme affirmation de l'autorité municipale en réaction à l'administration impériale¹⁸⁹, malgré leur insertion dans l'université impériale voulue par les Allemands (Denis et al., 1994). Les auteurs soulignent ainsi la volonté municipale de répondre aux besoins de la population strasbourgeoise, là où l'administration impériale peut être perçue comme éloignée des préoccupations locales par son projet d'université impériale. D'autres bains seront créés dans la ville et notamment à l'hôpital central, ils auront une vocation thérapeutique avec des salles d'hydrothérapie, des bains romains et des massages.

« Au début du siècle dernier, on soignait ici les soldats blessés durant la guerre de 1870, on y prévenait les épidémies en promouvant l'hygiène, à grand renfort de bains de boue et d'acide carbonique... »

Extrait d'un article des Dernières Nouvelles d'Alsace du samedi 6 octobre 2018¹⁹⁰

¹⁸⁹ Albertoni, C. *Dossier de classement Monuments Historiques (2011/2012) à la suite du dossier pour l'inscription MH Réalisé par Dominique Tourstel-Harster en 1999.*

¹⁹⁰ Walch, V. (2018). Bains municipaux : les prémices de la Maison du sport santé. Article des *Dernières Nouvelles d'Alsace (DNA)*, édition du 6 octobre 2018. <https://c.dna.fr/edition-de-strasbourg/2018/10/05/les-premices-de-la-maison-du-sport-sante>

D'après Marie-Noëlle Drion (Drion, 2014), les Bains municipaux se présentent comme une illustration du socialisme municipal strasbourgeois, et comme un complexe « *dédié aux soins du corps, à l'hygiène et à la santé* »¹⁹¹. Ils portent rapidement une vocation médicale, puisque l'aile médicinale ouvre le 30 juin 1911 et fait preuve de techniques les plus modernes pour l'époque : mécanothérapie, électrothérapie, fangothérapie, photothérapie, etc. Entre 1901 – 1918, 792 000 bains de baignoire sont enregistrés (Hampe, Braun, 2018). Près de 311 000 bains médicaux y sont réalisés sur 10 ans¹⁹², sous la direction du docteur Krenker, dans les 9 cabines de baignoires et dans la salle d'hydrothérapie.

Dès 1911, la première clinique dentaire scolaire du monde prend place aux Bains municipaux (Hampe, Braun, 2018). Les Bains municipaux accueillent également une salle de gymnastique suédoise équipée pour lutter contre les problèmes dorsaux des enfants et près de 200 enfants atteints de scoliose y sont accueillis chaque année (*illustrations 10 et 11*).

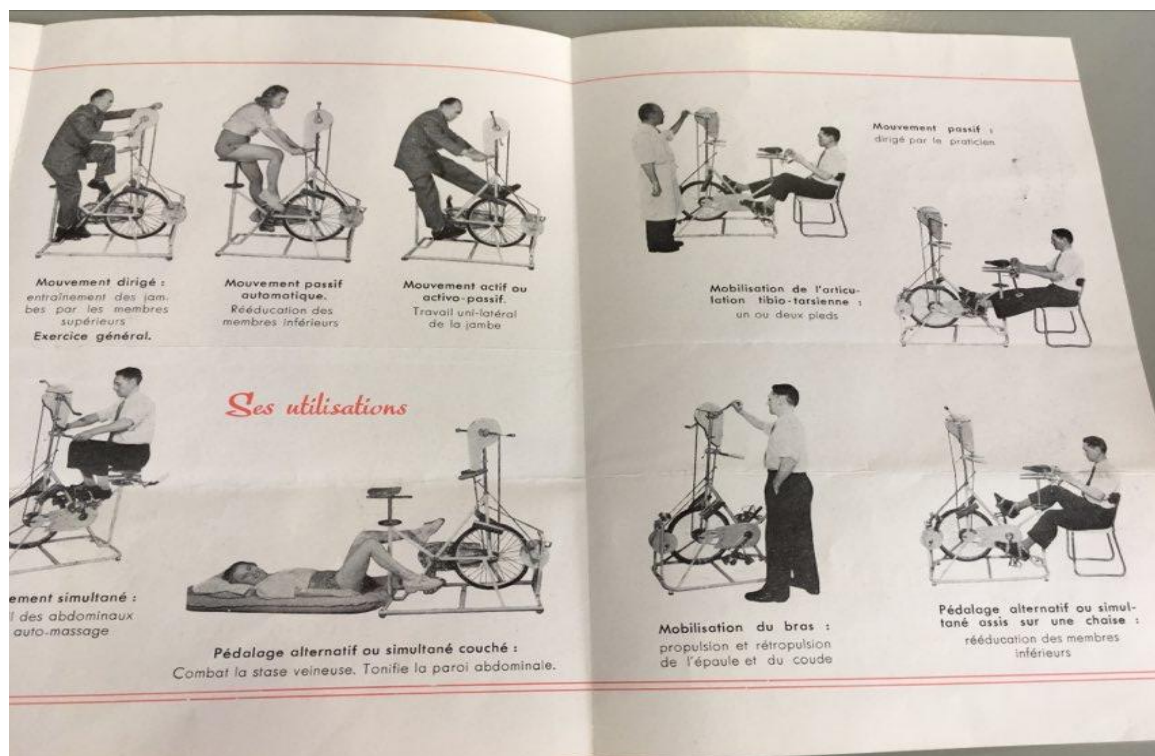


Illustration 10 - Document d'archives, de présentation des instruments d'activité physique aux Bains Municipaux¹⁹³.

¹⁹¹ Albertoni, C. Dossier de classement Monuments Historiques (2011/2012) à la suite du dossier pour l'inscription MH Réalisé par Dominique Tourstel-Harster en 1999.

¹⁹² Mege, Y. Desgeorge, S. (2013). Documentaire – Balneum, mémoires de bains. L'envol/France Télévision.

¹⁹³ Archives municipales de la Ville de Strasbourg.

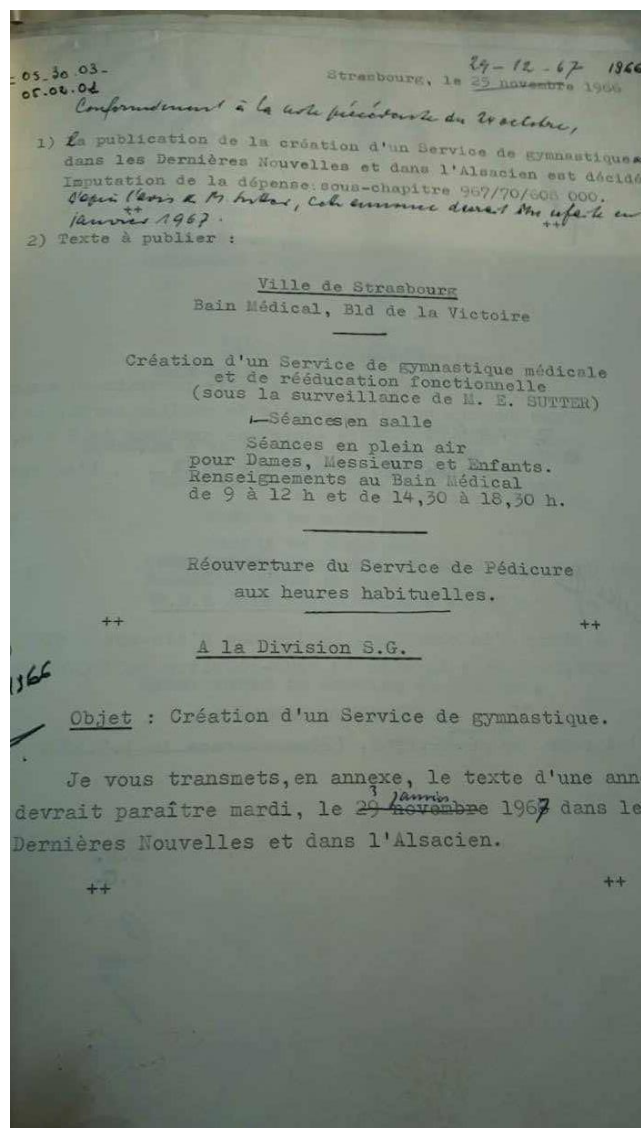


Illustration 11 - Extrait des *Dernières Nouvelles d'Alsace* portant sur la création d'un service de gymnastique.¹⁹⁴

En France, l'histoire des activités physiques et sportives est liée à la médecine (Defrance, 2011). Dès le XIX^e siècle, c'est la gymnastique hygiéniste qui se déploie auprès des enfants. La France accepte petit à petit que l'éducation physique des corps soit directement liée à l'hygiène et à la santé (Callède, 2000) et la confiance du public et des médecins sur les « bons » effets du sport se renforce en 1960 face à la tuberculose.

¹⁹⁴ Extrait des *Dernières Nouvelles d'Alsace*, 24 décembre 1967.

C'est ainsi à partir des années soixante que la sphère des politiques publiques intègre l'activité physique et sportive (APS) comme enjeu central dans la prévention de maladies dites de « *civilisation* » (Favier-Ambrosini, 2016). Dans la période 1960-1980, ce discours émerge en lien avec la gestion des maladies cardiovasculaires et la lutte contre la sédentarité prend son essor (Gasparini, Knobé, 2021). L'Homme est vu comme « *homme d'activité* » (Le Bon, 1874), aspirant à une hygiène morale. On voit ici les premières expériences de santé à visée santéiste (Zola, 1977). L'école devient lieu privilégié de l'hygiène et de l'éducation physique face à ce que l'on appelle à l'époque le « *surmenage scolaire* » (Seignan, 2010). L'éducation respiratoire a pour objet de lutter contre ce surmenage, d'après les auteurs « *les médecins sont formels, vingt à trente minutes par jour de gymnastique suédoise – initiée par Per Enrick Ling (1776-1839) – maintiennent le dos droit, apprennent à respirer par le diaphragme* » (Seignan, 2010). L'individu devient responsable moralement de sa santé.

« *Le santéisme, en promouvant une norme de santé idéale, peut conduire à la stigmatisation de ceux qui ne s'y conforment pas, faisant de la santé un impératif moral* » (Vieille Marchiset, 2019).

Ce n'est plus l'environnement qui porte la responsabilité de l'obésité, contrairement aux politiques hygiénistes, mais le comportement individuel de la personne. Les politiques publiques s'individualisent et c'est dans cette conception que s'ancre la salle de gymnastique des Bains municipaux.

Encadré 15 – Strasbourg lieu d'expérimentations : controverses d'une expérience eugénésique autour de la cité Ungemach

D'autres expérimentations se déroulent à Strasbourg. La cité-jardin Ungemach accueille dès 1923 à Strasbourg ses premiers habitants dans près de 140 pavillons avec jardins. Présentée comme expérience « *eugénésique* »¹⁹⁵, les futurs locataires sont sélectionnés selon des critères hygiénistes et natalistes¹⁹⁶. Dotés d'un confort moderne, les pavillons doivent être occupés par des locataires en ménage, de moins de 25 ans et qui s'engagent à faire des enfants sains et forts (Aeschmann, 2016). Les couples qui ne font pas d'enfants sont rappelés à l'ordre puis chassés de la cité-jardin.

¹⁹⁵ L'eugénisme est défini comme une théorie, des méthodes, qui chercheraient à sélectionner, grâce aux lois de la génétique, des individus et caractéristiques génétiques afin d'améliorer l'espèce humaine.

¹⁹⁶ Bastin, G. (2016). Un cas d'eugénisme à la française. Article, *Le Monde*, 24 février 2026. https://www.lemonde.fr/livres/article/2016/02/24/un-cas-d-eugenisme-a-la-francaise_4871016_3260.html

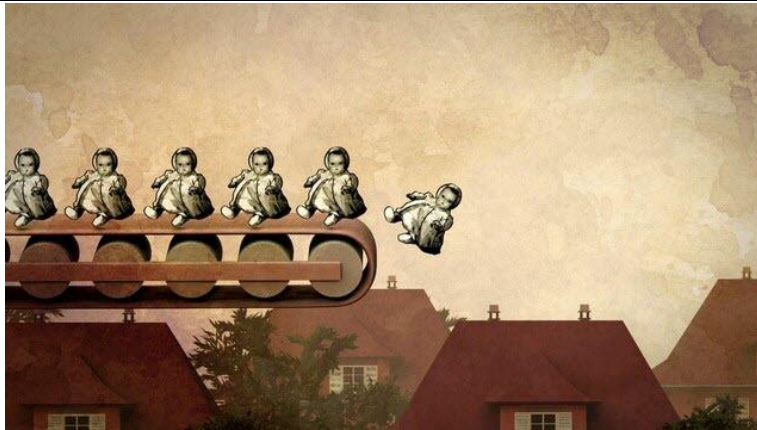


Illustration 12 - la cité jardin Ungemach, une expérience de l'eugénisme¹⁹⁷

Un tableau de bord biologique est réalisé en 1935 et hiérarchise les individus afin de les sélectionner ou non dans la cité. Il leur est par exemple demandé leur nombre de frères et sœurs, signe selon les précurseurs de la cité Ungemach, de leur indice de fécondité. Cette cité témoigne d'une volonté d'agir, de la part des autorités publiques, au plus près des individus, pour les encourager au respect de normes natalistes. D'après l'article de Rue 89 Strasbourg : « *Les critères de sélection perdurent jusque dans les années 1960 et les critères d'expulsion – quand le dernier enfant atteint la majorité, la famille doit quitter les lieux – jusque dans les années 1980* »¹⁹⁸.

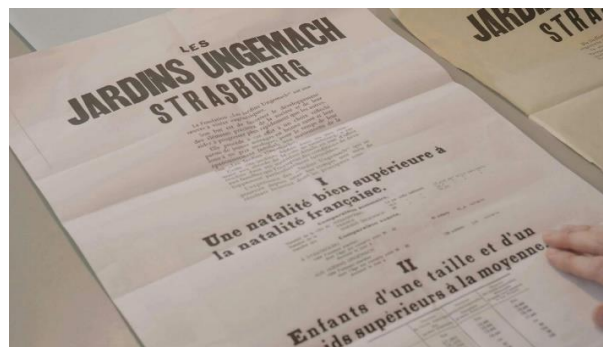


Illustration 13 - « Les jardins ungemach », une natalité supérieure à la natalité française¹⁹⁹

¹⁹⁷ Gaullier, V. Lonni, J-J. (2021). *L'expérience Ungemach, une histoire de l'eugénisme*. Documentaire télévisé. Look at sciences. <https://www.france.tv/france-3/grand-est/la-france-en-vrai-grand-est/2327559-l-experience-ungemach-une-histoire-de-l-eugenisme.html#section-about>

¹⁹⁸ Charbonnier, M. (2021). L'expérience Ungemach, une histoire de l'eugénisme », ou quand des Strasbourgeois étaient pris pour des rats de laboratoire ». Article de presse, *Rue 89 Strasbourg*. 14 mars 2021. <https://www.rue89strasbourg.com/experience-ungemach-documentaire-202594>

¹⁹⁹ Document remis par Sancho & Co, dans : Charbonnier, M. (2021). L'expérience Ungemach, une histoire de l'eugénisme », ou quand des Strasbourgeois étaient pris pour des rats de laboratoire ». Article de presse, *Rue 89 Strasbourg*. 14 mars 2021. <https://www.rue89strasbourg.com/experience-ungemach-documentaire-202594>

Ce contexte historique local permet de déployer des politiques dérogatoires en matière de santé publique à Strasbourg. En effet, dès 1947, une convention est signée entre la Ville de Strasbourg et le Conseil départemental du Bas-Rhin précisant les compétences respectives des deux collectivités en matière de politiques d'aides sociales et de santé publique. Cette délégation de compétence, entérinée pour la première fois le 5 novembre 1947, témoigne de l'engagement ancien de la Ville de Strasbourg pour la santé et la solidarité. La convention 2018 – 2025 dispose ainsi :

« Cette convention est tout autant le résultat d'une histoire, d'une tradition d'innovation sociale que de la volonté aujourd'hui partagée par la Ville de Strasbourg et le département du Bas-Rhin de proposer un projet social innovant et dynamique pour les Strasbourgeois(es). »²⁰⁰

À ce titre, Strasbourg exerce sur le territoire communal, au nom et pour le compte du département du Bas-Rhin, des compétences dans le domaine de l'insertion, la protection de l'enfance, la protection maternelle et infantile ou encore des missions de service social départemental. Selon l' élu en charge de la santé, le développement de ces politiques ne serait pas constitutif d'un transfert de compétence, mais bien une compétence directe exercée par la Ville de Strasbourg depuis longtemps :

« Ça existait et c'est toujours resté, cela n'avait jamais été conventionné pendant longtemps, c'était comme ça. Au conseil départemental, je leur disais que ce n'était pas une délégation, car ils ne l'avaient jamais eu. Jamais le conseil départemental a géré la PMI, jamais l'éducation nationale, les enfants. [...] Et après, bizarre, c'est resté, les services sont restés... ».

Entretien avec l' élu en charge de la santé, réalisé le 4 juillet 2018 (Blanc, 2018).

²⁰⁰ Département du Bas-Rhin, Ville de Strasbourg. (2018). *Convention de délégation de compétences sociales entre le Département du Bas-Rhin et la Ville de Strasbourg 2018-2025*. En ligne : <https://www.strasbourg.eu/documents/976405/1555899/Convention-delegation-dep-VDS-2018.pdf/de835d6f-b812-a3cc-4894-beafac63ad19?version=1.0&t=1559574344642>

L' élu en charge de la santé s'oppose ainsi à une possible remise en cause de l'exercice de ces compétences et s'oppose même au titre de « *délégation* », car « *ça existait et c'est toujours resté* ». Pourtant, d'après les textes juridiques, il s'agit de compétences qui devraient être exercées par le conseil départemental, mais qui ont été déléguées à la Ville. La convention se nomme ainsi bien : « *Convention générale portant délégation de compétences en matière d'action sociale et médico-sociale* ». En effet, les lois de décentralisation, en particulier la loi n° 83 – 663 du 22 juillet 1983, confèrent aux départements une compétence de droit commun en matière d'aide sociale et médico-sociale. Mais l'article 145 de la loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales autorise les départements à déléguer l'exercice de ces compétences, tout ou partie, aux communes.

Cette délégation de compétences de la Ville de Strasbourg a facilité la mise en œuvre de dispositifs locaux d'innovation en matière de santé d'après l' élu en charge de la santé :

« Et c'est vrai que le fait qu'une commune ait la compétence générale, c'est une des dernières collectivités, ce qui veut dire, vous savez, qui peut s'occuper de sujets qui ne sont pas obligatoires, et ça a fait que... ben le maire, Roland RIES à l'époque, a suivi cette schnap's idée, [...] Donc en fait au départ, soit on le faisait en régie municipale, j'aurais préféré le faire en régie municipale parce que c'est l'histoire de Strasbourg, d'avoir un vrai service sport-santé ça aurait été quelque chose à mon avis de politiquement vraiment très intéressant dans l'histoire bismarckienne de Strasbourg... »

Entretien avec l' élu en charge de la santé, réalisé le 4 juillet 2018 (Blanc, 2018).

La Ville de Strasbourg, dans la création de la Maison sport-santé se fonde ainsi sur ce contexte historique fort, permettant un discours de légitimation de l'action publique en train de se mettre en place. La délibération du conseil municipal en date du 21 juin 2021 portant l'attribution d'une subvention et le soutien de la Ville à la Maison sport-santé indique ainsi s'appuyer sur « *une dynamique ancienne fortement portée par la Ville de Strasbourg, pionnière en matière de promotion de la santé à travers la pratique de l'activité physique sur prescription médicale.* »²⁰¹

²⁰¹ Ville de Strasbourg (2021). Délibération portant attribution d'une subvention à la Maison sport-santé de Strasbourg. Conseil municipal du 21 juin 2021.

L'histoire et la mémoire collective sont souvent utilisées par les individus pour donner du sens à leurs actions et renforcer leur légitimité. Certeau (1990) montre ainsi que les acteurs locaux utilisent l'histoire pour créer du sens à leurs actes. Le passé permet d'obtenir des ressources narratives, des explications de leurs actes présents. L'histoire apparaît donc comme un facteur légitimant où l'action publique s'intègre dans une continuité historique à la fois naturelle, mais également nécessaire. Elle influence les perceptions des acteurs de l'action publique locale et rend indispensable une meilleure compréhension du contexte historique local pour situer l'action publique. Laborier et Trom (2003) soulignent que les interventions institutionnelles sont influencées tant dans leur genèse que leur trajectoire par ce contexte historique multidimensionnel.

2. Des données épidémiologiques particulières à l'Alsace : un taux d'obésité qui invite à agir

L'information statistique sur les inégalités sociales et territoriales de santé révèle des différences entre les territoires concernant l'état de santé des populations. En effet, réalisées notamment par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du ministère de la Santé, ces études montrent que ces différences peuvent porter sur la prévalence de certaines maladies et sur le taux de mortalité (Renaudie, 2020).

Dans l'est de la France, les données montrent que les populations sont particulièrement sujettes aux maladies cardiovasculaires. L'une des explications concernerait les habitudes alimentaires des populations (Renaudie, 2016). Selon cet auteur, le lieu de résidence pourrait ainsi être un déterminant social de santé et justifierait une approche sanitaire différenciée selon les territoires.

Dessinée lors des assises européennes du sport-santé, cette caricature illustre cette situation locale spécifique, moquée par le caricaturiste (*Illustration 14*).



Illustration 14 - Caricature de l'Alsace, assises européennes du sport-santé²⁰²

Ainsi, l'étude ObEpi de 2020 met ainsi en lumière une région Grand Est, composée de la Champagne-Ardenne, la Lorraine et l'Alsace, dont la moyenne du taux d'obésité est supérieure à la moyenne nationale établie à 17% : près de 20,2% dans le Grand Est (illustration 15).



Illustration 15 - Distribution régionale de la prévalence de l'obésité²⁰³

²⁰² Caricature réalisée dans le cadre des assises européennes du sport-santé sur ordonnance, Salles, L. (2019).

²⁰³ Étude LCO 2020 Obepi- Roche dans Tissandier, E. (2023). Obésité et surpoids : près d'un Français sur deux touché, l'importance d'une prise en charge globale. *Revue Sciences et Avenir*. 23 février 2023. En ligne : https://www.sciencesetavenir.fr/sante/obesite-et-surpoids-en-france-pres-d-un-francais-sur-deux-touche-l-importance-d-une-prise-en-charge-globale_169569

Ces statistiques participent à la mise en visibilité de l'intérêt d'une démarche de santé publique dédiée à l'activité physique de santé (Feltz, 2020). Les acteurs locaux s'en emparent largement. L' élu en charge de la santé cite ainsi l'étude de la DREES de 2019, laquelle annonce 18% d'adolescents en surpoids et 5% en obésité (Feltz, 2020). Pour ce dernier, ces rapports sont déterminants dans la création de ces dispositifs, ils font « *la bascule* » :

« [...] C'est les éléments scientifiques qui ont fait la bascule, c'est le rapport de l'INSERM et le rapport du PNAPS, programme national de prévention par l'activité physique et sportive, écrit par le professeur TOUSSAINT, qui m'ont fait basculer et qui m'ont donné les arguments techniques et scientifiques pour en faire un objet politique quoi... »

Entretien avec l' élu en charge de la santé, réalisé le 4 juillet 2018 (Blanc, 2018).

Justifiant de ces statistiques, une action de santé publique locale utilisant l'activité physique se développe dans le cadre du contrat local de santé de la Ville et l'Eurométropole de Strasbourg et de l'Eurométropole de Strasbourg. Les dispositifs de sport-santé sur ordonnance (SSSO) et de prise en charge du surpoids et de l'obésité des enfants de Strasbourg (PRECCOSS) sont ainsi inscrits dans le contrat local de santé 1 et 2²⁰⁴ :

« On a vraiment commencé à en parler, je dirais vers 2012-2011... Ouais 2011... Et c'est vrai que c'est surtout à Strasbourg que ça s'est déployée quand on a mis en place le dispositif sport-santé sur ordonnance... L'idée, ça fait un moment qu'elle était là, mais avec la mise en place du contrat local de santé, on avait cette chance de tous se retrouver les partenaires ensemble voilà autour d'une table... d'échanger... »

Entretien avec la chargée de mission en santé publique, régime local d'assurance maladie, 29 juin 2021.

²⁰⁴ Le CLS Ville de Strasbourg de 1^{res} génération a été signé en janvier 2012 pour une durée de trois ans entre l'ARS Alsace, la Ville de Strasbourg, la Préfecture du Bas-Rhin, le Régime local d'assurance maladie d'Alsace Moselle, le Rectorat et, par voie d'avenant, en juillet 2013 par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie du Bas-Rhin, les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg et la Mutualité Française d'Alsace. Le 2nd CLS de la Ville de Strasbourg a été signé le 5 juin 2015 pour la durée 2015-2020, par la Préfecture de Région Alsace et du Bas-Rhin, la Ville de Strasbourg, l'Agence Régionale de Santé d'Alsace (ARS), l'Éducation Nationale, le Régime Local d'Assurance Maladie d'Alsace Moselle, la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) du Bas-Rhin, la Caisse d'Allocations Familiales (CAF) du Bas-Rhin, la Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail (CARSAT) Alsace Moselle, l'Union pour la Gestion des Établissements des Caisses d'Assurance Maladie (UGECAM), la Mutualité Française Alsace (MFA), les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg (HUS), la Fondation Vincent de Paul, le Centre Hospitalier d'Erstein, l'Établissement Public de Santé Alsace Nord (EPSAN).

Le contrat local de santé, comme nous l'avons vu dans la première partie de la recherche, participe ici au déploiement d'une action publique locale de santé.

Ainsi, ces différences épidémiologiques liées au contexte local, appuyées par des statistiques, permettent aux acteurs de légitimer le déploiement en Alsace de politiques publiques spécifiques en faveur de la lutte contre la sédentarité. L'élue en charge de la santé, interviewée sur le surpoids des jeunes en Alsace indique²⁰⁵ :

« Chez les adultes, l'Alsace a deux ou trois points de plus que la moyenne nationale, c'est pareil chez les jeunes. Si vous ajoutez encore deux ou trois points, vous avez les grandes villes, et si vous ajoutez encore deux ou trois points, vous avez les quartiers populaires. Chez l'adulte, l'Alsace n'est « battue » que par le département du Nord, à cause de l'alimentation, mais surtout à cause de la pauvreté. ».

Comme nous avons pu le voir dans la première partie de la thèse, à travers le rôle des statistiques sur la sédentarité et sa construction en tant que problème public, l'utilisation des statistiques peut donc être manipulée. Lascoumes, Le Galès (2010) rappellent ainsi que : *« L'action publique est un espace sociopolitique construit autant par des techniques et des instruments que par des finalités ou des contenus. »*

C. La mise en œuvre d'une politique publique de lutte contre la sédentarité

La Ville de Strasbourg développe, portée par ce contexte local, une politique globale de santé – maisons urbaines de santé (MUS), réduction des risques, pratiques douces, diagnostics locaux de santé, ateliers territoriaux de partenaires, etc. – parmi laquelle la lutte contre la sédentarité joue un rôle important. Il s'agit de montrer à travers cette partie que l'émergence de la Maison sport-santé de Strasbourg s'appuie sur cette dynamique locale et sur des dispositifs de promotion des modes de vie actifs.

²⁰⁵ Interview Alexandre Feltz - Surpoids et obésité des jeunes en Alsace, l'état d'urgence [site internet, en ligne] <https://maxi-flash.com/surpoids-et-obesite-des-jeunes-en-alsace/>

- Un urbanisme favorable à la santé

L'action publique en faveur de la lutte contre la sédentarité s'illustre notamment du vœu porté par les acteurs de la Ville de Strasbourg d'un urbanisme facteur d'externalités positives sur la santé des populations, s'appuyant sur des outils d'évaluation comme les études d'impact en santé²⁰⁶. Selon l'OMS (2016) dans son rapport dédié à la santé en Ville, les politiques d'urbanisme ont la capacité de réduire les risques pour la santé notamment par la création de parcs, l'amélioration de la qualité de l'air ou encore la promotion de modes de vie actifs. Orfeuil (2006) analyse les politiques de mobilité dans les villes et montre ainsi que les acteurs locaux possèdent des compétences pour favoriser les mobilités actives, par la création d'infrastructures adaptées. L'agent en charge de la santé est lui aussi convaincu que cette fonction clé des villes dans l'aménagement :

« On a un rôle déterminant pour un urbanisme favorable à la santé selon les termes des rapports, les guides qu'a pondus justement le réseau des Villes-Santé, voilà, entre espaces verts, l'aménagement, les plans de déplacements urbains, les choix des matériaux par exemple dans les nouvelles constructions, dans les nouveaux établissements qui reçoivent du public, que dire d'autre ? On voit ça avec les espaces verts par rapport à l'interdiction de fumer dans les parcs, avec tous ces espaces verts, cela fait grincer un peu ici ou là. [...] ».

Entretien avec l'agent en charge de la santé, le 4 juillet 2018 (Blanc, 2018).

²⁰⁶ Une EIS est « une combinaison de procédures, de méthodes et d'outils par lesquels une politique, un programme ou une stratégie peuvent être évalués selon leurs effets potentiels sur la santé de la population et selon la dissémination de ces effets dans la population. Il s'agit d'un processus multidisciplinaire structuré par lequel une politique ou un projet sont analysés afin de déterminer leurs effets potentiels sur la santé. », consensus de Göteborg. (1999). *Étude de l'impact sur la santé, principaux concepts et méthode proposée*, traduction S2D/centre collaborateur de l'OMS pour les Villes-Santé francophones, juillet 2005.

Il identifie les déplacements comme levier d'une politique favorable à la santé. La question de la place du vélo en ville est omniprésente selon l' élu en charge des mobilités alternatives :

« Bah, à Strasbourg, on a beaucoup réduit la place de la voiture en ville depuis le retour du tramway, entre 1989 et 1994, entre les élections municipales de 1989 et le réaménagement du tramway en 1994, et depuis par le fait de réduire la pénétration automobile dans la ville, de réduire la facilité de circulation de la voiture et en compensation on gagne de l'espace public pour sécuriser les déplacements à vélo notamment dans la ville, par des aménagements cyclables de qualité et puis aussi d'encourager les déplacements à pied, aussi en élargissant les trottoirs, en donnant plus de place aux piétons dans la ville. »

Entretien avec l' élu en charge des mobilités alternatives, le 11 juillet 2018
(Blanc, 2018).

La mobilité est donc également pensée à travers un plan piéton mis en œuvre pour encourager les déplacements dans la ville, selon l' élu en charge des mobilités alternatives :

« [...] La majorité des déplacements dans une ville se font à pied, mais par contre dans les politiques publiques, la marche ça reste le parent pauvre des politiques publiques de déplacement, ça a l'air un peu d'être une fatalité et nous on s'est fait accompagner par deux cabinets pour l'élaboration du plan mobilités actives. [...] ».

Entretien avec l' élu en charge des mobilités alternatives, le 11 juillet 2018
(Blanc, 2018).

Ramadier (2010) montre ainsi que le discours des élus rapproche déplacements actifs et questions de santé dans la conception des politiques de transport. Pour l' élu en charge des mobilités, il s'agit aussi de participer au changement de comportements des populations. L'enquête ménages-déplacements de 2019, semble montrer des évolutions dans les parts modales des habitants de l'Eurométropole de Strasbourg par une réduction de la part de la voiture et une augmentation de la part des autres modes de transport (*illustration 16*).

PARTS MODALES DES DÉPLACEMENTS EN LIEN AVEC LE BAS-RHIN EN 2019

Source : ADEUS, EMA 2019 - EMD 2009

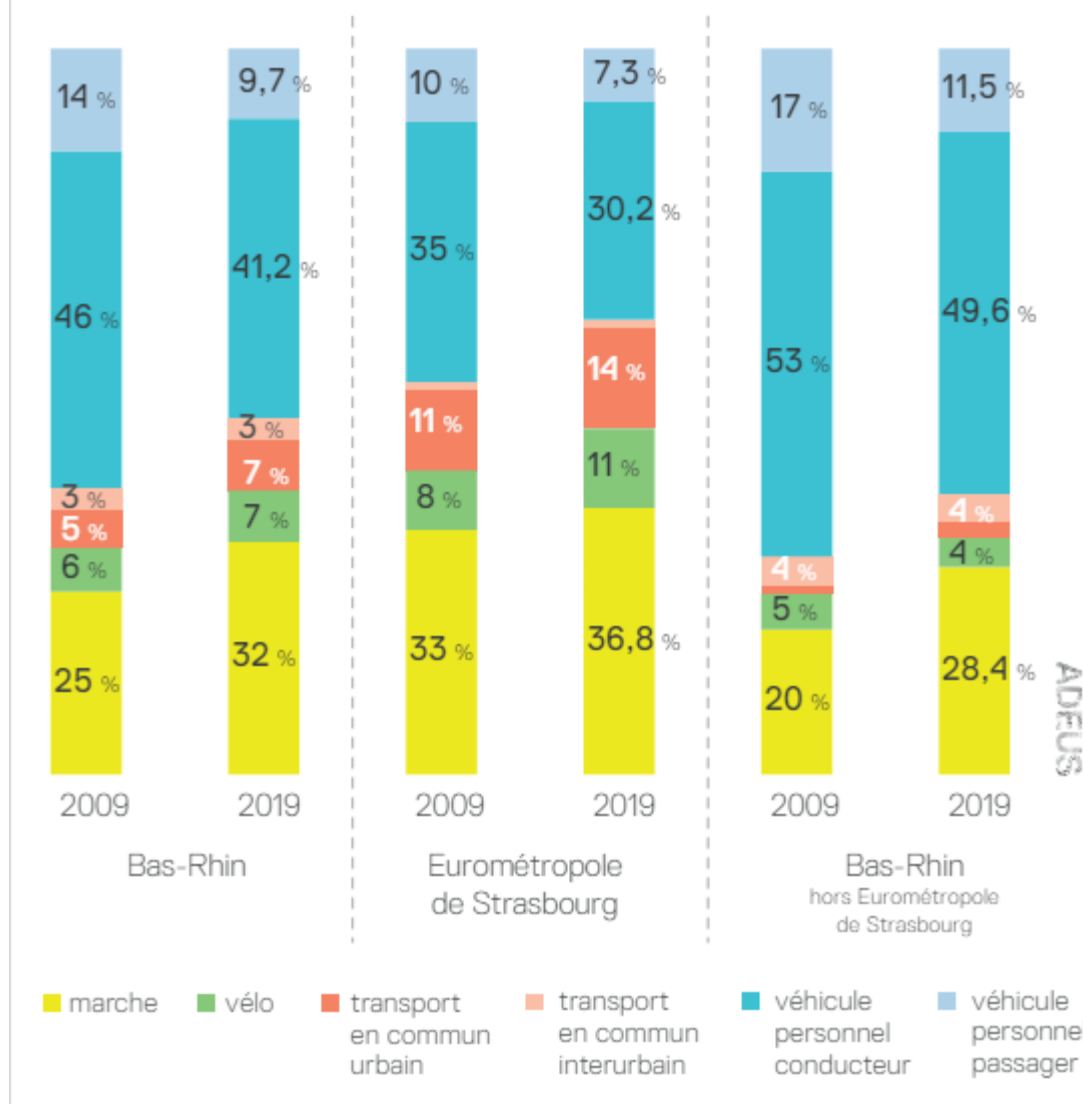


Illustration 16 – schéma des parts modales dans le Bas-Rhin et l'Eurométropole²⁰⁷

L'urbanisme et les mobilités actives sont donc saisis par les acteurs locaux comme facteurs favorisant la bonne santé des habitants du territoire. Différentes politiques publiques se déploient en ce sens et participent à la mobilisation des élus et agents autour de la lutte contre la sédentarité.

²⁰⁷ Étude ADEUS (Agence de développement et d'urbanisme de l'agglomération strasbourgeoise) enquête mobilité 2019 – enquête mobilité déplacements 2009.

- Les vitaboucles

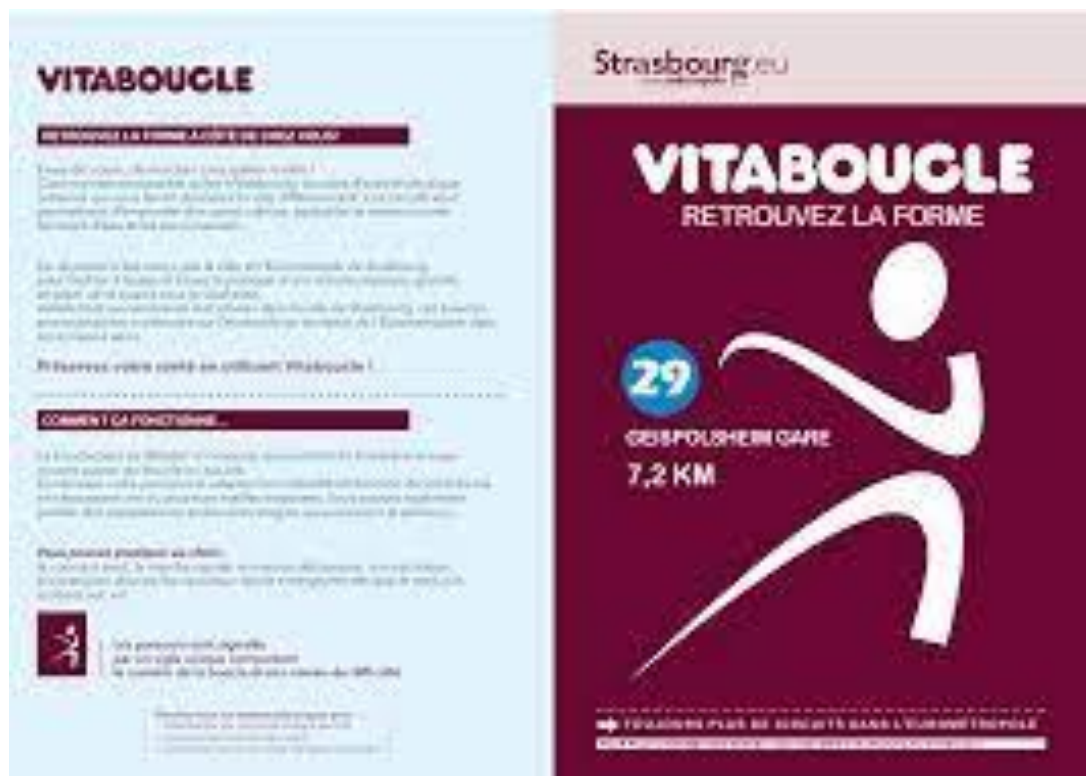


Illustration 17 – Plaquette de présentation du dispositif VITABOUCLE²⁰⁸

Également témoins de l’engagement de la Ville de Strasbourg en faveur de l’activité physique de santé, les vitaboucles sont nées en 2015 de la collaboration entre les services du sport, de la santé et de l’urbanisme (illustration 17). Les vitaboucles sont des parcours signalés par différents codes couleurs (vert, bleu, rouge ...), agrémentés d’agès. Elles sont destinées à tous les âges et à tous les niveaux de pratique, car leurs distances varient entre 5 et 10 kilomètres. Selon l’agent du service des sports, l’idée initiale n’était pas de courir, mais plutôt d’encourager les gens à se déplacer (Blanc, 2018) :

« En 2013-2014 c’était le gros boom de la marche nordique... L’idée, c’était déjà de faire sortir les gens, pas forcément pour faire du sport... Mais faire une activité physique, une promenade en famille après le repas dominical, ça peut être considéré comme une activité physique, on marche plus ou moins vite, parce qu’il faut courir après le petit qui fait du vélo dehors ou de la trottinette... »

Entretien avec l’agent en charge des sports, réalisé le 11 juillet 2018 (Blanc, 2018).

Aussi, on retrouve là encore le lien entre urbanisme, santé et déplacements (Ramadier, 2010).

²⁰⁸ Ville et Eurométropole de Strasbourg. (2019). *Plaquettes de présentation des vitaboucles*.

- Des dispositifs locaux en faveur de l'activité physique de santé

Si la Maison sport-santé de Strasbourg s'inscrit dans ce contexte de développement de politiques publiques locales favorables à la santé, elle prend surtout appui sur la préexistence de dispositifs locaux en faveur de l'activité physique de santé : le dispositif sport-santé sur ordonnance et le dispositif de prise en charge du surpoids et de l'obésité des enfants de Strasbourg.

Encadré 16 - Retour sur la notion de dispositif

En sciences sociales, la notion de dispositif est surtout utilisée par Foucault, qui la présente comme l'illustration de liens complexes entre des éléments hétérogènes (savoirs, pratiques, discours, institutions) et dont se structurent des liens de rapports de force et relations de pouvoir (Foucault, 1976). Callon et Latour (Callon, Latour, 1981) utilisent également la notion de dispositif comme un assemblage de pratiques sociales particulières faisant appel à une stratégie spécifique.

Cette notion se rapproche de celle d'instrument de Lascoumes et Le Galès (Lascoumes, Le Galès, 2005), qui est en réalité un dispositif à la fois technique et social et qui organise des rapports sociaux spécifiques entre la puissance publique et les destinataires en fonction des représentations et significations dont il est porteur.

Les acteurs locaux définissent leurs politiques publiques menées en faveur de l'activité physique de santé comme des dispositifs. Pour eux, il s'agit de définir et de décrire un regroupement d'objets, d'actions publiques. Dès lors, le dispositif est ici entendu comme une action publique en faveur de l'activité physique du sport-santé.

- Le dispositif sport-santé sur ordonnance de la Ville de Strasbourg

En 2012, dans le contexte européen d'une prise de conscience des risques liés à l'inactivité physique et à la sédentarité, et portée par le développement historique d'une action publique locale de santé, la Ville développe une expérimentation originale de prescription médicale d'activité physique (Gasparini, Knobé, 2014. Gasparini, Knobé, 2015). Il s'agit de prendre en charge les patients malades chroniques, sur prescription d'un médecin généraliste traitant, en les orientant vers de l'activité physique de santé.

Comme le soulignent Gasparini et Knobé (2014), « du point de vue de l'action publique, le dispositif SSSO montre à voir une transformation des dispositifs municipaux du sport social : alors que depuis la fin des années 80 les municipalités misaient sur le « socio-sport » comme outil de cohésion sociale dans les quartiers populaires (Gasparini, 2008), depuis 2010, celles-ci expérimentent le « socio-sport-santé » face au développement de maladies chroniques liées au surpoids et dans un nouveau contexte national d'actions publiques favorables à la prescription médicale d'activité physique et mettant en exergue la santé par le sport ».

Le sport-santé illustre une nouvelle forme d'engagement des collectivités en faveur de la lutte contre le développement des maladies chroniques, notamment du fait du surpoids.

Ce dispositif a vocation à encourager la pratique d'une activité physique régulière, modérée et adaptée aux personnes affectées par des pathologies dites « *affections de longue durée* »²⁰⁹. Ainsi, les bénéficiaires sont des personnes atteintes d'obésité, de diabète de type 2, de maladies cardiovasculaires, d'hypertension artérielle, de cancer du sein et du côlon en rémission, de VIH/SIDA ou des personnes âgées fragiles. (annexe 2). De 2012 à fin 2018, à Strasbourg, 400 médecins généralistes ont prescrit à plus de 2800 patients de l'activité physique adaptée (Gasparini, Knobé, 2014). De nouveaux critères du sport-santé régulièrement ouverts : ouverture à la santé mentale (2021), aux aidants familiaux (non professionnels) d'une personne âgée dépendante ou handicapée de son entourage, aux patients covid-long (2021), ainsi qu'aux femmes enceintes (du 4^e au 9^e mois de grossesse) et post accouchement (jusqu'aux 9 mois de l'enfant). Muni de son ordonnance, c'est au patient de se présenter à un éducateur de la Ville de Strasbourg (puis de la Maison sport-santé), lequel après un entretien d'inclusion et des tests physiques, l'orientera vers une activité adaptée.

Le site internet de la Maison sport-santé de Strasbourg décrit les étapes nécessaires du parcours de prise en charge au sein de la structure (*illustration 18*).

²⁰⁹ L'assurance maladie définit les ALD ainsi : « L'Affection longue durée (ALD) concerne une maladie dont la gravité et/ou le caractère chronique nécessite un traitement prolongé. ». En ligne : <https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/maladie-accident-hospitalisation/affection-longue-duree-ald/affection-longue-duree-maladie-chronique>

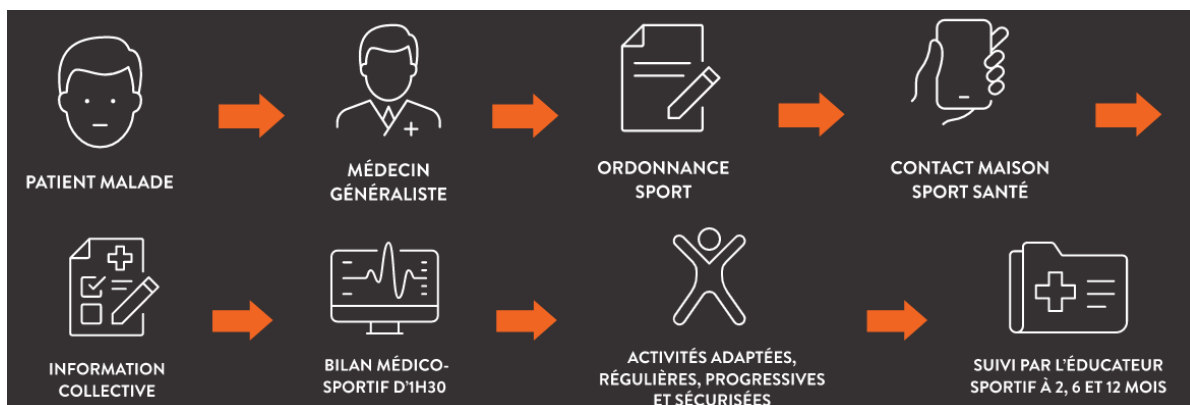


Illustration 18 - Onglet bénéficiaire du site internet de la Maison sport-santé ²¹⁰.

Initialement gratuit les deux premières années, le dispositif fait à partir de 2022 l'objet d'une tarification sociale et solidaire. Les activités sont multiples : location gratuite d'un vélo Vél'hop (jusqu'en 2021), participation aux activités organisées par les éducateurs sportifs de la Ville de Strasbourg ou les associations partenaires, vélo-école, etc. :

« Sur sport-santé sur ordonnance, on a différentes activités sportives, ça va du basket, course à pied, renforcement musculaire, circuit training... Toute activité adaptée aux caractéristiques du public ».

Entretien avec un éducateur sportif d'une association partenaire de la Ville de Strasbourg, réalisé le 12 juillet 2018 (Blanc, 2018).

Encadré 17 - Peut-on parler de dispositif pilote pour sport-santé sur ordonnance à Strasbourg ?

Selon les acteurs locaux, le dispositif de sport-santé sur ordonnance serait pilote et aurait permis de faire évoluer la loi de santé en France en introduisant la possibilité pour les médecins traitants de prescrire une activité physique pour des patients atteints de certaines maladies chroniques²¹¹.

²¹⁰ Site internet de la Maison sport santé de Strasbourg. Mars 2023. URL : <https://www.maisonsportsantestrasbourg.fr/beneficiaire/>

²¹¹ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2016/1/26/AFSX1418355L/jo>

L' élu en charge de la santé rappelle ainsi :

« Et puis, voilà, ça a fait un premier buzz assez fort... Et ensuite, en octobre, l'Académie de médecine a proposé que l'activité physique soit remboursée par la Sécurité sociale... Alors ça a refait du buzz et on l'a lancé en octobre 2012 avec CYMES... C'est assez intéressant les conjonctions du temps scientifique, du temps médical et du temps politique quoi ».

Entretien avec l' élu en charge de la santé, réalisé le 4 juillet 2018, (Blanc, 2018).

L'inscription de la Ville de Strasbourg dans l'écriture du cahier des charges des Maisons sport-santé serait ainsi liée à son statut de pilote :

« [...] La ville a participé à l'écriture de ce cahier des charges national, parce qu'on a participé à l'un ou l'autre groupe de travail, parce qu'on a été évidemment repéré. Enfin, Strasbourg a été repéré comme un des sites historiques pilotes de ces thématiques-là. »

Entretien avec le directeur du GIP Maison sport santé, 5 mai 2021.

Le sport-santé n'est pas nouveau de par le dispositif strasbourgeois. La Fédération d'éducation physique et de gymnastique volontaire en porte par exemple les principes depuis 1888 en visant dans sa pratique le bien-être et l'épanouissement social et physique de ses pratiquants²¹². Ce qui est nouveau dans le sport-santé sur ordonnance tel que développé par la Ville de Strasbourg en 2012, c'est sa médicalisation à travers l'ordonnance du médecin traitant. L'ordonnance devient élément de prescription d'une activité physique de santé. Cette expérimentation amène la ville de Strasbourg à devenir référente en matière de sport-santé, encouragée par une forte médiatisation de ses actions et légitimant ce rôle (Gasparini, 2021).

Cependant, la Ville de Strasbourg n'est pas la seule à développer ces dispositifs. Lors des assises du sport-santé en 2021, un internaute affirme ainsi *« Le sport-santé n'a pas été lancé à Strasbourg »*²¹³. À Biarritz, par exemple, en 2019 l'association *« Biarritz Côte Basque Sport-santé »* fêtait les 10 ans de son dispositif, lancé en 2009 par la volonté de la Ville de Biarritz²¹⁴. Ces dispositifs communaux de Strasbourg et Biarritz sont pilotes, car ils ont précédé en France la loi permettant la prescription médicale d'activité physique aux patients atteints d'affections de longue durée (Gasparini, 2021).

²¹² Site internet Fédération d'éducation physique et de gymnastique volontaire (En ligne) : <https://ffepgv.fr/federation/le-projet>

²¹³ Commentaire relevé lors d'une plénière des assises du sport-santé de Strasbourg en 2021 d'un internaute.

²¹⁴ Lesay, J.D. (2019). En dix ans, le sport-santé s'est fait une place de choix au Pays basque – Article. *Banque des territoires*. <https://www.banquedesterritoires.fr/en-dix-ans-le-sport-sante-sest-fait-une-place-de-choix-au-pays-basque>

- Le dispositif de prise en charge coordonnée des enfants obèses et en surpoids de Strasbourg (PRECCOSS)



Illustration 19 - Plaquette de présentation du dispositif PRECCOSS²¹⁵

Second dispositif porté par la Ville de Strasbourg dans le cadre du sport-santé, le dispositif PRECCOSS existe depuis 2014 (*illustration 19*). Il s'inscrit dans le contrat local de santé et prend son ancrage sur le projet régional de santé 2012 – 2016. Il part du constat de la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les enfants et les adolescents, et ce particulièrement en Alsace. Cette prévalence est de 18,6% contre 15% en France métropolitaine, en 2012 ²¹⁶. Alors qu'il est ouvert aux enfants de 2 à 18 ans, depuis 2017, son objectif est de développer le goût à l'activité physique chez l'enfant et l'adolescent et de faire évoluer les comportements alimentaires de ces enfants ainsi que de renforcer le dépistage plus précoce de l'obésité infantile.

²¹⁵ Ville et Eurométropole de Strasbourg. (2019). *Flyer de présentation du dispositif PRECCOSS*.

²¹⁶ 6^e édition de l'étude trisannuelle ObEpi-Roche, réalisée auprès de plus de 25.000 personnes âgées de plus de 18 ans.

Le dispositif est pluridisciplinaire, coordonné par une infirmière, et fait intervenir : psychologue, diététicienne, médecin généraliste, éducateur sportif, infirmière²¹⁷. En 2024 le dispositif PRECCOSS change de nom et devient Nutrimouv+.

D. L'essai de clarification du portage des dispositifs de sport-santé à Strasbourg par la Maison sport-santé

Le projet de la Maison sport-santé émane dans un contexte où, lors de sa constitution, le portage des dispositifs de sport-santé par la Ville de Strasbourg fait l'objet de controverses (SSSO et PRECCOSS). Ces controverses peuvent s'expliquer par le pacte financier qui contraint la Ville dans ses dépenses de fonctionnement, comme nous allons le voir, mais pas seulement. La directrice de la Direction solidarités, santé, jeunesse de la Ville de Strasbourg l'illustre par d'autres raisons dans ses propos :

« La MSS est une excroissance. C'est un problème de fond : ordonnance. Pourquoi toujours une ordonnance ? Le mieux serait de revenir au droit commun »

Directrice solidarités, santé, jeunesse de la Ville et l'Eurométropole de Strasbourg, réunion de département, 18 juin 2020.

L'existence même des dispositifs pose question au sein de la Ville de Strasbourg. D'après elle, en qualifiant la Maison sport-santé d'« excroissance », il s'agit de qualifier les dispositifs de sport-santé d'extension du cadre de « droit commun ». Cela laisse suggérer que la MSS est un élément additionnel non fondamental.

²¹⁷ S'ils ont été dépistés – par la médecine scolaire ou la médecine de ville, pédiatrique et générale – comme étant en surpoids ou obèses, les enfants scolarisés à Strasbourg sont orientés via une prescription médicale vers le dispositif PRECCOSS. Accompagné de ses parents et muni de son ordonnance, l'enfant est alors incité à prendre rendez-vous avec l'infirmière « référente » du dispositif qui assure son inclusion et son orientation vers les activités et/ou professionnels dédiés à cette prise en charge d'une durée maximale de trois ans. Grassler, M., Knobé, S. & Gasparini, W. (2019). Les parcours de prévention par le sport de l'obésité chez les enfants d'un quartier populaire strasbourgeois : transmissions familiales et rapports à l'activité physique. *Movement & Sport Sciences - Science & Motricité*, 103, 75-88. <https://doi-org.scd-rproxy.u-strasbg.fr/10.1051/sm/2019002>

L' élu en charge de la santé est conscient des débats qui peuvent exister sur l'existence même des dispositifs de sport-santé au sein de la Ville de Strasbourg :

« Mais quand vous arrivez avec quelque chose qui n'est pas une compétence première, par définition, l'administration, surtout corsetée comme elle était financièrement... [...] Je l'ai entendu des centaines de fois, maintenant je l'entends plus, oui c'est pas une compétence obligatoirement des villes la santé, donc le sport-santé... Donc que j'ai - parce que t'es gentil quoi - mais c'est pas du tout une compétence voilà... »

Entretien avec l' élu en charge de la santé, 19 février 2021.

Pour les services de la Ville de Strasbourg, notamment des sports et de la santé, la Maison sport-santé de Strasbourg, permet donc également de tenter de reclarifier les compétences de la Ville en matière de sport et de santé. Pourtant, nous le verrons par la suite, le nouveau portage des dispositifs de sport-santé par la Maison sport-santé n'apporte pas une clarification des frontières de l'action publique, notamment en matière de prévention primaire. Si la Ville de Strasbourg souhaite se dé-saisir de ces dispositifs, il subsiste une crainte d'une trop grande autonomisation de la Maison sport-santé qui pousse à questionner ces frontières.

Ainsi, l'histoire locale de la Ville de Strasbourg et les données épidémiologiques particulières à l'Alsace ont conduit les acteurs de la Maison sport-santé à construire une filiation avec les dispositifs passés et à revendiquer un héritage présenté comme un atout ou une ressource. Ce contexte local a encouragé l'élaboration d'une feuille de route ambitieuse de la Ville de Strasbourg autour des questions d'urbanisme, de mobilités, mais également à travers le développement de dispositifs. Mais le portage de ces dispositifs est remis en cause par la Ville de Strasbourg et pousse également à la structuration de la Maison sport-santé. Nous verrons que cette élaboration s'inscrit également dans un contexte politique, financier et immobilier spécifique.

II. L'émergence de la Maison sport-santé de Strasbourg : un groupement d'intérêt public face aux défis politiques, financiers et immobiliers de l'action publique locale

Au-delà du contexte historique, épidémiologique et national, le contexte politique, financier et structurel des politiques publiques de santé est également déterminant dans la structuration du groupement d'intérêt public (GIP). Ce contexte encourage à la création du GIP en tant qu'instrument juridique autonome, appelé à porter les dispositifs sport-santé sur ordonnance et PRECCOSS.

A. La structuration de la Maison sport-santé à l'aune des élections municipales et dans un contexte financier contraint : l'illusion d'une simplification ?

Le choix du GIP pour porter l'action publique locale n'était pas une évidence pour les acteurs. L' élu en charge de la santé explique ainsi que différentes options étaient possibles :

« Donc en fait au départ, soit on le faisait en régie municipale, j'aurais préféré le faire en régie municipale parce que c'est l'histoire de Strasbourg, d'avoir un vrai service sport-santé, ça aurait été quelque chose à mon avis de politiquement vraiment très intéressant dans l'histoire bismarckienne de Strasbourg... Comme on a un service social, un service d'urbanisme, on aurait eu un service du sport-santé... une direction du sport-santé... ça aurait été vraiment intéressant... ».

Entretien avec l' élu en charge de la santé, 19 février 2021.

L' élu, dans ses propos, se prononce en faveur d'une régie municipale dont il appuie le fondement sur le contexte historique de Strasbourg. Pourtant, c'est le groupement d'intérêt public qui est retenu²¹⁸, un contexte multifactoriel l'explique.

Le premier élément de ce contexte est la temporalité politique du projet. En effet, lorsqu'émerge en 2017 à Strasbourg le souhait de structuration d'un réseau municipal du sport-santé, les élections municipales se déroulent dans moins de trois ans, en 2020.

²¹⁸ Les différents choix possibles dans la reprise de gestion des dispositifs de sport-santé sont décrits dans la partie 1 de la recherche (Partie 1, Chapitre 2).

On voit ici que la mise sur l'agenda peut être contrainte par un calendrier institutionnel. Les acteurs de la publication des problèmes publics vont devoir agir sur le rythme de mise sur agenda (Hassenteufel, 2011). Aussi, le cycle électoral invite les acteurs locaux et notamment les élus à adapter leurs stratégies en fonctions des échéances électorales. On observe ainsi, du fait d'un enjeu électoraliste, une intensification des projets à l'approche des élections (Le Galès, 2003). Mais le GIP intervient en consolidation d'une politique, jusqu'alors municipale et marque le souhait des acteurs de s'autonomiser pour être indépendant du contexte politique. En effet, l' élu en charge de la santé porte le projet de pérenniser les dispositifs de sport-santé face au risque d'une alternance politique selon le directeur de la Maison sport-santé :

« Qu'on le veuille ou non, c'est un portage Ville... municipal... peut-être que dans la mesure où il ne s'agit pas d'une compétence obligatoire d'une commune ... en cas d'alternance du jour au lendemain tout s'arrête. »

Entretien avec le directeur de la Maison sport-santé, 5 mai 2021.

Pierson (2004) étudie ce phénomène, qu'il qualifie de verrouillage institutionnel. Il analyse ainsi que les élus, lorsqu'ils sont conscients du risque d'alternance politique, portent le souhait d'inscrire leurs réformes dans des cadres institutionnels durables qui seraient difficiles à renverser par de futurs gouvernements. Il montre que ce verrouillage passe par la mise en place d'institutions, de normes, de programmes dont les coûts politiques et économiques seraient trop élevés pour les démanteler par la suite. Il s'agit pour les élus de réussir à ancrer leurs projets.

Lors de la 1^{re} réunion de constitution du GIP, le chargé de projet du sport témoignera ainsi que le GIP est un :

« Objet juridique, partenarial, solide, long à construire, mais durable, moins dépendant du politique »

Extrait du discours du chargé de projet en charge du sport de la Ville de Strasbourg, réunion de constitution du GIP en février 2019.

Pour l' élu en charge de la santé, il s'agit également de pérenniser sa place dans le projet, en dehors de toute élection politique, en s'assurant d'être élu président de la structure. Cette notion est contrebalancée par les règles de la représentation liée à un mandat électif, car l' élu en charge de la santé est représentant de la Ville dans le GIP et la perte d'un mandat électif pourrait lui faire perdre ce rôle également.

Le second facteur de ce contexte multifactoriel en faveur du choix du groupement d'intérêt public, d'après le directeur général adjoint des services de la Ville et l'Eurométropole de Strasbourg, est un facteur financier²¹⁹. En 2019, les collectivités territoriales sont soumises au pacte financier, qui les oblige à maîtriser leurs dépenses et à les limiter à une augmentation de 1,2% chaque année²²⁰. Cette contrainte empêche la Ville de recruter de nouveaux agents pour les dispositifs de sport-santé sur ordonnance et PRECCOSS, et ce, même en cas de contrat financé par un partenaire²²¹. Ces raisons financières sont précisées dans la note au maire²²² :

« À ce stade, et en cas de recrutement par la Ville, rien ne garantit que l'État accepte de sortir les dépenses correspondantes du pacte financier, malgré les recettes équivalentes de l'ARS ».

La création du groupement d'intérêt public est donc étroitement liée au souhait de développer les dispositifs de sport-santé et qui se voient limités du fait des règles coercitives financières de limitation des dépenses publiques :

« L'enjeu initial, c'était pouvoir de pouvoir autonomiser ces dispositifs pour les développer de façon plus aisée en termes de subvention de poste pour répondre à des besoins qui étaient identifiés au fur et à mesure [...] parce que c'était une époque, il y avait le contrat, et le pacte, voilà donc tu ne pouvais même pas créer de postes, même si tu avais des recettes donc c'était compliqué de pouvoir déployer un dispositif. »

Entretien avec le chef du service santé et autonomie, 6 mai 2021.

²¹⁹ Ville et Eurométropole de Strasbourg. (2018). *Note au Maire*, service santé et autonomie. 1^{er} août 2018.

²²⁰ Le pacte financier, également appelé « *pacte de confiance* » ou « *pacte financier État-collectivités* » est instauré en France en 2018. Ce pacte visait la stabilisation des dépenses des collectivités locales en limitant le taux d'augmentation de leurs dépenses annuelles de fonctionnement à 1,2%. Si les collectivités respectaient cela, l'État s'engageait au maintien de dotations financières. Il fait suite au pacte de Cahors pour les périodes 2014-2018 qui portait également l'objectif d'une meilleure maîtrise des dépenses publiques.

²²¹ Cela veut dire que même si la collectivité obtient des financements pour un projet, elle ne peut les utiliser par exemple pour recruter un agent, car cela augmenterait ses dépenses de fonctionnement.

²²² Ville et Eurométropole de Strasbourg. (2018). *Note au Maire*, service santé et autonomie. 1^{er} août 2018.

Aussi, pour le chef du service santé et autonomie de la Ville de Strasbourg, il s'agit de contourner les contraintes du pacte financier par le groupement d'intérêt public qui pèsent sur la gestion de la masse salariale de la collectivité :

« Ça a été un peu débattu sans doute...Enfin, au niveau juridique, parce que le GIP c'était pas très connu quand même... [...] Mais bon, si ça se trouve, on referait la proposition aujourd'hui, elle serait plus la même parce qu'aujourd'hui, on n'est plus du tout dans la même perspective budgétaire des collectivités... En fait, la seule motivation, la seule raison, c'était le pacte financier...Et c'était de réduire la masse salariale de la collectivité... »

Entretien avec la chargée de projet et pilote de dispositif sport-santé sur ordonnance, 5 mars 2021.

L'externalisation du portage des postes en matière de ressources humaines permettrait, selon les acteurs locaux de se détacher des contraintes administratives qui pèsent sur la collectivité et ainsi d'assurer la possibilité de nouveaux recrutements pour les dispositifs :

« Pourquoi on a fait le GIP : pour que tout nouveau recrutement ne repose pas sur la masse salariale de la Ville. On fait économiser à la Ville 15 postes. »

Extrait d'une prise de parole du préfigurateur du GIP, réunion de préfiguration du groupement d'intérêt public Maison sport-santé de Strasbourg, 22 février 2022.

Pour la Ville également, le portage par le groupement d'intérêt public et ses partenaires de postes est intéressant puisqu'il permet le recrutement de nouveaux agents : *« PRECCOSS libère de la place pour nos besoins à nous en CDD »* dit ainsi un agent du service santé en réunion de service le 10 septembre 2020.

Les acteurs de la Ville de Strasbourg placent également dans le GIP l'espoir d'une simplification administrative :

« [...] Avec le GIP, ça devrait être plus léger quand même... Quand j'ai vu l'allure à laquelle il a pu recruter [le préfigurateur]... À un moment donné, on avait les financements, on avait les besoins de postes, mais on ne pouvait pas recruter parce qu'il ne fallait pas rajouter de personnel malgré les ressources. Les ressources étaient là, et là, t'as juste envie de pleurer parce que nous, on avait envie de faire. »

Entretien avec une chargée de mission de la Direction des sports, Ville et Eurométropole de Strasbourg, 2 mars 2021.

Crozier (1963), en analysant les dysfonctionnements de la bureaucratie, met en lumière les freins qui s'opèrent dans l'action publique, du fait de lourdeurs administratives. Souvent, cette lourdeur encourage les acteurs locaux à faire le choix de la simplification pour améliorer l'efficacité des services publics. Le GIP serait, pour ces acteurs locaux, un instrument qui permettrait plus de rapidité d'action :

« Moi j'ai souvenir de discussions sur les financements ... et sur le fait que ça puisse se développer plus rapidement en tout cas et plus sereinement grâce au GIP, s'il n'y a pas toutes les contraintes administratives. »

Entretien avec une chargée de mission de la Direction des sports, 2 mars 2021.

On le voit, les contraintes qui pèsent sur la Ville de Strasbourg, notamment électorales et financières, empêchent le développement des dispositifs de sport-santé sur ordonnance et PRECCOSS. C'est dans cet enchevêtrement de contraintes qu'est pensé le GIP Maison sport-santé afin d'assurer la pérennité financière et politique des dispositifs préexistant à la Maison sport-santé.

Cependant, les contraintes organisationnelles qui s'imposent à l'existence du GIP sont également lourdes et la mise en œuvre d'une telle structure peut s'avérer complexe pour les acteurs. Plusieurs acteurs de la Maison sport-santé soulignent cette complexité du GIP : *« On pensait avoir un outil souple et le cadre est finalement encore plus rigide qu'à la Ville ... »* me dit un agent de la Ville de Strasbourg la suite d'une équipe projet Maison sport-santé en mai 2019.

Si les circuits de décision pour les agents, comme nous le verrons par la suite, peuvent être nécessairement plus rapides, les règles budgétaires et en matière de ressources humaines ne sont pas plus simples. Le processus d'enrôlement des acteurs dans sa création est également complexe. Le cadre de l'écriture de sa convention constitutive conduit à l'écriture de textes juridiques complexes, ce qui n'est pas facilitant dans la mobilisation des institutions.

Au niveau budgétaire par ailleurs, le GIP est soumis aux principes de la comptabilité publique. En effet, l'article 112 de la loi n° 2011-525 du 17 mai 2011 de simplification et d'amélioration de la qualité du droit dispose que : « *la comptabilité du groupement est tenue et sa gestion assurée soit selon les règles de droit public lorsque le groupement assure, à titre principal, la gestion d'une activité de service public administratif, soit selon les règles de droit privé lorsque le groupement assure, à titre principal, la gestion d'une activité de service public industriel et commercial* »²²³. Cette note précise les règles budgétaires auxquelles sont soumis les GIP et notamment le contrôle par un comptable public.

Mais la plus grosse contrainte des GIP est en matière de ressources humaines. D'abord, et nous le verrons par la suite, le GIP fait coexister différents statuts d'agents, ce qui rend ardue la gestion de sa masse salariale. De plus, les agents du GIP sont soumis au régime de droit public et leur cadre de travail est défini par le décret n° 2013-292 du 5 avril 2013 relatif au régime de droit public applicable aux personnels des groupements d'intérêt public²²⁴. Les recrutements directs au sein du GIP sont difficiles à mettre en œuvre et doivent représenter l'exception. La fiche 9 du ministère de l'Économie et des Finances rappelle ainsi :

« 3.1 Le recrutement

En application des dispositions de l'article 4 du décret du 5 avril 2013, le recrutement direct d'agents contractuels en propre par un GIP n'est possible que dans deux hypothèses :

- *pour l'exercice d'une fonction requérant des qualifications spécialisées nécessaires à la réalisation d'une mission permanente du groupement, en l'absence de ces qualifications parmi les personnels susceptibles d'être employés sur le fondement du 1° et du 2° de l'article 109 de la loi du 17 mai 2011 (3.1.1) ;*
- *pour assurer le remplacement d'un agent temporairement absent, pour faire face à une vacance temporaire d'emploi ou en cas d'accroissement temporaire ou saisonnier d'activités (3.1.2). »*

(Ministère de l'Économie et des Finances, 2016)

²²³ Ministère de l'économie et des finances. (2016). *Fiche 10A – la typologie des GIP au regard des règles budgétaires et comptables*. En ligne : https://www.economie.gouv.fr/files/files/directions_services/daj/gip/guide-relatif-aux-gip/fiche10-regime-budgetaire-et-comptable.pdf

²²⁴ Ministère de l'économie et des finances. (2016). *Fiche 9 – Gestion et statut des personnels soumis à un régime de droit public*. En ligne : https://www.economie.gouv.fr/files/files/directions_services/daj/gip/guide-relatif-aux-gip/fiche10-regime-budgetaire-et-comptable.pdf

Cependant, le GIP adapte ces règles en communiquant d'abord à ses membres fondateurs les fiches de poste des personnels à recruter directement au GIP, puis, en publiant les postes sur des réseaux publics. Cela illustre que, face aux contraintes organisationnelles fortes, les acteurs adoptent des stratégies de contournement pour préserver leurs intérêts, tout en cherchant à rester au plus près des règles formelles. Crozier et Friedberg (1977) montrent ainsi que ces marges de manœuvre permettent aux acteurs de tirer parti des failles du système en leur sens.

Les GIP s'avèrent donc, malgré les ambitions des acteurs locaux d'y trouver des instruments flexibles et simples, des structures complexes à mettre en œuvre.

B. Les Bains municipaux : une opportunité foncière

La création de la Maison sport-santé coïncide également avec l'émergence d'une opportunité foncière avantageuse. En effet, lors de l'annonce par le Président de la République du lancement d'un appel à projet national des Maisons sport-santé, en 2017, a lieu un débat au niveau local sur l'avenir de la piscine des Bains Municipaux de Strasbourg, comme l'exprime le directeur de la Maison sport-santé :

« Donc on arrive en 2017 au même moment. Il y a un débat qui fait rage sur l'utilisation d'un lieu emblématique et patrimonial à Strasbourg, qui s'appelle les Bains municipaux. Avec une partie piscine qui reste une partie de piscine. Mais un bâtiment peu ou pas connus des Strasbourgeois, dont l'usage crée débat. Les moult débats entre un usage public et un usage privé, y compris même un projet d'un hôtel SPA grand luxe, voilà donc polémique dans la presse, « comment ça... vous privatisez un lieu » ... Et donc là, à ce moment-là, arrive la bonne idée de dire... ah, mais ce lieu serait idéal pour y loger la Maison sport-santé. »

Entretien avec le directeur du GIP Maison sport santé concernant l'opportunité foncière de la Maison sport santé, 5 mai 2021.

Alors qu'un débat public et politique houleux se tient sur l'opportunité de créer une structure luxueuse à vocation privée²²⁵ l'aile médicale de la Maison sport-santé apparaît comme une opportunité pour les élus de la municipalité de lancer un projet à vocation publique.

²²⁵ Gérard, J-F. (2017). Aux Bains municipaux de Strasbourg, le sport-santé a évincé l'hôtel de luxe. Article de presse, Rue 89 Strasbourg, 29 novembre 2017. <https://www.rue89strasbourg.com/maison-sport-sante-ordonnances-bains-municipaux-hotel-luxe-128408>

Les auteurs montrent qu'en France « *le débat public-privé est politiquement sensible, voire passionnel* » (Lorrain, 1987). Il suscite de vifs débats politiques et reflète des préoccupations plus profondes sur la société ou encore les services publics. En soutenant le développement d'une action publique locale au sein de l'aile médicale des Bains municipaux, les élus s'inscrivent ainsi, par extrapolation, dans un soutien aux services publics. Cet intérêt à défendre ces services apparaît, en contexte électoral, comme un intérêt électoraliste envers un électorat spécifique. Le Galès montre ainsi que les gouvernements locaux de gauche défendent le service public pour garantir une meilleure justice sociale et une équité territoriale (Le Galès, 2003). Élu sous une étiquette de gauche, la municipalité de l'époque cherche à travers ce projet à fidéliser une partie de son électorat, pour lequel la défense du service public est idéologique.

De plus, l'aile médicale des Bains municipaux²²⁶, qui accueille la Maison sport-santé de Strasbourg, fut érigée en 1908 afin de devenir un bâtiment à vocation hygiéniste. L'histoire de l'aile médicale des Bains municipaux, où une clinique dédiée au traitement des problèmes de dos chez les enfants a autrefois été implantée, est utilisée par les élus pour justifier le transfert des dispositifs de sport-santé dans ces locaux :

« *Nous allons faire passer les bains de l'hygiène santé, leur vocation d'origine, au sport-santé* »

L' élu en charge de la santé, extrait d'un article des Dernières Nouvelles d'Alsace du samedi 6 octobre 2018²²⁷

La municipalité fait donc le choix politique de consacrer l'aile médicale des Bains municipaux à la Maison sport-santé. C'est une double opportunité pour les élus de la Ville de Strasbourg : créer un projet public et saisir le lancement de l'appel à projet national des Maisons sport-santé pour s'en emparer localement.

²²⁶ Les Bains municipaux de Strasbourg, établissement municipal de bains publics, se situent boulevard de la Victoire à Strasbourg.

²²⁷ Walch, V. (2018). Bains municipaux : les prémices de la Maison du sport santé. Article des *Dernières Nouvelles d'Alsace (DNA)*, édition du 6 octobre 2018. <https://c.dna.fr/edition-de-strasbourg/2018/10/05/les-premices-de-la-maison-du-sport-sante>

Le projet immobilier des Bains municipaux devient, par l'incarnation du bâtiment de l'aile médicale, une nouvelle forme de légitimation du développement de l'action publique locale de sport-santé :

« Dans le projet de candidature à la présidentielle de Macron et étudié par notre élu... il y avait quand même le projet de 500 Maisons sport-santé sur le mandat... Bon, mais il n'y avait rien là-dedans, maintenant hein... C'était juste une ligne dans le programme... Et en fait, c'est le jour où il a enfin réfléchi... Et où il y a eu deux idées qui se sont connectées et qui ne l'ont plus quitté... À savoir l'exploitation et la réhabilitation des Bains municipaux, de l'aile médicale des Bains municipaux et qui de toute façon devait être restaurée... Enfin le projet dans son ensemble et la Maison sport-santé, puisque les Bains municipaux avaient leur vocation initiale début du XX^e siècle sur tout ce qui est hygiène, bien-être... »

Entretien avec la chargée de projet et pilote du dispositif sport-santé sur ordonnance, Ville et Eurométropole de Strasbourg, 5 mars 2021.

Encadré 18 - Le projet immobilier de la Maison sport-santé de Strasbourg

Le projet immobilier s'élabore en plusieurs phases successives. La première est la définition par les agents des dispositifs sport-santé sur ordonnance et PRECCOSS de leurs besoins (2018-2019). Cette étape s'illustre par un rendu, le cahier de détermination des besoins immobiliers élaboré par la Ville de Strasbourg.

En 2019, plusieurs réunions ont lieu afin d'affiner les besoins, notamment à partir de l'étude des plans existants de la Maison sport-santé. Les architectes sont désignés maîtres d'œuvre suite à un marché public et la Ville de Strasbourg, par la Direction construction, patrimoine et bâti porte la charge de la maîtrise d'ouvrage. Les agents de la Maison sport-santé expriment leurs remarques au sein de l'avant-projet sommaire, puis de l'avant-projet définitif du projet immobilier.

Dans son projet finalisé, l'aile médicale de la Maison sport-santé fait 1500 m² et prévoit 3 salles d'activités, des bulles d'entretiens, une cuisine pédagogique, une cour-jardin et des bureaux professionnels. Des illustrations permettent de présenter les principes d'aménagement de la Maison sport-santé en distinguant les espaces dédiés au public ou aux professionnels (*illustrations 20 et 21*).

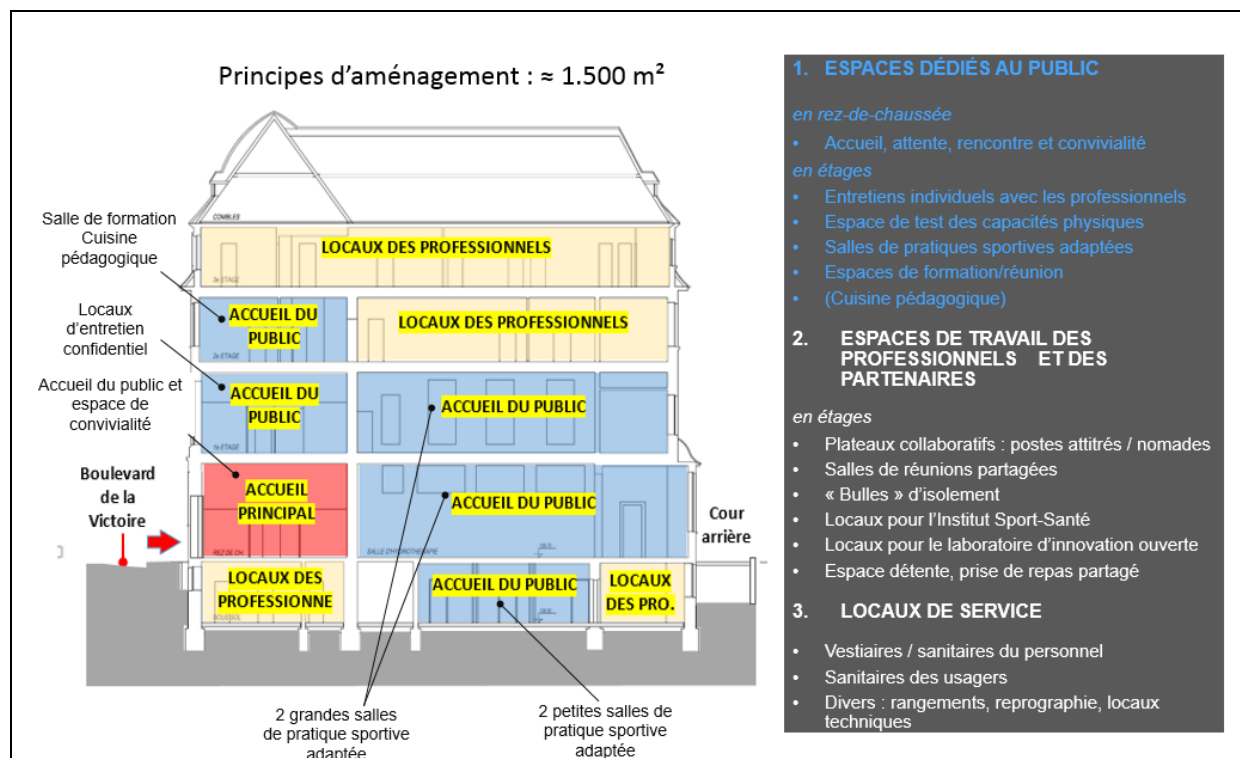


Illustration 20 – Présentation des espaces de la Maison sport-santé²²⁸

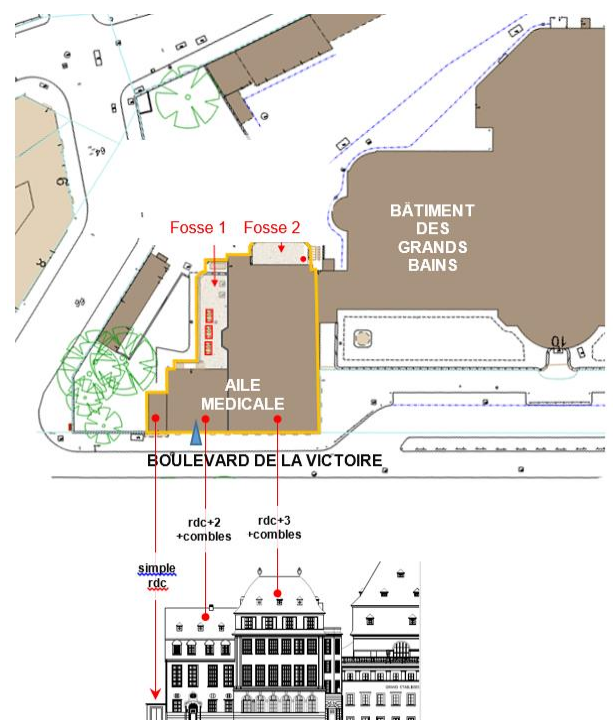


Illustration 21 - Situation géographique de la Maison sport-santé²²⁹

²²⁸ Blanc, P. Jouan, F. (2020). Présentation PowerPoint, maison sport-santé. Séminaire France Assos Santé, 4 mars 2020.

²²⁹ Ville et Eurométropole de Strasbourg. (2020). Powerpoint Comité de pilotage - Maison sport santé.

Différentes visites de chantiers ont lieu avec les partenaires pour montrer l'avancée des travaux (illustration 22).



Illustration 22 - Visite par les partenaires du chantier de l'aile médicale des Bains Municipaux²³⁰

Initialement prévu pour l'automne 2021, le projet immobilier de la Maison sport-santé sera finalement achevé au printemps 2023. Les équipes de sport-santé rejoindront l'aile médicale des Bains municipaux en mars 2024.

Ce projet immobilier en centre-ville de Strasbourg sera complété de structures dans les quartiers de la Ville de Strasbourg, appelées « antennes ». L'une de ces antennes préexiste déjà à la Maison sport-santé de Strasbourg, au sein du quartier de HautePierre où se situe le dispositif PRECCOSS depuis 2014. D'autres antennes ont vocation à être développées, au Neuhof notamment. Selon la synthèse de l'atelier de lancement de la démarche « *coconstruire ensemble la Maison sport-santé* » du 17 mars 2021, un enjeu identifié par les acteurs est : « *Dans les autres quartiers et par les antennes de la Maison du Sport-Santé, insuffler une dynamique positive pour encourager l'activité physique sans que ces publics ne soient obligés de se déplacer aux Bains municipaux.* »²³¹

Les locaux de la Maison sport-santé ont donc un fort impact symbolique. Pour les acteurs il s'agit par le développement de ces antennes d'anticiper une critique selon laquelle seuls les publics les plus privilégiés pourraient se rendre à la Maison sport-santé car cette dernière se situe en centre-ville.

²³⁰ Photos personnelles de visite de l'aile médicale des Bains Municipaux, juillet 2021.

²³¹ Ateliers RTT. (2021). Synthèse de l'atelier de lancement de la démarche « *coconstruire ensemble la Maison sport-santé* » du 17 mars 2021.

III. L'impact limité des normes extérieures du sport-santé sur la structuration de la Maison sport-santé

La Maison sport-santé de Strasbourg se développe parallèlement à la structuration nationale des Maisons sport-santé, pourtant l'impact de son cahier des charges est limité. D'autres projets plus locaux viennent moduler sa mise en œuvre, c'est le cas du dispositif régional « Prescirmouv » et du projet « Territoire de santé de demain », avec notamment la *Gesundes Kinzigtal*²³². Bien que ces différents projets posent certaines contraintes dans la constitution de la Maison sport-santé, les acteurs locaux conservent une grande marge de manœuvre dans l'organisation de la future Maison.

A. La Maison sport-santé porteur d'un héritage local du sport-santé et son inscription dans l'appel à projet national : une influence limitée

Le projet d'élaborer une structuration différente des dispositifs sport-santé sur ordonnance et PRECCOSS débute dès 2018. Plusieurs notes de la Ville de Strasbourg parlent, à cette époque, de réseau municipal du sport-santé. Ce réseau se structurerait avec les acteurs locaux impliqués dans le sport-santé local (associations partenaires, institutions partenaires : Hôpitaux universitaires de Strasbourg, Université, etc.).

Face à l'émergence en 2019 du label « *Maison sport-santé* », la Ville de Strasbourg se réapproprie ce terme et qualifie son projet ainsi. La notion de réseau municipal n'est dorénavant plus utilisée par les acteurs locaux. Il s'agit, pour les acteurs locaux, d'une appropriation opportuniste du label national, selon le directeur du GIP :

« J'ai entendu parler du concept du Maison sport-santé, très clairement, lors des élections présidentielles puisque c'était, c'est toujours, les engagements du président Macron de créer 500 Maisons sport-santé d'ici à la fin de son mandat en 2022. [...] ça a plus été une conjonction d'opportunité en fait. »

Entretien avec le directeur du GIP Maison sport-santé, 5 mai 2021.

²³² La *Gesundes Kinzigtal* est une société allemande de gestion de soins de santé basée à Hausach, dans la vallée de la Kinzig en Forêt Noire (Bade-Wurtemberg - Allemagne).

Cette notion de conjonction d'opportunité laisse entendre que le projet de Maison sport-santé préexistait au déploiement national des Maisons sport-santé. En effet, selon le rapport de Oualhaci de 2023 :

« La plupart des MSS enquêtées étaient déjà investies dans de l'activité physique et sportive à des fins de santé auparavant, même si une partie d'entre elles reconnaissent que ce qu'elles faisaient alors dans ce domaine était moins développé et relativement « standard ». Les MSS enquêtées ont cependant déclaré que l'obtention du label leur avait permis d'avoir davantage de visibilité auprès des acteurs locaux, notamment associatifs, d'être davantage reconnues et d'avoir plus de légitimité auprès de différents acteurs institutionnels, mais pas nécessairement auprès des professionnels de santé. »²³³

S'il ne modifie pas le sens du projet jusqu'alors envisagé par les acteurs locaux, le label « Maison sport-santé » arrive en justification du projet. Il agit comme facteur légitimant du projet et invite les acteurs locaux, notamment ceux de la Ville de Strasbourg, à rapidement mettre en œuvre la structure dans son indépendance juridique pour obtenir le label²³⁴.

Le pouvoir d'impact du cahier des charges des Maisons sport-santé national sur le projet de Maison sport-santé strasbourgeoise est limité. Cela s'explique à plusieurs titres. D'abord par la participation de la Ville de Strasbourg aux instances d'écriture du cahier des charges national. C'est une opportunité pour les porteurs de projet locaux d'influencer cette écriture dans le sens du projet local, sans devoir subir de trop fortes contraintes sur leur propre projet²³⁵. En étudiant les gouvernances multiniveaux, Hooghe et Marks (2001) soulignent en effet que participer à des groupes de travail nationaux permet aux acteurs locaux d'influencer des décisions en amont de leur impact local afin de préserver leurs intérêts et d'ajuster leurs stratégies. Une chargée de mission ayant participé à la réunion d'écriture du cahier des charges dira ainsi à l'issue de cette réunion : « on coche toutes les cases ! » avec un grand sourire (le 20 avril 2019).

²³³ Oualhaci, A. (2023). Maisons sport-santé : l'émergence et la structuration d'un nouvel instrument d'action publique, INJEP Notes & Rapport/Rapport d'étude. N°2023/05. <https://injep.fr/wp-content/uploads/2023/06/rapport-2023-05-Maisons-Sport-Sante.pdf>

²³⁴ Cette notion a déjà été abordée en Partie 1 de la recherche, au sein du chapitre 1. III. dans le sous-titre « La labellisation, facteur de légitimation des Maisons sport-santé ». Cette partie nous avait alors permis de poser plus globalement la question du label dans l'action publique locale. Il s'agit ici de s'intéresser au label des Maisons sport-santé dans l'action publique locale.

²³⁵ La question du groupe de travail national d'écriture du cahier des charges des Maisons sport-santé a fait l'objet d'une première explication dans le chapitre 1 de la partie 1.

L'impact du cahier des charges national est d'autant plus limité que lorsqu'il est publié, plusieurs réunions de coordination des acteurs de la Maison sport-santé de Strasbourg ont déjà eu lieu. La structuration de la Maison sport-santé est donc déjà bien avancée.

La Ville de Strasbourg, puis la Maison sport-santé, cherchent ainsi à travers ces différents réseaux nationaux à mieux peser dans la définition du sport-santé nationalement. C'est le cas par exemple dans la coordination du groupe de travail sport-santé sur ordonnance des Villes-Santé de l'OMS.

Encadré 19 – L'inscription de la Maison sport-santé de Strasbourg au sein du groupe de travail sport-santé sur ordonnance du réseau des villes-santé de l'OMS²³⁶ : asseoir son leadership dans l'action publique nationale

Le mouvement des Villes-Santé a été créé en 1986 à Copenhague, après le colloque et l'élaboration de la charte d'Ottawa, par le bureau européen de l'Organisation mondiale de la Santé. Ce réseau est né du vœu de l'OMS de s'appuyer sur de nouveaux acteurs pour promouvoir la santé au plus près des habitants.

Une Ville-Santé est définie par l'OMS comme une ville qui « *améliore constamment la qualité de son environnement, favorise le développement d'une communauté solidaire et qui participe à la vie de la cité, agit en faveur de la santé de tous et réduit les inégalités, développe une économie diversifiée et innovante, donne à chacun les moyens d'avoir accès à la culture et de réaliser son potentiel de créativité* »²³⁷.

C'est la déclaration d'Athènes²³⁸ qui fixe les principes et valeurs de référence des Villes-Santé. La démarche des Villes-Santé s'appuie sur le principe que les villes sont les premières à pouvoir agir dans la vie quotidienne des habitants, et à pouvoir mettre en œuvre des démarches concertées et interpartenariales.

²³⁶ Blanc, P. (2018). *Mémoire*. Op. cit.

²³⁷ Villes-Santé de l'Organisation mondiale de la Santé. <http://www.villes-sante.com/oms-europe/villes-sante-oms/>

²³⁸ Réseau des Villes-Santé de l'OMS. (1998). *Déclaration d'Athènes sur les Villes-Santé, Conférence internationale des Villes-Santé, Athènes (Grèce)*. 23 juin 1998. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/347603/WHO-EURO-1998-3868-43627-61310-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. D'abord le principe de la justice, visant à promouvoir le droit à la santé pour toutes et tous, tout sexe confondu, toute croyance religieuse confondue, quel que soit l'âge, l'orientation sexuelle, la condition socio-économique. La prise de décision sur la santé et les services de soins doivent être collectifs et permettre à chaque citoyen de devenir autonome. Le projet d'une Ville-Santé doit également être mené sur la base de partenariats multisectoriels permettant la représentation de la société civile et d'autres acteurs non gouvernementaux.

Dans la configuration du groupement d'intérêt public-Maison sport-santé de Strasbourg se pose ainsi la question de l'existence du GIP au sein de ce réseau, la Ville de Strasbourg étant adhérente au réseau et non le GIP du fait de sa structuration juridique. Les deux entités coexistent dans le réseau, le GIP reprenant ainsi l'animation du groupe de travail sport-santé jusqu'alors animé par la Ville.

Alors que la Ville de Strasbourg est membre depuis 2011 du réseau des Villes-Santé de l'OMS, elle pilote également le groupe de travail sport-santé sur ordonnance des Villes-Santé de l'OMS. Ce réseau, de partage d'expérience, participe à la mise en réseau entre les porteurs de projets :

« Voilà je pense que cela fait partie du jeu, je suis très heureux d'apprendre, de discuter avec mes collègues d'Angers, de Nantes, de Paris, de Bordeaux. En ce moment, il y a un grand sujet : c'est l'articulation entre la ville et l'agglo. C'est les grands sujets, comment tu fais ? Comment tu t'en sors ? »

Entretien avec l' élu en charge de la santé (Blanc, 2018).

Les assises du sport santé sur ordonnance, organisées en 2015, 2017, 2019, 2021, 2022, par la Ville de Strasbourg et la Maison sport-santé ont pour but, tous les deux ans, de mener des travaux réflexifs autour du sport santé. Pour les acteurs de l'action publique, il s'agit surtout d'échanges de bonnes pratiques entre les villes pour savoir comment les autres villes développent leurs dispositifs. Chacune des réunions du groupe de travail sport-santé des Villes-Santé de l'OMS débute ainsi par un tour de France des initiatives portées par les territoires.

Si ce réseau influence la structuration de chaque dispositif au niveau national, il influence peu celui de la Ville de Strasbourg et la structuration de la Maison sport-santé. Les dispositifs strasbourgeois y apparaissent plutôt en exemples de bonnes pratiques à réaliser sur d'autres territoires français : *« On a rien à apprendre à Strasbourg, on doit plutôt s'en inspirer »* me dit un chargé de mission d'une commune française lors d'une réunion de réseau le 11 juin 2021.

Nous verrons par la suite qu'il s'agit surtout d'une force de lobbying pour l' élu local en charge de la santé afin de promouvoir le développement de l'action publique locale du sport-santé (*partie 2, chapitre 3*).

B. La réforme régionale du sport-santé et son impact sur la Maison sport-santé

La Maison sport-santé de Strasbourg s'inscrit également dans un écosystème régional, en lien avec l'application du dispositif « Prescri'mouv », de sport-santé dans le Grand Est.

Face au développement de multiples dispositifs régionaux, agissant comme l'État avec le label des Maisons sport-santé, l'agence régionale de santé crée ce label afin d'encadrer le déploiement des crédits alloués au sport-santé sur ses fonds en faveur du sport-santé :

« Chaque région a déployé son dispositif et quand... là en 2018-2019, quand Prescri'mouv est sorti, qui se veut l'unique dispositif régional, et tout l'enjeu là, c'est d'articuler Prescri'mouv avec ce qu'avaient l'habitude de faire les opérateurs. Bon la Ville de Strasbourg, c'était la Ville qui a accepté d'être opérateur et d'articuler son dispositif sport-santé avec Prescri'mouv, maintenant c'est pas repris par la Maison sport santé. »

Entretien avec la chargée de mission de l'agence régionale de santé (ARS), 26 janvier 2021.

Mis en œuvre depuis 2018, Prescri'mouv est créé par l'agence régionale de santé, le régime local, la DRDJSCS et le régime local. Alors qu'une réforme des parcours est déjà engagée au sein de la Maison sport-santé et fait l'objet d'une démarche de réflexion collective, que nous étudierons par la suite (*partie 2 chapitre 2*), la réforme Prescri'mouv vient redessiner les parcours. Elle invite les dispositifs de sport-santé sur ordonnance à évoluer selon plusieurs niveaux d'accompagnement en distinguant trois parcours (*illustration 23*).

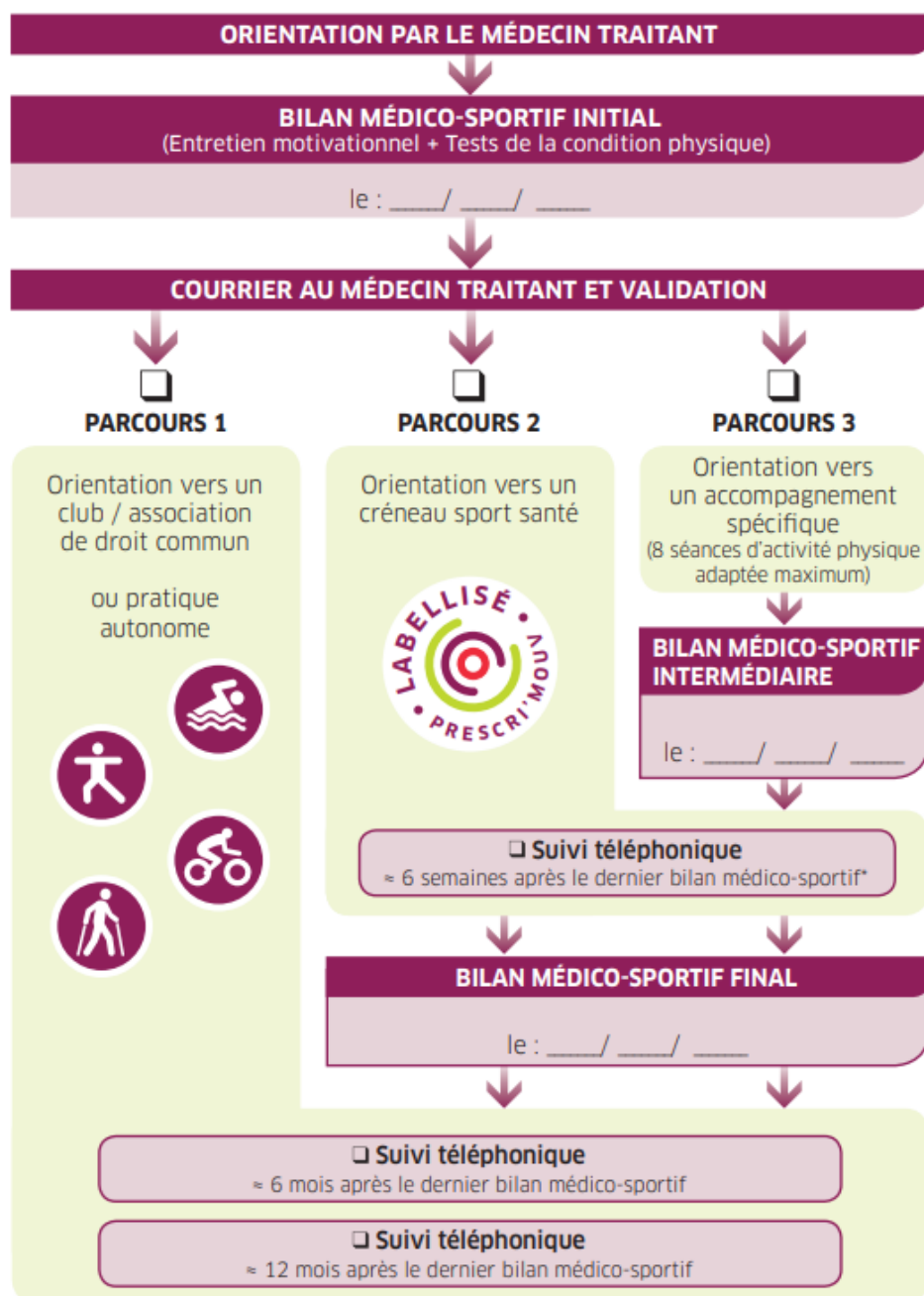


Illustration 23 – Présentation des parcours Prescri'mouv dans le pass ²³⁹.

²³⁹ Pass' parcours d'activités sport-santé, Prescri'mouv, 2020

La Maison sport-santé module la réforme de ses dispositifs en fonction du dispositif Prescri'mouv. Elle s'appuie sur ces niveaux : 1,2, 3 et en ajoute un dernier : 3+. Ces niveaux sont présentés en conseil d'administration du GIP Maison sport-santé comme répondants aux besoins suivants des bénéficiaires :

- Niveau 1 : besoin de conseil
- Niveau 2 : besoin de soutien
- Niveau 3 : besoin d'être motivé ou remotivé
- Niveau 3+ : besoin d'être autorisé ou décomplexé

Encadré 20 - Présentation des niveaux d'accompagnement selon des situations potentielles ²⁴⁰

- Niveau 1 : besoin de conseil : Demba, 45 ans, diabétique de type 2, antériorité dans une pratique autonome et de loisirs (natation en piscine municipale 2 fois par mois). Doit apprendre à vivre avec son ALD, bénéficie des conseils de la MSS et est incité à pratiquer plus régulièrement (gain sur stabilité de la glycémie).

Ce niveau s'adresse aux bénéficiaires qui, suivis pendant 12 mois, pratiquent de manière autonome.

- Niveau 2 : besoin de soutien : Miranda, 72 ans, en perte d'autonomie, déplacements actifs (va au marché à pied). Ralentissement de la perte d'autonomie en association labellisée (prévention des chutes), conseils de la MSS, suivi régulier et accompagnement progressif vers une pratique régulière autonome avec des groupes de pairs.

Ce niveau accompagne également les bénéficiaires pendant 12 mois, avec une activité menée par une association partenaire et en encourageant également les bénéficiaires à une pratique autonome.

- Niveau 3 : besoin d'être motivé ou remotivé : Sonia, 25 ans souffrant de troubles psychiatriques. Passage d'une activité physique « occupationnelle » (en centre) à une AP à des fins sociales et de santé au long terme. Suivis réguliers, large choix d'activités afin de trouver celle qui convient le mieux.

²⁴⁰ GIP Maison Sport-santé. (2022). *Powerpoint Conseil d'administration du GIP Maison sport-santé*, 4 mars 2022.

Accompagnement en régie puis en associations labellisées. Autonomie progressivement acquise avec l'aide d'une application mobile.

Ce niveau poursuit l'accompagnement des bénéficiaires jusqu'à 24 mois par une activité menée par la Maison sport santé, une activité en association partenaire et la seconde année l'accompagnement vers une pratique autonome.

- Niveau 3+ : besoin d'être autorisé ou décomplexé : Louis, 35 ans obèse (IMC supérieur à 40). Aucune antériorité avec l'AP (« ce n'est pas pour lui »). Suivi très régulier en régie, partenariat UGECAM, rencontre médecin référent MSS. La pratique autonome n'est pas immédiate, mais doit être sécurisée en amont.

Enfin ce niveau suit les bénéficiaires pendant 36 mois à travers une activité en régie, une activité associative et des pratiques autonomes.

Ces parcours sont recensés à travers un schéma explicatif (*illustration 24*).

	Inclusion	Départ	2 mois	6 mois	12 mois	18 mois	24 mois	30 mois	36 mois	
NIVEAU 1 (= P1 actuels)	Réunion d'inclusion collective	BMS 1h30		Tél / Visio 30'	Tél / Visio 30'	PRATIQUE AUTONOME				
NIVEAU 2 (= P2 actuels)										
NIVEAU 3 (= P3 actuels)		BMS 1h30	Tél / Visio 30'	Tests 1h	Final 1h					
		ASSO1 x 1/sem		ASSO2 x 1/sem						
		PRATIQUE AUTONOME								
		BMS 1h30	Tél / Visio 30'	Tests 1h	Tests 1h	Tests 1h	Final 1h			
NIVEAU 3+ (= selon bilan Final 1 et évaluation médicale et sociale)		Option : cycle d'amorce 2 mois	REGIE x 1 / sem							
		ASSO1 x 1/sem		ASSO2 x 1/sem		ASSO3 x 1/sem	ASSO4 x 1/sem			
							PRATIQUE AUTONOME			
		BMS 1h30	Tél / Visio 30'	Tests 1h	Tests 1h	Tests 1h	Final 1 1h	Tests 1h	Final 2 1h	
NIVEAU 3+ (= selon bilan Final 1 et évaluation médicale et sociale)	Option : cycle d'amorce 2 mois	REGIE x 1 / sem								
	ASSO1 x 1/sem		ASSO2 x 1/sem		ASSO3 x 1/sem	ASSO4 x 1/sem	ASSO5 x 1/sem	ASSO6 x 1/sem		
						PRATIQUE AUTONOME		PRATIQUE AUTONOME		

Illustration 24 - Schéma de présentation des parcours de sport-santé sur ordonnance²⁴¹

²⁴¹ GIP Maison Sport-santé. (2022). *Powerpoint Conseil d'administration du GIP Maison sport-santé*, 4 mars 2022.

Si la Maison sport-santé s'adapte à la réforme Prescri'mouv, c'est également que les parcours Prescri'mouv font l'objet d'un financement de la part de l'agence régionale de santé. Les parcours Prescri'mouv représentent pour la Maison sport-santé une part majeure de financements, puisque depuis 2018, sur les 3570 bénéficiaires inclus, 2955 relevaient de critères d'inclusion²⁴² de Prescri'mouv, soit 82,7% des inclusions. En août 2024, les bénéficiaires actifs de Prescri'mouv représentaient 657 personnes. Sur ces bénéficiaires, 495 étaient en parcours 3 (75,3 %), 159 en parcours 2 (24%) et 3 en parcours 1243²⁴⁴.

Les parcours les mieux financés sont les parcours les plus complexes (Parcours 3) puisqu'en 2024, l'ARS subventionnait ces parcours 340 €. Les parcours 2 à sont financés par 135 euros et les parcours 1 n'étaient plus financés (*annexe 16*). Pour l'administration de la Maison sport-santé, il s'agit ainsi d'encourager les éducateurs sportifs à inclure des bénéficiaires qui auraient plusieurs pathologies sur des critères d'inclusion financés dans le cadre de Prescri'mouv et qui rapportent ainsi plus d'argent à la structure²⁴⁵.

Pierre Lascoumes et Patrick Le Galès (2004), en définissant les subventions comme instruments de gouvernance, rappellent ainsi que ces derniers sont utilisés par l'État pour structurer et orienter l'action des acteurs locaux. L'allocation des fonds publics conditionne ainsi les projets locaux et encourage les collectivités locales à s'adapter aux critères des financements qui leur sont imposés.

La dynamique d'influence de Prescri'mouv sur la structuration de la Maison sport-santé se manifeste ainsi de deux façons. D'une part, elle impose à la Maison sport-santé d'adapter leurs parcours selon des critères régionaux. D'autre part, elle encourage les acteurs locaux à détourner cette réforme pour l'utiliser à leur avantage, en faveur de meilleures ressources de la Maison sport-santé.

²⁴² D'après le site internet de l'Agence régionale de santé (ARS) Grand Est : « *Le dispositif s'adresse aux personnes souffrant de limitations fonctionnelles modérées ou légères* et atteintes d'une pathologie de la liste ALD 30, d'un trouble musculo-squelettique, de troubles persistants suite à une infection à la covid (notamment en cas d'altérations physiques marquées : atteintes respiratoires, cardiaques ou articulaires...) et/ou en situation d'obésité (indice de masse corporelle (IMC) compris entre 30 et 40)..* ». Site internet : <https://www.grand-est.ars.sante.fr/>

²⁴³ Statistiques extraites d'un entretien avec le coordinateur sportif de la Maison sport-santé, en août 2024.

²⁴⁴ Ces chiffres nous ont été communiqués oralement par le coordinateur sportif de la Maison sport-santé.

²⁴⁵ Face au nombre grandissant d'inclusions en parcours 3, l'ARS est amenée à plafonner le nombre de parcours annuellement pris en charge en 2024.

C. L'ambition de « *Territoire de santé de demain* » et de son modèle économique

Le projet de Maison sport-santé s'inscrit également dans l'appel à manifestation d'intérêt lancé par le commissariat général à l'égalité des territoires et auquel l'Eurométropole de Strasbourg a répondu et pour lequel elle a été lauréate en janvier 2018. Dans ce cadre, l'Eurométropole a obtenu 10,6 millions d'euros de subvention par l'État et un potentiel d'investissement par l'État de 25 millions d'euros²⁴⁶. Son projet, nommé « Territoires de santé de demain » (TSD) cherche à promouvoir une démarche de santé dite intégrée avec ses partenaires (*annexe 17*). Les objectifs sont notamment la mobilisation des citoyens autour des déterminants de santé et l'accélération des innovations technologiques en faveur de la santé.

La Maison sport-santé porte trois fiches-actions au sein de ce projet : la première sur un projet de prévention primaire « *Joue pour la santé* » (que nous décrivons dans le chapitre 2 de la seconde partie), la seconde sur l'aménagement mobilier de l'aile médicale des Bains municipaux et enfin la troisième sur le développement d'un modèle économique innovant. Cette dernière fiche s'appuie sur les difficultés de financement du sport-santé, illustrées par les propos de la médecin référente de la Maison sport-santé, qui s'offusque que l'ARS ne subventionne pas plus le sport-santé : « *Y'a Prescri'mouv et derrière ça finance que dalle...* » (Entretien, médecin référente de la Maison sport-santé, 1^{er} mars 2021).

L'insuffisance de financements est un problème structurel des Maisons sport-santé, relevé par Oualhaci dans son rapport (2023).

²⁴⁶ Secrétariat général pour l'investissement. (2019). *Dossier de presse, territoire d'innovation*. 13 septembre 2019. En ligne : https://www.info.gouv.fr/upload/media/organization/0001/01/sites/default/files/document/document_2019_09_dossier_de_presse_-_territoires_dinnovation_-_13.09.2019.pdf

L'auteur exprime ainsi :

« Le troisième frein majeur rencontré par toutes les MSS enquêtées est l'insuffisance de financement et le manque de pérennité dans celui-ci, ce qui empêche plus particulièrement de recruter du personnel et ainsi enrichir leurs activités. Nous avons en effet constaté une variabilité importante des financements des MSS rencontrées. Le financement des actions sport-santé, reposant sur des subventions annuelles et des appels à projets, n'est pas pérenne. En effet, pour financer les activités du sport-santé, en plus de l'enveloppe nationale de 4,2 millions d'euros consacrée aux MSS en 2022, c'est le dispositif de l'appel à projets qui est proposé aux différents acteurs, mais « la reconnaissance Maison sport-santé ne vaut pas attribution systématique d'une subvention » (selon le cahier des charges de l'appel à projets relatif aux maisons sport-santé) ; qui plus est, lorsque l'aide est accordée, elle ne l'est que pour la première année. Du côté des publics, l'absence de prise en charge systématique par l'Assurance maladie et les mutuelles constitue clairement un frein au développement des activités physiques adaptées (APA) comme déterminant de santé. »²⁴⁷

L'Eurométropole de Strasbourg et la Maison sport-santé portent l'objectif à travers TSD de s'appuyer sur un concept allemand de remboursement de l'activité physique de santé, illustré par la *Gesundes Kinzigtal* (GK). En Allemagne dans le Bade-Wurtemberg, la *Gesundes Kinzigtal* a pour vocation d'être un laboratoire de développement d'un nouveau système de santé face aux enjeux de lutte contre la sédentarité. Initiée par un collectif de médecin travaillant avec la société *Optimedis AG*, la GK porte les objectifs de favoriser une meilleure prise en charge des patients et une meilleure rémunération des médecins.

*Encadré 21 - Le modèle économique de la *Gesundes Kinzigtal**

Ce modèle repose sur l'investissement initial à partir d'un fonds d'investissement des caisses d'assurance maladie allemandes, depuis 2004, afin de soutenir le projet de la GK. Ce sont deux caisses d'assurance maladie qui se sont engagées : l'AOK (caisse de base d'assurance en Allemagne) et la LKK (caisse des professionnels). Cet investissement initial a permis de développer l'action de la GK.

²⁴⁷ Oualhaci, A. (2023). Maisons sport-santé : l'émergence et la structuration d'un nouvel instrument d'action publique, INJEP Notes & Rapport/Rapport d'étude. N°2023/05. <https://injep.fr/wp-content/uploads/2023/06/rapport-2023-05-Maisons-Sport-Sante.pdf>

Suite à ce fonds d'investissement initial, la GK est aujourd'hui dépendante de deux mécanismes financiers. Le premier est le versement de fonds supplémentaires des caisses d'assurance maladie aux médecins de la GK pour des missions relevant de la prévention. Le 2nd est le financement direct par la GK, à travers son budget propre, de médecins. Les médecins sont ainsi sociétaires de la GK et liés à son profit.

Enfin, les caisses d'assurance maladie AOK et LKK ont un contrat d'économie partagé avec la GK. C'est-à-dire que les coûts des assurés des caisses AOK et LKK de la région de la Kinzig sont comparés aux moyennes allemandes. S'ils sont inférieurs à la moyenne, c'est que des économies ont été réalisées. Les 2/3 des économies sont reversés à la GK et réinvestis. 1/3 est conservé par les caisses d'assurance maladie.

La GK porte elle-même également le vœu de développer le concept de GK à d'autres régions, notamment à Hambourg dans un quartier défavorisé.

C'est ce modèle économique innovant qui a suscité l'intérêt de la Ville et l'Eurométropole de Strasbourg. Dans sa réponse à l'appel à projet,²⁴⁸ elle dit tirer des recommandations de l'implémentation d'une telle pratique :

« Le modèle a fonctionné, car le financement permet de soutenir le projet de manière durable. Comme cela a été démontré, ce modèle économique est gagnant pour tous : les patients, les professionnels de santé, les caisses d'assurance maladie. Il est à noter qu'en Allemagne, les caisses d'assurance maladie sont organisées de manière très décentralisée, et sont en concurrence les unes avec les autres. Elles doivent donc trouver le meilleur moyen d'améliorer l'état de santé des assurés au moindre coût.

Il est critique de mettre en place une société de gestion régionale, faisant idéalement participer les professionnels de santé.

Le système d'information est essentiel, à la fois pour permettre l'évaluation et pour que les acteurs de la prise en charge et les patients aient les bonnes informations au bon moment et ne perdent pas de temps dans des tâches inutiles (au niveau de GK, cela évite par exemple que les services de soins appellent le médecin pour savoir si la posologie des médicaments a été modifiée).

²⁴⁸ Ville et Eurométropole de Strasbourg. (2019). Dossier de réponse à l'appel à projet TIGA.

L'intérêt des professionnels de santé pour ce modèle et pour le travail en réseau doit être éveillé. Actuellement, GK regrette que les projets de recherche (masters, thèses) proviennent des facultés de gestion et non des écoles des professionnels de santé. Un forum sur l'avenir de la médecine, destiné aux étudiants a ainsi été organisé par la GK et se tiendra prochainement. La GK a beaucoup bénéficié des relations déjà existantes des médecins au sein du réseau qui préexistait dans la région.

Enfin, l'ensemble du projet ne peut fonctionner que sur la base d'un contrat à long terme pour parvenir au but final, qui est de fournir la meilleure prise en charge possible. »

Les acteurs locaux portent le vœu de développer cette méthode de prise en charge financière des dispositifs :

« [...] Les économies générées par l'activité physique régulière sont énormes, en France et au niveau local, et vous ne savez sans doute pas, avec les partenaires qui certains sont là, la Maison sport santé pourrait être un lieu pour expérimenter un nouveau modèle économique qu'on espère le plus vertueux possible... Le modèle OPTIMEDIS... où une partie des économies générées par cette activité physique régulière avec une batterie d'indicateurs, un système d'information qu'il faudra sans doute collectivement élaborer... bah... pourront être réinjectées à la fois pour l'Assurance maladie, mais aussi pour la structure »

Le directeur du GIP Maison sport santé à la chargée de mission de la CPAM lors de la réunion d'introduction à la démarche de *design actif*, 17 mars 2021.

Afin de permettre la mise en œuvre du projet, la Maison sport-santé s'organise. Elle recrute un chargé de développement, le dispositif sport-santé sur ordonnance recrute également un éducateur sportif dédié aux projets afin de renforcer les inclusions sur les territoires ciblés par l'expérimentation d'un parcours coordonnés pour les bénéficiaires du sport-santé (Neuhof, HautePierre, Cité de l'III). Plusieurs réunions et voyages d'études ont lieu en Allemagne ou en France pour mieux comprendre le modèle.²⁴⁹

²⁴⁹ Dans le déploiement du programme, un voyage d'études a mobilisé une chargée de projets du service santé et autonomie de la Ville de Strasbourg du 20 au 22 novembre 2019. Entre 2021 et 2022, une réunion hebdomadaire entre les agents du GIP, de la Ville et l'Eurométropole de Strasbourg et d'Optimedis se réunit.

Par ailleurs, le projet invite à l'établissement de nouvelles relations avec des acteurs avec lesquels la structure n'était pas en lien auparavant :

« Donc moi je trouve, ce qu'on a réussi à faire dans Territoires de santé de demain, c'est mettre des acteurs qui ne se parlaient pas ... »

Entretien, responsable des programmes stratégiques, pôle de compétitivité Biovalley France, 22 février 2021.

Ces acteurs sont par exemple du champ économique (Direction de l'attractivité de la Ville de Strasbourg, Optimedis) ou encore du champ médical (communautés professionnelles territoriales de santé par exemple).²⁵⁰ Cet engagement plus présent du champ médical répond à la nécessité de réfléchir au parcours de soin des bénéficiaires de sport-santé autour de leur pathologie pour mieux identifier les économies de santé générées.

On voit ainsi que ce projet impacte la Maison sport-santé : il induit des partenariats nouveaux et conduit à l'adaptation de son organisation.

Le second projet de TSD qui influence la structuration de la Maison sport-santé est le living lab « *Opencare* ». Ce projet est porté par une société commerciale d'intérêt collectif (SCIC), la Maison sport-santé fait partie de la SCIC aux côtés de bénéficiaires des dispositifs ou d'entreprises par exemple. Sa vocation est de travailler en lien étroit avec des start-ups du domaine de l'innovation sociale, médicale et technologique, afin de les mettre en lien avec des bénéficiaires des dispositifs de sport-santé et des habitants ciblés par l'offre de prévention primaire. Si le développement du living lab s'inscrit dans la structuration de la Maison sport-santé, c'est d'abord parce qu'il est hébergé dans ses locaux, mais également parce qu'il porte le vœu de développer des produits ou offres de service qui répondent aux besoins de l'activité physique adaptée en lien avec ses bénéficiaires. La Maison sport-santé de Strasbourg apparaît ainsi comme le lieu privilégié de recrutement de ses bénéficiaires potentiels.

²⁵⁰ Définition des CPTS d'après le Ministère de la santé et de l'accès aux soins : « *Les CPTS (communautés professionnelles territoriales de santé) constituent des réseaux de médecins et soignants choisissant, à leur initiative, de travailler ensemble au sein d'un même bassin de population. Ainsi, parce qu'elles fédèrent des professionnels différents (libéraux, hospitaliers, médico-sociaux voire sociaux) et donc des compétences variées, elles permettent d'améliorer l'accès aux soins des usagers et de mieux structurer les parcours de santé des patients et résidents.* » En ligne : <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/structures-de-soins/cpts-s-organiser-sur-un-meme-territoire-pour-renforcer-les-soins-aux-patients/>

Conclusion du chapitre 1 - le contexte local comme conjonction d'opportunités et de contraintes pour la Maison sport-santé de Strasbourg

Ce chapitre nous a permis de répondre à l'hypothèse de l'effet de contexte sur l'émergence et la structuration de la Maison sport-santé. Afin de saisir cet effet sur la construction de la Maison sport-santé de Strasbourg, il a été nécessaire de « mettre en système » la structure à plusieurs niveaux et échelles d'analyse.

Notre étude nous montre d'abord que la mise en œuvre de la Maison sport-santé s'appuie sur le développement de politiques publiques de santé locales. En effet, dès le XIX^e siècle, la révolution industrielle encourage le développement de politiques sociales et de santé et les villes sont considérées comme un échelon pertinent de la santé publique (Bourdelaïs, 2007). Le label des Villes-Santé de l'OMS, créé en 1986, témoigne de ce mouvement de territorialisation des politiques publiques.

À Strasbourg, cette territorialisation des politiques publiques de santé repose sur un contexte historique d'autant plus singulier : celui du développement de politiques hygiénistes allemandes « *hardies* » (Denis et al., 1994). C'est dans ce cadre que sont créés les Bains municipaux de Strasbourg en 1901 où prendra place une salle de gymnastique suédoise. La convention de délégation signée entre la Ville de Strasbourg et le Conseil départemental du Bas-Rhin, depuis 1947, témoigne de cet engagement ancien de la Ville de Strasbourg en faveur de la santé et de la solidarité et de la possibilité donnée aux acteurs d'adapter leurs politiques publiques locales d'après un contexte historique. Aussi, les discours des acteurs locaux s'appuient sur cette histoire pour justifier du développement de l'action publique locale de santé et de la Maison sport-santé. Cette histoire permet aux acteurs locaux de créer du sens à leurs actes (Certeau, 1990). L'inscription de la Maison sport-santé dans cette histoire renvoie à une double réalité : une « *histoire faite chose* » dans sa matérialité (les Bains municipaux, l'aile médicale, les traces écrites des politiques de santé publique...) et une « *histoire faite corps* » (Bourdieu, 1997) portée par les acteurs, leur mémoire et la construction politique d'un héritage passé (Bourdieu, 1980).

Par ailleurs, le développement de l'action publique locale de santé s'appuie sur des statistiques épidémiologiques particulières à l'Alsace, notamment un taux d'obésité important (DREES, 2019). Ces statistiques sont reprises et manipulées par les acteurs locaux pour légitimer leur action.

C'est dans ce contexte que la Ville de Strasbourg met en œuvre une politique particulière de santé publique sur son territoire en faveur de la lutte contre la sédentarité. Les acteurs locaux portent des politiques favorables à l'urbanisme et aux déplacements actifs, mais également de premiers dispositifs liés au sport-santé : sport-santé sur ordonnance et PRECCOSS. Le portage de ces dispositifs par la Ville de Strasbourg, questionné par ses agents administratifs, encourage au développement d'une structure autonome.

Comme nous le verrons par la suite, la préexistence de ces dispositifs impacte la structuration de la Maison sport-santé : l'organisation formelle de la structure se déploie autour de ces dispositifs et l'organisation informelle de la structure reproduit des schémas de corps professionnels liés à la dualité de ces dispositifs. Par ailleurs, les réseaux partenariaux prennent appui sur ces réseaux déjà existants, comme le rappelait déjà Marsault en étudiant le dispositif de sport-santé sur ordonnance, « *Le dispositif se construit en prenant appui sur les acteurs et les réseaux existants et reconnus* » (Marsault, 2017).

Ce cadre conjoncturel n'entre pas seul dans le choix de constitution de l'instrument. En effet, en 2017, la Ville de Strasbourg fait face à un contexte politique et financier particulier. Alors que des élections municipales s'approchent et menacent selon l'élue la pérennité des dispositifs, le pacte financier contraint également les dépenses des collectivités. Les acteurs trouvent dans le groupement d'intérêt public l'opportunité de répondre à ces contraintes. L'objectif principal annoncé par les acteurs est donc l'autonomie juridique de l'instrument de l'action publique pour permettre la pérennisation et l'extension de ses dispositifs. Parallèlement, l'opportunité foncière de l'aile médicale des Bains Municipaux offre aux acteurs locaux la possibilité de donner un lieu physique au projet. La Maison sport-santé se construit en lien avec les dispositifs existants de la Maison sport-santé, pour leur permettre de se développer malgré des limites administratives vécues en 2018.

Le cadre dans lequel s'inscrit la Maison sport-santé est également lié à l'appel à projet national des Maisons sport-santé dont l'émergence coïncide avec le projet strasbourgeois. Les acteurs locaux, qui portaient déjà le vœu de réformer le portage des dispositifs locaux en parlant de « réseau municipal », s'emparent du label pour légitimer son déploiement.

L'impact du cadre national des Maisons sport-santé est faible, notamment car les acteurs locaux s'investissent au niveau national dans l'écriture du cahier des charges afin de s'assurer qu'ils « *cochent toutes les cases !* » (paroles d'une chargée de mission le 20 avril 2019, *op. cit.*). Au niveau régional cependant, la réforme Prescri'mouv a un impact sur le développement du dispositif sport-santé sur ordonnance, notamment pour des raisons financières, obligeant le dispositif à se réformer en son sens. Le label régional peut ainsi être défini comme instrument de gouvernance (Lascoumes, Le Galès, 2004).

Enfin, la Maison sport-santé organise ses dispositifs et mobilise ses agents autour de territoire de santé de demain et du développement de la méthode de la *Gesundes Kinzigtal*, laquelle impacte sa structuration.

Crozier et Friedberg (1977) affirment que comprendre la constitution des instruments de l'action publique nécessite une connaissance de l'histoire, des interactions locales et des compromis passés. Cela rejoint l'analyse de Borraz et Loncle-Moriceau (2000), selon lesquels les politiques locales de santé sont dépendantes de leur ancrage territorial, tant il est constitutif d'une fragmentation et de concurrences institutionnelle, organisationnelle, professionnelle.

Ainsi, nous avons montré, pour vérifier la première hypothèse de recherche, que la mobilisation des acteurs autour de la Maison sport-santé de Strasbourg s'appuie sur un contexte multifactoriel. Le contexte historique, local et national qui encercle la Maison sport-santé de Strasbourg a un effet à la fois porteur et contraignant dans son développement. Il constitue un ancrage légitime pour les acteurs locaux, dans la continuité d'une action publique déjà engagée dans le sport-santé. L'instrument de l'action publique locale qu'est la Maison sport-santé est donc influencé dans sa structuration par cet effet de contexte.

Considérant que l'institution apparaît comme la rencontre dynamique entre ce qui est institué et les investissements des membres (Offerlé, Lagroye, 2010), il sera à présent nécessaire de s'attacher aux acteurs de la Maison sport-santé et à leurs stratégies.

Chapitre 2 – La Maison sport-santé, instrument de l'action publique : coordination d'acteurs, stratégies et organisation informelle

Introduction du chapitre 2

Dans son article sur le sport-santé à Strasbourg, Christelle Marsault (2017) s'est attachée à voir comment la modification des conceptions et des acteurs révèle un changement de forme de gouvernance et pousse ainsi à s'attacher au répertoire des acteurs.

Aussi, pour répondre à la deuxième hypothèse de la recherche, nous envisagerons le déploiement des Maisons sport-santé comme relevant de l'appropriation par les acteurs locaux d'un nouvel instrument de l'action publique. Ce cadre nous permet de comprendre de quelle manière la Maison sport-santé de Strasbourg organise les rapports sociaux, stabilise ou rend prévisible les comportements des acteurs locaux (Varone, 2000, 2001. Eliadis, Hill, Howlett, 2000). Il s'agit d'étudier la Maison sport-santé de Strasbourg comme « *l'ensemble des relations, pratiques, représentations, qui concourent à la production politiquement légitimée des modes de régulation des rapports sociaux* » (Dubois, 2010).

Cette hypothèse suppose l'existence d'une double organisation de la Maison sport-santé : une organisation formelle et informelle. Les premières formes de régulations des rapports sociaux ont lieu dès les réunions d'écriture de la convention constitutive, à travers l'organisation formelle. Des canaux de régulation se mettent en place, notamment à travers les instances de gouvernance²⁵¹ : comités de pilotages, comités techniques, conseils d'administration, assemblée générale, etc. Aussi, l'instrument Maison sport-santé influence l'émergence d'une nouvelle gouvernance et opère un cadrage des conduites individuelles (Fournier, 2014). Ces lieux d'échanges permettent de premiers essais de coordination multiniveaux entre les acteurs (Illivi, Honta, 2020). On appellera cet espace d'interactions, de confrontations, autour de la définition de la Maison sport-santé, l'arène de l'action publique (Cefaï, 1996).

Mais cette arène est également lieu de rivalités et conflits dans l'action publique. Ainsi, plus l'action publique se définit par ses instruments, plus les enjeux de l'instrumentation risquent de soulever des conflits entre acteurs, intérêts, organisations (Varone, 2000, 2001. Eliadis, Hill, Howlett, 2000).

²⁵¹ La notion de gouvernance est définie comme « [...] un processus d'agrégation, de coordination et de direction d'acteurs, de groupes sociaux et d'organisations, en vue d'atteindre des objectifs définis et discutés collectivement » (Le Galès, 2019). Mais les auteurs s'accordent sur une vigilance critique sur l'emploi de ce terme (Gaudin, 2002) : les acteurs se saisissent très largement de ce terme qui suggérerait le changement, associé aux acteurs et non plus uniquement à l'état et à une certaine hiérarchie. Hassenteufel, P. (2011). Chapitre 7 - Les acteurs non étatiques : des mouvements sociaux aux intérêts organisés. Dans P. Hassenteufel, *Sociologie politique : l'action publique* (pp. 187-212). Paris : Armand Colin.

Derrière l'organisation formelle, l'organisation informelle ou « *gouvernement des couloirs* » (Crozier, 1963) permet de réguler les rapports entre les acteurs. Des stratégies sont mises en place par les acteurs et leurs institutions dans la définition de compromis et des relations, plus ou moins institutionnalisées, s'établissent entre eux, en considération de leurs statuts et positions divers : représentants de groupes d'intérêt, associations, entrepreneurs privés, usagers, agents, etc.

Pour être amenés à agir ensemble, les acteurs partagent des interactions, des contraintes, des conditions de succès et d'échec et formulent compromis et alternatives (Padioleau, 1982). Ainsi, alors que l'action collective ne va pas de soi, cette hypothèse nous amène notamment à poser la question de l'articulation entre action collective et action individuelle. Qui sont les acteurs de la Maison sport-santé de Strasbourg et que partagent-ils dans la définition de l'action publique ?

Nous montrerons également, en s'appuyant sur la définition des maisons sport-santé comme instruments de l'action publique, que les instruments sont porteurs de valeurs et de représentations, interprétés, traceurs de changements de politiques publiques (Crozier, Friedberg, 1977). Ainsi, les politiques publiques sont déterminées par des croyances communes entre les acteurs publics et privés concernés, lesquels participent à la définition des moyens de résolution des problèmes publics (Surel, 2014).

L'hypothèse de recherche nous amènera à définir le rôle des entrepreneurs frontières (Callon, 1986) dans l'action publique locale. Qui sont ces entrepreneurs-frontières (Callon, 1986) et comment arrivent-ils à manier des zones d'incertitude pour dominer l'action publique locale (Crozier, Friedberg, 1977) ? Nous verrons que ces acteurs, par leur parcours biographique, répondent à des enjeux pluriels leur permettant l'enrôlement d'autres acteurs de milieux sociaux divers.

I. L'institutionnalisation de la Maison sport-santé : les limites d'une co-construction des règles entre acteurs

Les acteurs, lors du processus d'institutionnalisation de la Maison sport-santé, cherchent à s'accorder autour d'un vocabulaire et de valeurs communes. Par institutionnalisation, nous entendons le processus qui permet la formalisation de pratiques, de normes, de règles, qui ont vocation à être stabilisées et reconnues par les acteurs. L'institutionnalisation s'entend donc comme la création de structures sociales durables permettant la régulation de comportements individuels et collectifs. Cette institutionnalisation au sein de la Maison sport-santé se déroule notamment par la création d'instances (conseil d'administration, assemblée générale, conseil scientifique, etc.). Son processus permet d'engager les acteurs autour de règles formelles pour mieux réguler leurs échanges. Cependant, derrière la mise en œuvre d'un processus, que les acteurs administratifs de la Maison sport-santé qualifient de « *participatif* », d'institutionnalisation des acteurs et des agents, des limites se dévoilent.

A. Mettre en place des normes collectives dans l'élaboration du groupement d'intérêt public

Les acteurs de la Maison sport-santé profitent de son élaboration pour réfléchir, dès 2019, à leurs modes de coopérations. Des réunions et temps d'échanges ont lieu, autour de l'écriture de la convention constitutive par exemple. Mais malgré ces processus qualifiés de « *participatifs* » par les acteurs de la Ville de Strasbourg, de premiers conflits voient le jour.

1. Faciliter la mise en œuvre d'une « *culture commune* »²⁵² par l'engagement autour d'une démarche collective

Entre 2019 et 2023, des temps d'échanges entre les acteurs (futurs professionnels, institutionnels) sont proposés autour de la définition du projet de Maison sport-santé et ont pour objectif de participer à la création d'un collectif de travail, voire de formaliser des modes d'actions partagés. Cette démarche de convergence est initiée par les agents de la Ville et l'Eurométropole de Strasbourg le 5 février 2019, qui organisent une journée intitulée « *Les Bains municipaux, vers une Maison sport-santé* »²⁵³. Ce temps permet d'inviter de nombreux acteurs autour de la présentation du projet de Maison sport-santé : de son contexte national à l'implantation locale au sein des Bains municipaux de Strasbourg. À travers cinq ateliers, les participants sont amenés à réfléchir sur des thématiques²⁵⁴ : le socle de la Maison sport santé ; le service aux habitants ; les échanges de pratique, la formation, la recherche ; le laboratoire d'innovation ouverte et enfin la Maison sport santé dans son environnement.

Les méthodes employées se veulent collaboratives : utilisation d'un format world café²⁵⁵, brise-glace autour de la réalisation d'une photo de groupe ou encore méthode participative par des Post-its. (*illustrations 25 et 26*).

²⁵² Mintzberg, H. (1990). *Le management — voyage au centre des organisations*. Paris : Les Éditions d'organisation. Par culture commune, nous entendons la notion de Mintzberg « *d'idéologie* ». Elle compose l'organisation et nourrit les croyances de l'organisation. Cette notion est utilisée par les acteurs administratifs de la Ville de Strasbourg dans l'élaboration de la journée d'échanges du 5 février 2019 pour nommer l'un des ateliers portant sur les valeurs partagées par les acteurs au sein de la Maison sport-santé.

²⁵³ Ville et Eurométropole de Strasbourg. (2019). *Powerpoint, Journée d'échanges – 5 février 2019. Les Bains municipaux, vers une Maison sport-santé*.

²⁵⁴ Ville et Eurométropole de Strasbourg. (2019). *Powerpoint, Journée d'échanges – 5 février 2019. Les Bains municipaux, vers une Maison sport-santé*.

²⁵⁵ Le world café est un format collaboratif de réunion où les participants sont invités, en petits groupes, à approfondir une thématique puis à changer de table afin d'approfondir un autre sujet. L'animateur de chaque table informe les participants nouvellement arrivés des échanges précédemment déroulés. Les échanges s'enrichissent ainsi à partir des discussions passées.



Illustration 25 - Une méthode de travail participative dans l'élaboration de la Maison sport-santé²⁵⁶

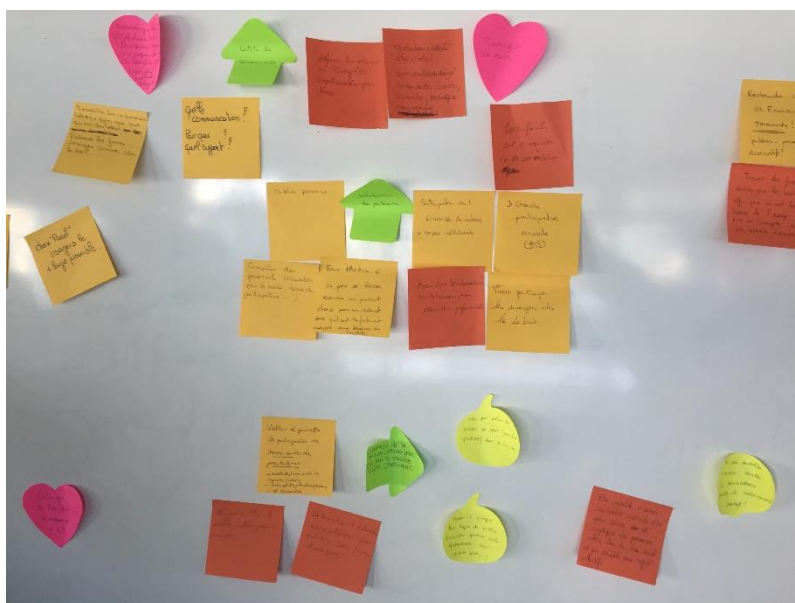


Illustration 26 - Poursuite d'une démarche collaborative le 5 février 2019²⁵⁷

Lorsque les acteurs sont questionnés sur ce que la Maison sport-santé représente pour eux, la notion de co-construction, de faire ensemble et de travail collaboratif apparaît largement (Illustration 27).

²⁵⁶ Ville de Strasbourg (2019). Photos issues du power-point de synthèse de la journée du 5 février 2019

²⁵⁷ Ville de Strasbourg (2019). Photos issues du power-point de synthèse de la journée du 5 février 2019



Illustration 27 – Les mots clés de la Maison sport-santé d’après les acteurs²⁵⁸

Cette démarche collective, débutée le 5 février 2019, permet de mieux engager les acteurs dans l’action publique locale. Crozier (1963) montre ainsi que plus les individus sont intégrés dans les processus, décisionnels et collaboratifs, plus ils ont le sentiment de contrôler les résultats et plus ils souhaitent s’y engager.

La journée d’échanges permet également aux acteurs de définir des éléments communs comme les valeurs socles de la Maison sport-santé et de l’action publique (*illustration 28*). La satisfaction des bénéficiaires, la bienveillance, la tolérance, la gratuité, l’accessibilité, l’esprit d’équipe, sont tant de valeurs déterminées au sein de l’atelier.

²⁵⁸ Ville de Strasbourg. (2019). *Schéma extrait de la synthèse de la journée du 5 février 2019*.

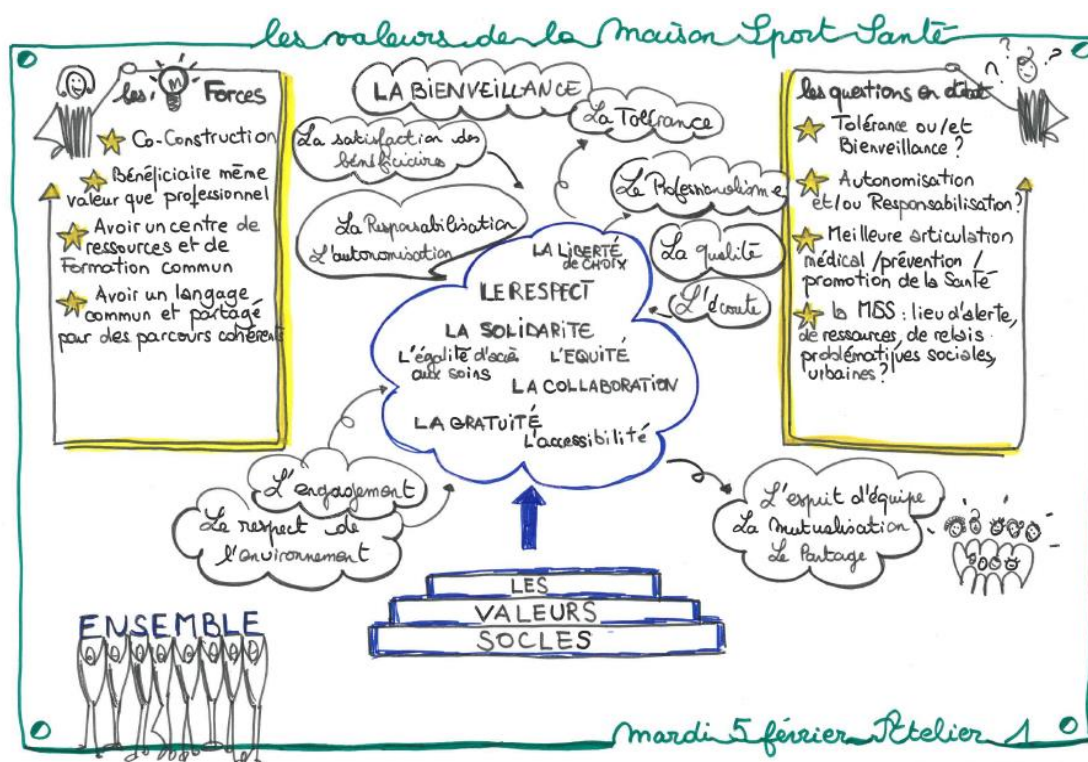


Illustration 28 - Les valeurs socles de la Maison sport-santé d'après les acteurs²⁵⁹

Le Galès montre que définir des valeurs communes permet d'ancrer le développement des politiques publiques locales dans un cadre partagé et clarifié (Le Galès, 2003). Les valeurs deviennent alors un cadre de référence pour les acteurs, qui justifient et légitiment leur action publique pour faciliter leur acceptation (Habermas, 1981), comme le montre cet entretien :

« [...] L'objectif global du projet piloté par la Maison sport-santé s'articule donc en complémentarité avec les missions qui sont les nôtres : promouvoir les habitudes de vie favorable à la santé ».

Extrait de la lettre du CAAPS²⁶⁰ de Mme la rectrice de l'académie de Strasbourg en date du 8 juillet 2019.

Par ailleurs, construire la Maison sport-santé comme réponse au problème public de la sédentarité et à un contexte local nécessite l'entente autour d'un langage commun (Pierru, Rolland, 2016. Perrin, 2016), de légitimation sociale (Morin, 1986) ainsi que des opérations de traduction entre différents mondes professionnels (Akrich et al., 2006. Callon, 1986).

²⁵⁹ Ville de Strasbourg. (2019). *Facilitation graphique*, extraite du PowerPoint de la synthèse de la journée du 5 février 2019.

²⁶⁰ CAAPS « Conseils et Accompagnement pour Agir en Promotion de la Santé en faveur des jeunes » est une action de promotion de la santé portée par le rectorat de l'Académie de Strasbourg.

En matière de PSSBE par exemple, il s'agit de s'accorder sur les qualifications « sport », « activité physique », « activité physique adaptée », « santé » afin de définir un cahier des charges de l'appel à projet dédié (Illivi, Honta, 2017). Ce sont les acteurs de la Maison sport-santé qui mettent en lumière la nécessité d'avoir un langage et des définitions communes (Favier-Ambrosini, 2020), comme le montre cette illustration qui est l'une des synthèses des échanges de la journée du 5 février 2019 (Illustration 29).

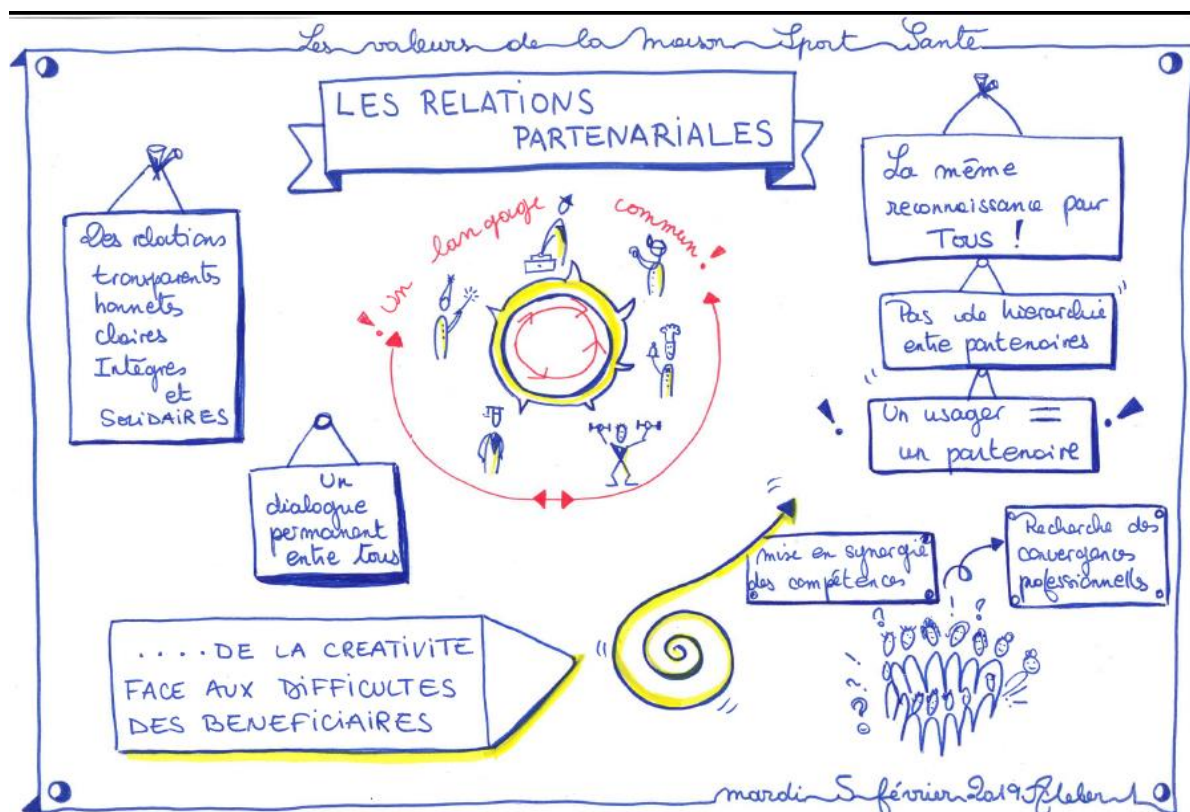


Illustration 29 - Synthèse de l'atelier 1 : le socle de la Maison sport-santé²⁶¹

Le langage est placé dans ce schéma (illustration 29) au cœur de la synthèse portant sur les relations partenariales. Perrin (2016) montre ainsi que le partage d'un même langage pour les acteurs permet un cadre de communication homogène et favorable à une collaboration. Nous verrons cependant par la suite qu'il n'est pas chose aisée de s'entendre entre acteurs hétérogènes sur des mots communs.

²⁶¹ Ville de Strasbourg. (2019). *Facilitation graphique*, extraite du PowerPoint de la synthèse de la journée du 5 février 2019.

Le 5 février 2019, les acteurs conviennent également de la nécessité d'identifier une gouvernance de la Maison sport-santé (Illustration 30).

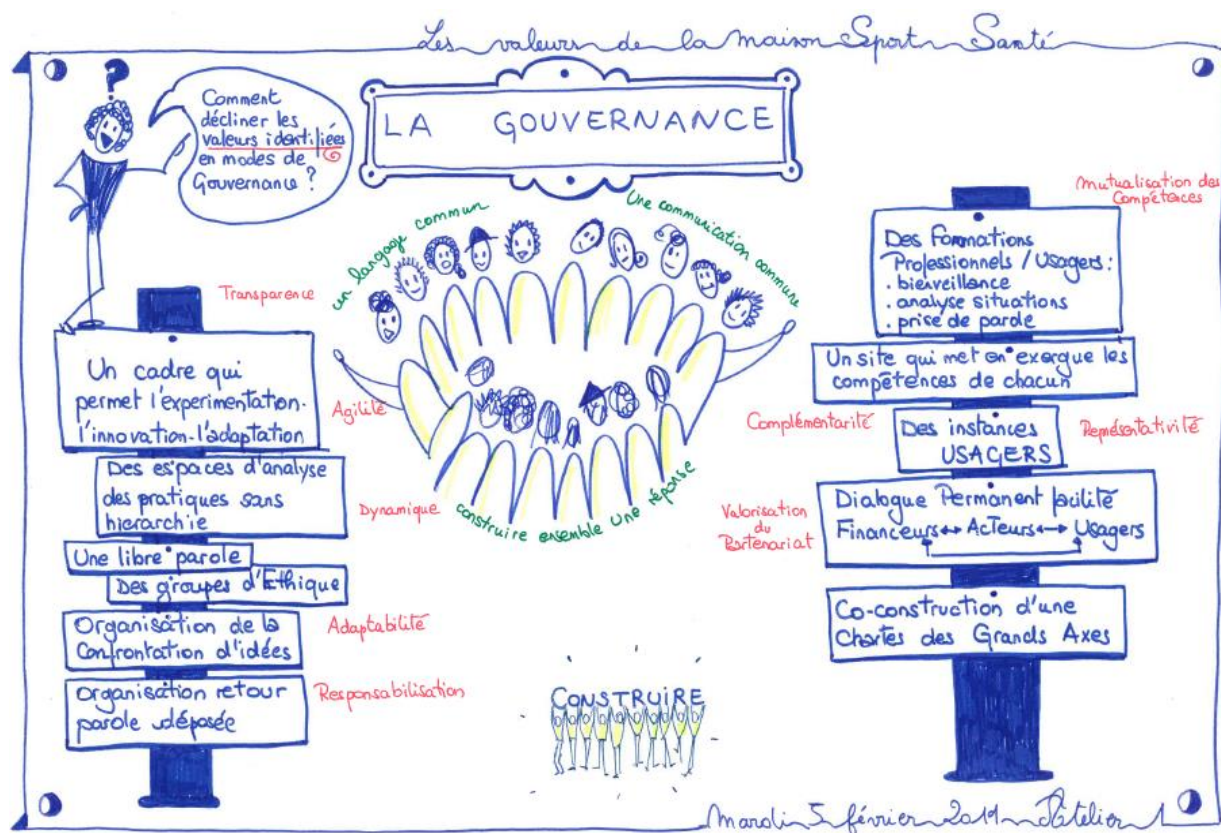


Illustration 30 – La gouvernance de la Maison sport-santé²⁶²

Par gouvernance, les acteurs entendent une organisation qui permette, de « *construire ensemble une réponse* » (Illustration 30). Ils déterminent alors des instances, notamment pour les usagers, mais s'attachent plus spécifiquement à la définition de principes d'organisation comme : la confrontation d'idée, une parole libre, l'adaptabilité.

L'écriture de la convention constitutive permet un second exercice, pour les acteurs, autour d'une action commune et d'engagement dans une dynamique de collaboration. Les acteurs de la Ville de Strasbourg saisissent ce levier pour renforcer les coopérations, au regard du nombre d'acteurs et de leur hétérogénéité (Guigner, Périssé, 2011). Fournier (2014) montre ainsi que l'écriture du programme ETP dans les maisons de santé pluriprofessionnelle (MSP) peut permettre de créer une dynamique entre les professionnels futurs de la MSP ainsi que des alliances stratégiques.

²⁶² Ville de Strasbourg. (2019). *Facilitation graphique, extraite du PowerPoint de la synthèse de la journée du 5 février 2019.*

La convention constitutive, outil juridique de la création du GIP, est le premier support de discussions entre les acteurs de l'action publique locale. En effet, dans sa fiche d'accompagnement n°2, le ministère de l'Économie et des Finances²⁶³ décrit la convention constitutive comme le document qui « *règle l'organisation et les conditions de fonctionnement du groupement* » en se référant à l'article 99 de la loi n° 2011-525 du 17 mai 2011. Cette fiche décrit les mentions obligatoires de la convention, mais laisse également une marge de manœuvre aux acteurs à travers des mentions facultatives ou la liberté d'ajouter des mentions non prévues.

Les réunions d'écriture de la convention constitutive se tiennent avec les acteurs qui y ont été invités, autour d'une projection de la convention sur un écran, les acteurs échantent et débattent des termes. Les réunions sont animées par le chef du service santé de la Ville de Strasbourg qui cadre les discussions et les amendements. Nous verrons que ces réunions sont le lieu de premiers débats sur les questions de représentativité ou encore de champ scientifique. Entre les réunions, des échanges entre acteurs sur des points de vue spécifiques permettent d'amender le document de la convention constitutive.

Pour favoriser les conditions de mise en œuvre d'un collectif, une nouvelle démarche de design actif est menée avec les membres fondateurs et agents de la Maison sport-santé en 2021. Cette démarche est sollicitée par les agents de la Maison sport-santé, elle s'intitule « *construire ensemble* » et entend proposer aux participants une démarche de « *co-construction* » autour de la définition du projet d'établissement de la Maison sport-santé (*illustration 31*).

²⁶³ Ministère de l'économie et des finances (2019), fiche n°2 « création d'un GIP : les mentions obligatoires et facultatives de la convention constitutive ». En ligne : https://www.economie.gouv.fr/files/files/directions_services/daj/gip/guide-relatif-aux-gip/fiche2-mentions-convention.pdf



Illustration 31 - Invitation au lancement de la démarche de design actif²⁶⁴

Cette invitation décrit l'objectif suivant : « *L'enjeu est de poursuivre la définition du projet d'établissement de la Maison sport-santé, de son fonctionnement et de son incarnation dans son futur lieu* ». Mais pour les acteurs administratifs de la Maison sport-santé, remettre les acteurs autour d'une démarche collaborative après l'écriture de la convention constitutive, dont les travaux datent de deux ans déjà, permet de réengager les acteurs dans la structure en les questionnant notamment sur leur place dans l'action publique locale : « *La maison sport-santé transforme le positionnement et le rôle de mon organisation ?* » (Extrait de la synthèse du 21 mars 2021, Ateliers RTT). Les méthodes de travail se veulent là aussi participatives : sondage par un positionnement des acteurs dans l'espace de la salle, world café. Les acteurs sont amenés à se positionner individuellement et à débattre collectivement autour des facteurs d'échec et de réussite de la Maison sport-santé ou encore autour de leur conception des pôles de la Maison sport-santé (accompagnement ; recherche et formation continue et innovation).

Différentes notions, déjà abordées le 5 février 2019, se reposent dans cet atelier : « *créer une culture commune* », « *co-construire un langage commun entre professionnel.le.s de la Maison sport-santé* » (Illustration 32). Si les acteurs identifient ces enjeux déjà en 2019 et renouvellent ces identifications en 2021, cela n'a pas évolué pour eux.

²⁶⁴ Ateliers RTT. (2021). Invitation au lancement de la démarche « *Construire ensemble la Maison sport-santé* ».

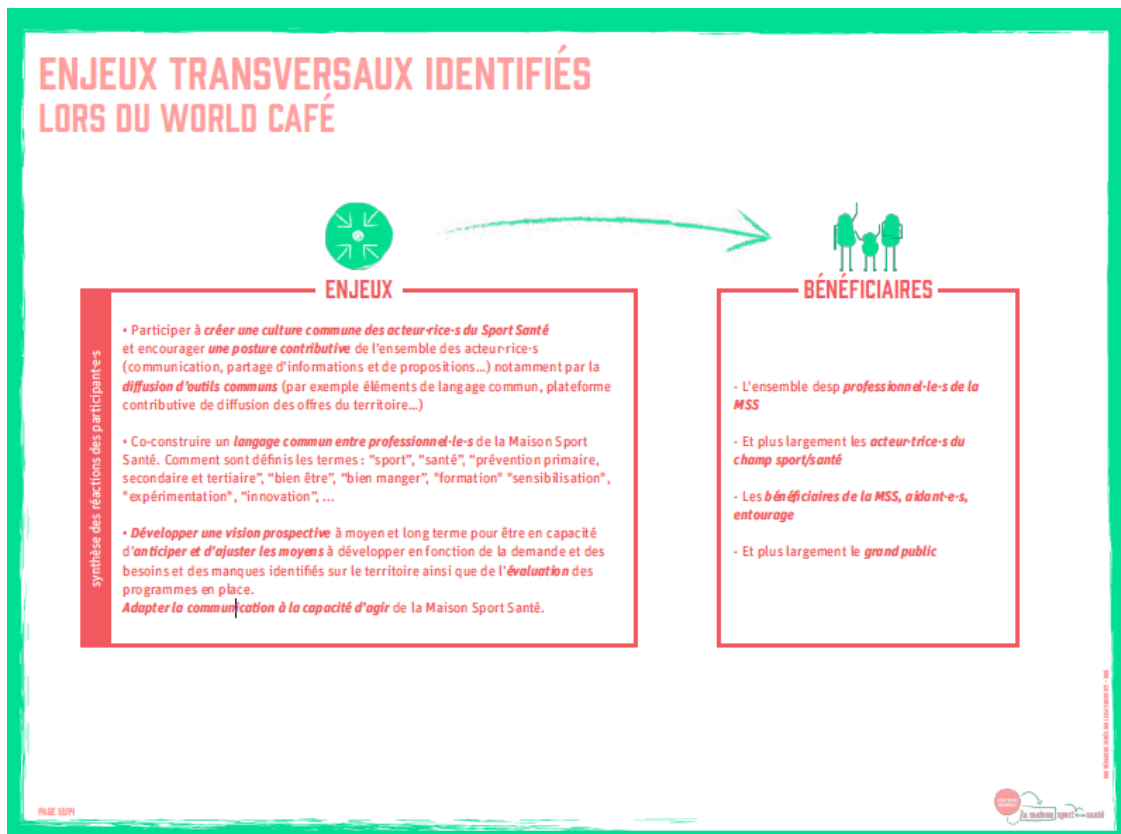


Illustration 32 - Synthèse de l'atelier de lancement de la démarche de design actif « construire ensemble » de la Maison sport-santé, 17 mars 2021²⁶⁵

Ainsi, comme nous l'avons vu, ces temps collectifs autour de l'élaboration de la Maison sport-santé permettent aux acteurs de créer un capital social (Putnam, 1993). Par leurs interactions, les acteurs sont amenés à collaborer et renforcent ainsi leur compréhension mutuelle, essentielle aux dynamiques collectives. Par ailleurs, ces temps collectifs débouchent sur la définition d'un cadre commun qui permet aux institutions de délimiter leurs interventions respectives (Goffman, 1974). Pourtant, en 2021, la Maison sport-santé dans son organisation est déjà constituée, ses premières instances se sont réunies et sa convention constitutive a été approuvée par l'Agence régionale de santé et la préfecture du Bas-Rhin, se pose ainsi la question du pouvoir d'impact des acteurs.

²⁶⁵ Ateliers RTT. (2021). *Présentation PowerPoint de la démarche des ateliers RTT*. 17 mars 2021.

2. Du pouvoir d'impact modéré des acteurs dans l'élaboration de la Maison sport-santé aux premières formes de conflits

Le processus participatif autour de l'écriture de la convention constitutive de la Maison sport-santé prend appui sur un modèle de convention constitutive d'un autre GIP local, celui de la Maison des adolescents de Strasbourg. Ce 1^{er} modèle émane ainsi de retours d'expériences et de discussions informelles entre les agents de la Maison des adolescents et de la Ville de Strasbourg.

Si les réunions d'écriture de la convention constitutive ont pour objectif d'après les acteurs de la Ville de Strasbourg de coécrire ce document, le pouvoir d'impact des acteurs est limité. Le processus sera dit collaboratif si le document qui sert de base à la convention constitutive est évolutif (Callon, Lascoumes et Barthe, 2001). Selon la flexibilité du document initial et de la possibilité pour les acteurs locaux de participer à sa modification, on dira que le processus se rapproche de la concertation ou de la collaboration (Muller, 2000).

Des débats ont lieu entre acteurs dans l'écriture de la convention constitutive, autour notamment des instances et de la représentativité des institutions, du comité des usagers et de la place de France Assos Santé. Ces exemples illustrent la notion d'arène publique de Cefaï (1996). Ce dernier définit l'arène publique comme un espace dynamique où les acteurs sociaux interagissent, débattent et redéfinissent les enjeux sociaux. Les acteurs mobilisent des ressources symboliques, sociales ou politiques pour influencer les prises de décision. Cependant, dans le cas de la Maison sport-santé, ces débats sont souvent résolus dans des échanges interposés entre acteurs ou par une validation de l' élu en charge de la santé. Les conventions constitutives amendées présentées lors des différentes réunions de co-écriture sont validées en amont pour les agents de la Ville de Strasbourg et l' élu en charge de la santé.

Par ailleurs, ce document constitue principalement un cadre juridique pour le GIP Maison sport-santé. Les discussions des membres ne peuvent donc porter sur l'ensemble de ses articles du fait de l'absence de compétences juridiques des acteurs institutionnels autour de la table et se limitent ainsi aux articles qui portent sur la définition de l'action publique locale ou sur les modalités des instances de la Maison sport-santé. Le pouvoir d'impact des institutions est donc modéré, d'autant plus que le cahier des charges de la Maison sport-santé de Strasbourg s'inscrit dans le cadre national du déploiement des Maisons sport-santé et la marge de manœuvre des acteurs locaux est nulle sur ce dernier.

Par ailleurs, si la convention constitutive entend préciser le langage commun utilisé, s'accorder sur un même langage est difficile et certains acteurs profitent de terminologies imprécises pour jouer sur des définitions selon leurs intérêts. Le Galès (2011), en étudiant les politiques publiques locales, montre que l'utilisation d'un vocabulaire flou peut permettre aux acteurs de négocier des compromis, mais également d'interpréter les mots selon les contextes locaux et leurs intérêts. Par exemple, la question de la limite de compétence entre la Ville de Strasbourg et la Maison sport-santé fait l'objet de débats qui s'appuient sur la définition entendue par les acteurs du sport-santé. Une lutte s'engage entre les élus en charge de la santé et du sport, défendant chacun différentes terminologies. Ce conflit illustre la crainte du service des sports de la Ville de se voir dessaisi par la Maison sport-santé de la question du sport pour tous. Selon l'élue en charge du sport, le sport-santé ne serait pas l'apanage de la Maison sport-santé mais de la Ville de Strasbourg. Les missions de la Maison sport-santé seraient ainsi dédiées au « *sport-médicament* » :

« Donc le sport-santé pour moi, son sens c'est de pratiquer le sport pour se sentir bien... Dans mon enfance, parce que je suis originaire du Ghana, on parlait de "ki fit"... donc c'est rester en forme... donc euh... Le sport santé c'est quelque chose de présent dans le sport... Après il y a le sport médicamenteux... c'est-à-dire la pratique du sport qui est prescrite par un médecin que [L'élue en charge de la santé] a développé depuis 2012.

[...] Parce que moi je suis sur le volet préventif... sport pour tous... je suis inscrit dans un club où je vois les équipements... J'ai juste envie de courir, de faire quelques tractions, etc... Là c'est le sport pour tous... alors que de l'autre côté, je suis malade, on m'a prescrit un médicament... J'ai quelqu'un qui m'accompagne justement pour bien prendre ces médicaments... »

Entretien avec l'élue en charge du sport de la Ville de Strasbourg, 1er mars 2021

L'élue en charge du sport défend un champ de compétence, celui du « *sport pour tous* ». Le développement du dispositif sport-santé sur ordonnance, dès 2012, à Strasbourg avait mis le service des sports au centre du jeu, à un moment où la mission de l'office municipal des sports était en train d'être réorientée. Les missions du service des sports s'étaient dès lors redéployées vers des missions plus en phase avec les préoccupations des politiques publiques : la santé plutôt que l'animation des quartiers (Gasparini, Knobé, 2014. Marsault, 2017). Avec le développement de la Maison sport-santé, la place du service dans ce domaine est questionnée.

Derrière ce débat des mots, il s'agit pour le service des sports et pour l' élu en charge du sport de conforter leur place dans l'action publique locale. Les agents du service des sports défendent le discours porté par leur élu :

« Alors moi je distingue bien, le sport-santé loisir bien-être prévention où... bah dès qu'on bouge, c'est bon pour la santé, ça fait circuler le sang, ça active un peu le cœur, ça oxygène, ça permet de se sentir mieux dans son corps, mieux dans sa tête, fonction de prévention aussi où dès qu'on bouge en fait, on fait du sport-santé, même en montant des escaliers, un étage monté en escalier, c'est 4 calories brûlées, donc allons-y de ce côté-là... Et puis le sport sur ordonnance qui a une valeur plutôt curative, qui intervient en complément d'un traitement ou en substitution d'un traitement médicamenteux... donc voilà pour moi, la Maison sport-santé ou le dispositif sport sur ordonnance aggloméré au dispositif PRECCOSS repris par la Maison sport-santé c'est vraiment ce deuxième volet là... »

Entretien avec le directeur des sports de la Ville de Strasbourg, 31 mars 2021.

L'agent nuance ainsi entre sport-santé et sport sur ordonnance. Le langage des acteurs marque donc des rivalités quant au champ de compétence de chacun et révèle le souhait du service des sports de garder des prérogatives précédemment acquises en matière de sport-santé. Le directeur de la Maison sport-santé, en 2021, est conscient qu'autour de la définition du sport-santé, ce sont les champs de compétences de la Maison sport-santé qui se définissent :

« Lui - Non, il y a eu des débats, y a eu des débats. D'ailleurs ce qui renvoie à la question que tu as posée, c'est quoi le sport santé ? [... Jusqu'au on va ? Quoi en fait ? Est-ce que c'est uniquement le sport-santé sur ordonnance sur la base d'une prescription ? Est-ce que c'est le sport pour tous ou presque ? Est-ce que c'est aussi la prévention primaire ? Est-ce que c'est ce que ça va jusqu'à la question de l'aménagement d'un espace urbain propice à l'activité, aux mobilités ? Ce sont des frontières qui sont encore en débat. »

Entretien avec le directeur de la Maison sport-santé, 5 mai 2021.

Les réflexions menées par le service des sports dans le cadre de l'observatoire du sport, également appelé cluster international du sport (*illustration 33*) placent l'action de la Maison sport-santé dans un axe « sport vivre mieux ». Le sport-santé est associé aux dispositifs de sport pour tous comme les vitaboucles ou le savoir pédaler.

L'axe vivre mieux identifie donc différents niveaux d'actions : élargi (directions des sports) et plus contraint (maison sport-santé). Au sein de cette pyramide, l'action de la Maison sport-santé semble destinée à un public plus confidentiel.

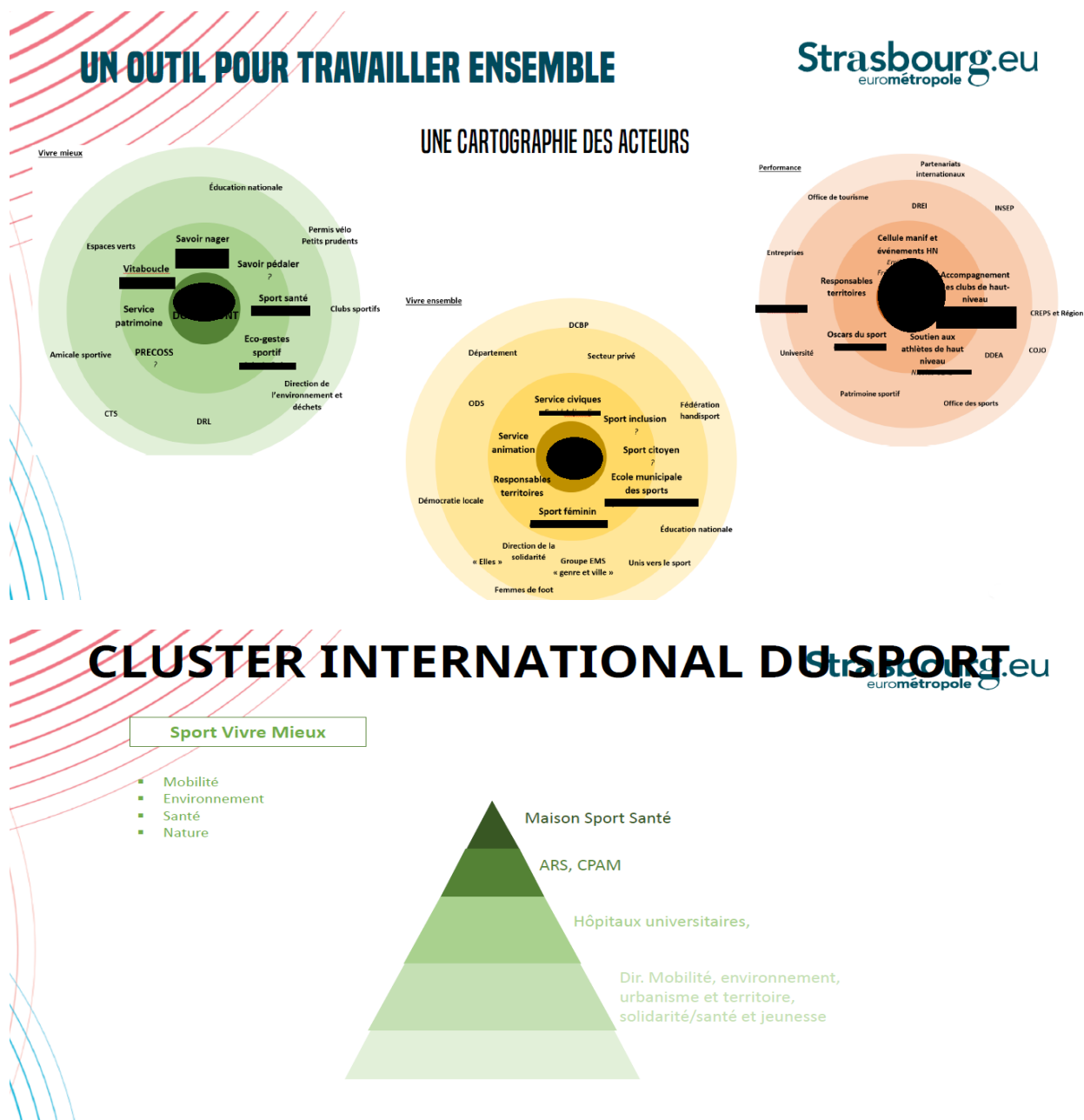


Illustration 33 - Master plan olympique de la politique sportive présentation²⁶⁶

²⁶⁶ Ville et Eurométropole de Strasbourg. (2020). *Présentation Powerpoint du Master plan olympique de la politique sportive*.

Le choix des mots employés dans l'action publique locale laisse paraître des débats plus profonds autour du champ de compétence et de la place des institutions. Si des débats de mots ont lieu lors des réunions d'écriture de la convention constitutive, c'est que le langage est saisi par les acteurs comme un outil de pouvoir (Bourdieu, 1982). Au sein de l'action publique locale, Latour (2002) montre que le langage est le produit de négociations complexes entre les acteurs et résulte de processus de traduction d'intérêts dans un langage commun. Il influence donc l'action publique, sa perception par les acteurs et sa mise en œuvre.

Ainsi, la Maison sport-santé, bien que cherchant à définir un vocabulaire commun, laisse apparaître de nouveaux terrains de lutte entre les acteurs dans la défense de leurs intérêts.

B. Créer une « *culture commune* » au sein de l'équipe administrative de la Maison sport-santé

Parallèlement au processus mené entre les acteurs institutionnel, l'objectif d'une « *culture commune* » est également défini au sein de l'équipe administrative de la Maison sport-santé. Les agents administratifs qui composent ou composeront la Maison sport-santé sont amenés à travailler sur des outils symboliques comme la charte graphique de l'instrument ou encore son organigramme. Mais si ces outils servent à la création d'une dynamique collective, ils sont surtout porteurs d'une symbolique.

1. Du double portage administratif à une entité unique : le travail autour d'outils symboliques pour constituer une équipe commune

À partir de l'autonomisation juridique du GIP Maison sport-santé, en janvier 2021, une nouvelle étape de l'action publique débute pour les agents de la Maison sport-santé. Si jusqu'à présent le service des sports de la Ville prenait une place importante dans le développement du sport-santé sur le territoire (Marsault, 2017), la mise en œuvre du GIP change cela. Des agents du service vie sportive et des agents du service santé de la Ville de Strasbourg se rejoignent au sein de la Maison sport-santé.

Cette particularité du double portage des dispositifs de sport-santé est importante dans la mise en œuvre du groupement, car elle entraîne derrière elle l'implication d'acteurs administratifs des directions de la santé et du sport ainsi que leurs élus respectifs. À leurs côtés, d'autres agents sont nouvellement recrutés (*figure 6*).

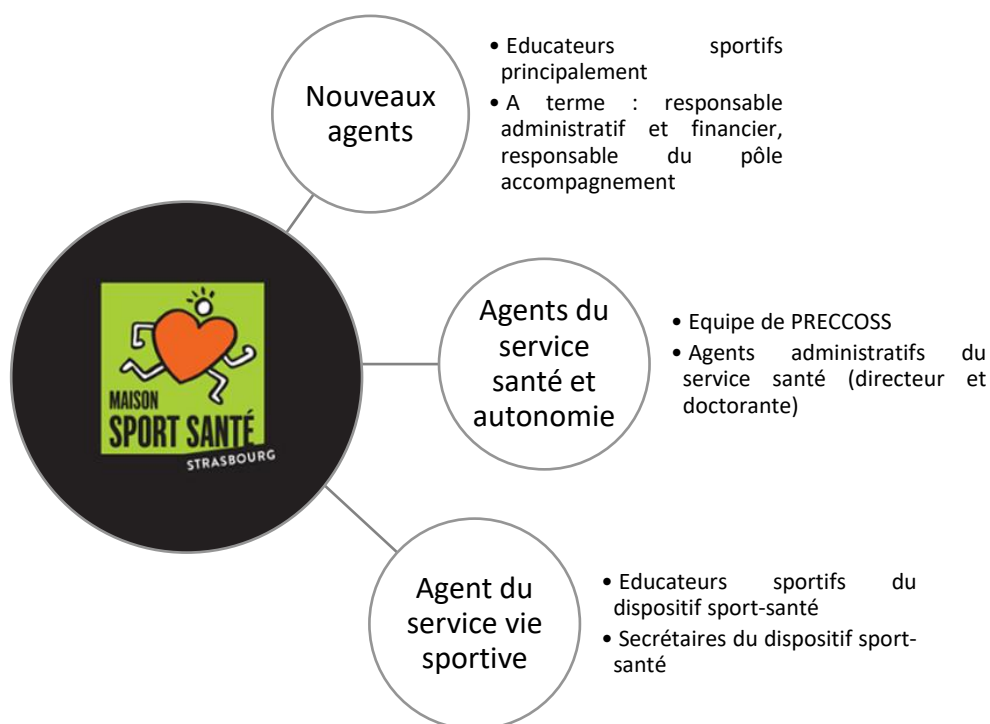


Figure 6 – Schéma de l'origine des agents rejoignant au 1^{er} janvier 2021 la Maison sport-santé

Venant de différents services de la collectivité, les agents des dispositifs PRECCOSS et sport-santé sur ordonnance n'ont pas l'habitude de travailler ensemble jusqu'à 2019. Tout comme pour les acteurs institutionnels, différentes démarches se mettent en place en 2020 jusqu'en 2022, elles portent également l'objectif de créer une « *culture commune* » entre eux. Des séminaires de cohésion sont organisés pour mieux appréhender ce nouveau collectif d'agents.

Pour faciliter l'interconnaissance des métiers de chacun, le dispositif « *vis ma vie* » Maison sport-santé débute. Il émane de la demande des secrétaires des deux dispositifs de venir découvrir le métier de l'autre secrétaire. En effet, les secrétaires sont un des postes de la Maison sport-santé les plus soumis à des modifications : c'est leur lieu de travail qui change ainsi que leurs missions (accueil du public, secrétariat pour les deux dispositifs). Mais peu d'agents saisissent cependant l'opportunité de ce « *vis-ma-vie* ». De même, alors qu'ils ont la possibilité de s'ouvrir à un public enfant ou adulte, peu d'éducateurs souhaitent développer le public qu'ils n'avaient jusqu'à présent pas en charge (enfants ou adultes) : « *ça ne m'intéresse pas trop les enfants, je suis bien avec les adultes moi !* » dit une éducatrice sportive au cours d'une réunion de la démarche de design actif en avril 2021.

²⁶⁷ Blanc, P. (2021). Schéma de l'origine des agents de la Maison sport-santé au 1^{er} janvier 2021.

La démarche « *construire ensemble la Maison sport-santé* » qui s’engage le 8 avril 2021 autour du design actif est structurante pour les agents. Alors qu’elle se déroule en visioconférence du fait des règles sanitaires liées à la Covid_19, elle débute par un tour d’écran où, en binôme, les agents sont amenés à échanger sur leur parcours et à présenter leurs collègues en restitution collective. Pour le directeur de la Maison sport-santé, ces temps permettent, au-delà de la nécessité de se connaître, de faire groupement. Il affirme alors en introduction de la démarche de design actif :

« [...] dans l'imaginaire, dans la conscience des gens, les actions sport-santé c'est encore la Ville de Strasbourg... On est en transition... or depuis le 1^{er} janvier 2021, politiquement, techniquement, les équipes qui travaillent avec nous travaillent plus seulement pour la Ville... ça c'est une première difficulté... Faire groupement ensemble et comprendre que les actions que nous portons, nous en sommes tous plus ou moins responsables... »

Extrait du discours du directeur de la Maison sport-santé, lors de la rencontre initiale à la démarche de design actif, le 17 mars 2021.

Mais cette démarche permet également aux agents de comprendre leurs pratiques, penser une réforme des parcours sport-santé et engager une réflexion autour de la convergence de leurs pratiques²⁶⁸. Pour le directeur de la Maison sport-santé, conscient que les agents échangent seulement avec leurs collègues des mêmes dispositifs, il s’agit de s’accorder ensemble, grâce à des temps dédiés, sur les principes de la Maison sport-santé « *La Maison sport-santé est un moyen pour toucher un public plus large ?* », « *la maison sport-santé est un moyen pour améliorer la qualité des accompagnements des bénéficiaires ?* », etc.²⁶⁹

Déjà dans le tour des présentations, les agents de la Maison sport-santé se projettent sur leurs visions de l’instrument : « *La MSS est un moteur de recherche, du pôle ressource* », « *La MSS est un générateur avec une volonté d’aider toutes les personnes qui ont besoin sur la Ville de Strasbourg* » disent notamment les agents de la Maison sport-santé²⁷⁰. La standardisation, que Mintzberg (1983) définit comme la conduite à agir selon un même ensemble de croyances, permet ainsi la formation de procédures de travail et de pratiques professionnelles partagées (Benamouzig, 2014. Xhaufclair, 2013).

²⁶⁸ Invitation à la première rencontre « Créer une communauté des agents – faire sens commun autour de l’action publique » le 8 avril 2021.

²⁶⁹ Ateliers RTT. (2021). *Présentation PowerPoint de la démarche des ateliers RTT*. 17 mars 2021.

²⁷⁰ Ateliers RTT. (2021). Synthèse de l’atelier de lancement avec l’équipe du 8 avril 2021.

Selon le document présenté aux agents pour répondre à leurs questions en matière de ressources humaines, ce travail permettra également l'élaboration du projet d'établissement de la Maison sport-santé :

« Un travail collectif sera réalisé à partir du premier semestre 2021 pour élaborer en équipe le futur projet d'établissement, y compris les horaires de travail qui sont donc susceptibles d'être modifiés. Ce projet d'établissement sera in fine validé par les instances de gouvernance du GIP. »²⁷¹

Pour le directeur de la Maison sport-santé, qui engage ses agents dans cette démarche, les faire collectivement travailler sur ces sujets peut permettre de renforcer leur sentiment d'appartenance collective. Habermas montre en effet que les décisions issues de processus ouverts et inclusifs sont perçues comme plus légitimes et appropriées par les participants de la démarche (Habermas, 1981).



Illustration 34 - Les ateliers de design actif avec les agents de la Maison sport-santé²⁷²

Cette dynamique de travail fait l'objet d'une valorisation sur les réseaux sociaux. Ces derniers sont souvent utilisés pour mettre en avant la coopération des acteurs de la Maison sport-santé et renforcer ainsi l'image de l'organisation (illustration 35).

²⁷¹ Extrait du document de la Ville et de l'Eurométropole de Strasbourg, en date du 15 septembre 2020 « Foire aux questions, le groupement d'intérêt public Maison sport-santé : KEZAKO ? »

²⁷² Photographies personnelles dans le cadre de la démarche de *design actif* menée avec les agents de la Maison sport-santé, 2021.

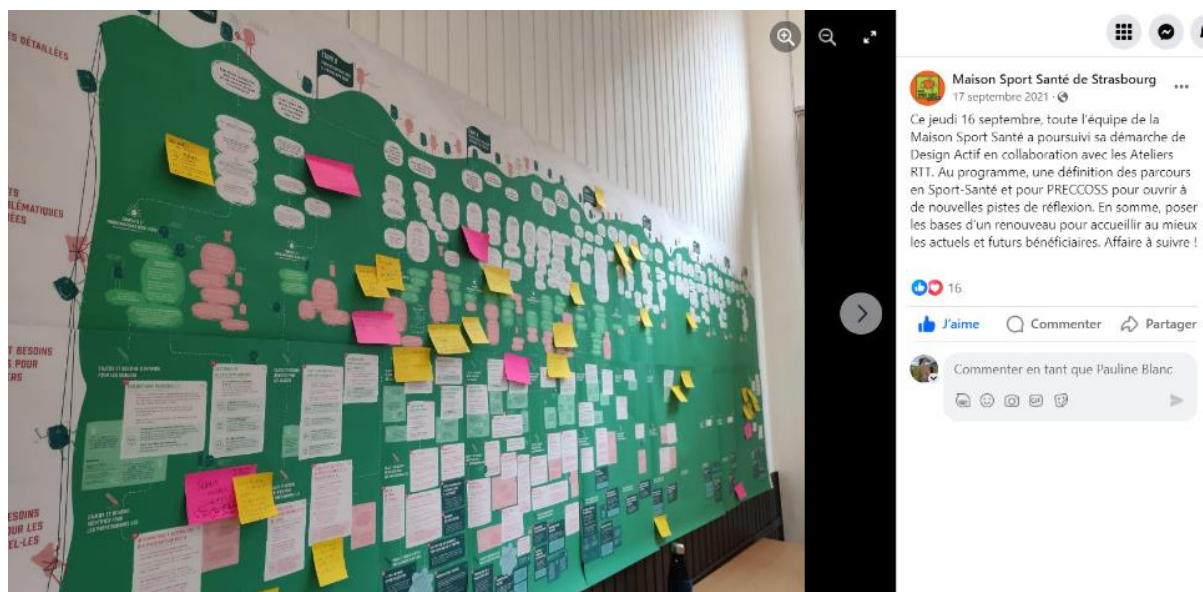


Illustration 35 - Publication Facebook de la Maison sport-santé à la suite d'un atelier de design actif²⁷³

Au cours de la démarche, le travail autour de l'organigramme de la Maison sport-santé est symboliquement fort. Il émane de la volonté des agents de la Ville de Strasbourg que chacun puisse identifier sa place hiérarchiquement et fonctionnellement dans la structure. Les agents sont d'abord questionnés sur leur positionnement à titre personnel au sein d'un des 4 pôles de la Maison sport-santé (pôle innovation, pôle recherche et formation continue, pôle accompagnement et pôle transversal). La plupart des agents se positionnent alors dans le pôle transversal alors que leur contribution est attendue sur le pôle accompagnement. Le travail collectif permet de redéfinir les missions de chacun des pôles et de présenter un organigramme moins hiérarchisé où le pôle transverse est présenté à la base de la Maison sport-santé (illustration 36).

²⁷³ Capture écran de la page Facebook de la Maison sport-santé de Strasbourg, le 17 septembre 2021.

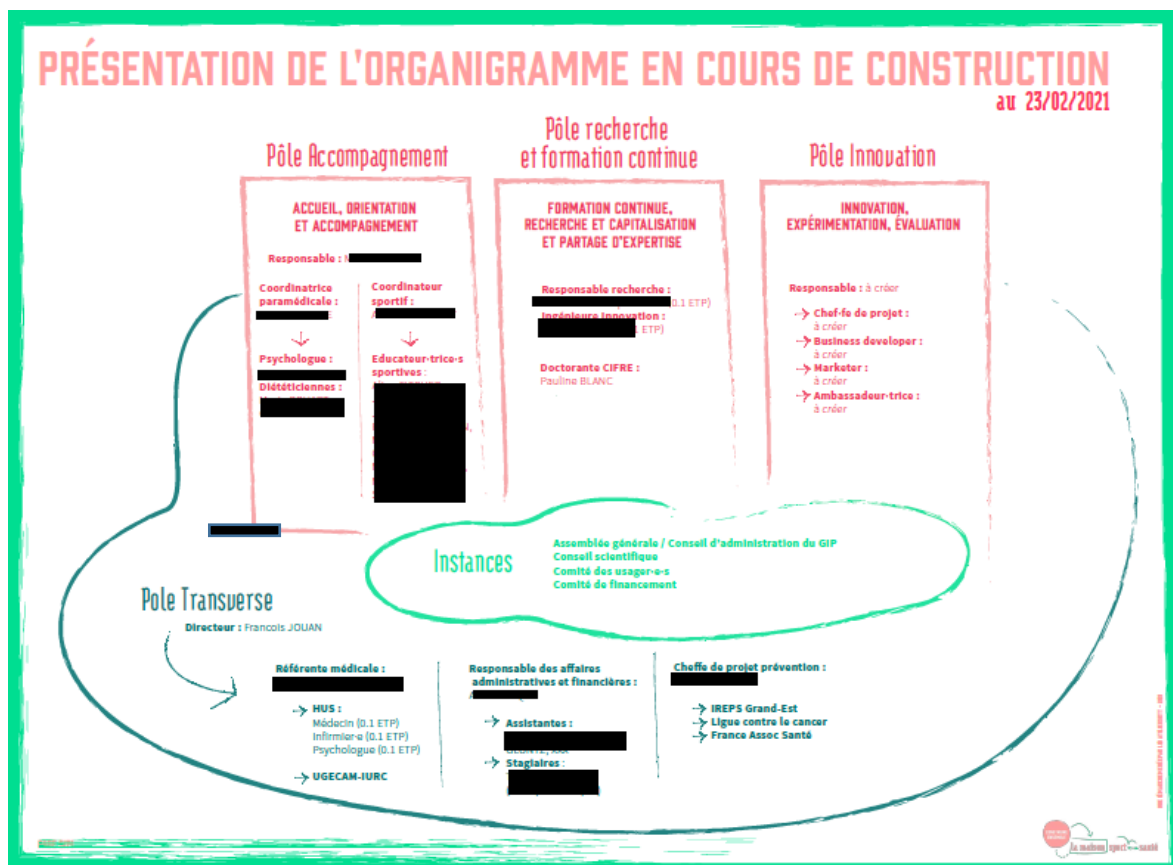


Illustration 36 – Organigramme de la Maison sport-santé en cours d'élaboration ²⁷⁴

Encadré 22 - L'organigramme, image idéalisée d'une organisation

Comme nous l'avons vu, lors du séminaire introductif à la démarche de design actif, les agents sont amenés à s'identifier à un pôle de l'organigramme de la structure. Certains pôles, bien qu'existants sur le papier, restent caducs. Par exemple, aucun d'entre eux ne s'identifie au pôle innovation ou recherche et formation. Ce pôle, du fait du retrait de l'Institut Siel bleu, ne comprend aucun poste dédié. Cependant, le faire apparaître sur l'organigramme, c'est le faire exister aux yeux du public et des acteurs institutionnels. Le pôle innovation, par ailleurs, restera non incarné jusqu'à l'intégration du *living lab* dans les locaux de la Maison sport-santé. Si le *living lab* intègre dès mars 2024 les locaux de la Maison sport-santé, il est difficile de penser pour les agents que le *living lab* appartient à la Maison sport-santé en tant que tel et qu'il partage ainsi le même organigramme.

²⁷⁴ Extrait de la synthèse de l'atelier de lancement de la démarche construire ensemble la Maison sport-santé avec les partenaires du GIP, le 17 mars 2021. Ateliers RTT.

Le responsable du laboratoire d'innovation ouverte ne fait d'ailleurs pas partie des instances de coordination du GIP et à l'inverse le directeur du GIP ne fait pas partie des instances de coordination du *living lab*. Les deux instances coexistent donc sans une étroite collaboration au sein des locaux de la Maison sport-santé. Nous verrons cependant que la Maison sport-santé devient membre de la société coopérative d'intérêt collectif porteur du living lab.

Cette situation révèle un leurre : l'affichage dans l'organigramme de missions non incarnées ou non liées à l'organisation propre du GIP pour mieux valoriser leur existence symbolique. Il impose une perception figée de l'ordre, la place de chaque agent et des relations de hiérarchie au sein de la structure (Douglas, 1986). Nous verrons cependant, dans la seconde partie de ce chapitre que l'organigramme symbolise un idéal, mais cache des dynamiques informelles plus complexes (Crozier, 1963).

2. Portraits d'agents, le sport comme facteur d'unité et de légitimité

Lors de leur première rencontre le 7 janvier 2021, les agents anciennement dans le dispositif et nouvellement recrutés par la Maison sport-santé sont amenés à se présenter. Ces présentations identifient deux types de profils d'éducateurs sportifs, il y a d'abord ceux qui ont une longue expérience au sein de la Ville de Strasbourg (*figure 7*).

A, 48 ans Femme	• A travaille pour la Direction des sports depuis 28 ans, 15 ans dans les quartiers (enfants/adultes/séniors/handicaps), 3 ans dans SSSO.
J, 48 ans Femme	• J a travaillé 35 ans à la piscine de la Kibitzenau. • Elle travaille pour le dispositif de sport-santé depuis 2014.

Figure 7 – Profils d'éducateurs sportifs

Il y a également ceux pour lesquels le sport-santé intervient au cours d'une reconversion professionnelle, comme en témoignent les profils de l'infirmière du dispositif ou encore la diététicienne. C'est aussi ce profil pour les éducateurs sportifs suscités, mais également pour le médecin référent de la Maison sport-santé (*figure 8*).

C, 50 ans Femme	•Elle a été 12 ans médecin généraliste dans un cabinet. Elle s'est reconvertie par la suite et formée à l'ETP.

Figure 8 – Profil du médecin référent

Dans sa présentation, la médecin référente de la Maison sport-santé dit ainsi :

« C'est une vraie reconversion, j'ai été pendant 12 ans le docteur, aujourd'hui je suis le référent médical. »

Parole de la médecin référente, réunion d'équipe de la Maison sport-santé, le 7 janvier 2020.

Pour des éducateurs sportifs plus jeunes, le sport-santé est un choix dès leurs études universitaires. La dualité de profils d'éducateurs plus anciens et nouvellement diplômés au sein de la Maison sport-santé active des débats autour des diplômes universitaires. Ce débat s'initie au sein de la Maison sport-santé notamment lorsque la réforme locale du sport-santé, Prescirmouv, demande aux éducateurs devant faire des entretiens d'inclusion, d'avoir une licence « activités physiques adaptées » (figure 9) ²⁷⁵. Les jeunes éducateurs, diplômés et reconnus par l'agence régionale de santé comme légitimes à prendre en charge les bénéficiaires de sport-santé, font face aux éducateurs plus anciens qui n'ont pas les « bons » diplômes, mais l'expérience envers ces publics qu'ils accompagnent souvent depuis de longues années. Ils entrent ainsi dans la défense de leurs diplômes universitaires et de leur formation en activités physiques adaptées (Perrin, 2016). L'action des agents de la Maison sport-santé est indissociable de ce contexte interprofessionnel marqué par des rivalités (Illivi, Honta, 2019).

²⁷⁵ Agence régionale de santé (ARS). (2023). *Guide de l'intervention Prescirmouv*. https://www.prescirmouv-grandest.fr/wp-content/uploads/2023/10/1-CDC-label_21_02.23.pdf

Q, 35 ans Homme	•Educateur en activités physiques adaptées depuis 2014.
F, X ans Homme	•A obtenu une licence APA et s'est orienté assez tôt vers un centre de rééducation, il est en parallèle auto entrepreneur sur la question des femmes enceintes et jeunes mamans.
M, 24 ans Homme	•Nouvellement enseignant en APAS il a travaillé auparavant au sein d'une association partenaire de sport-santé sur ordonnance.

Figure 9 –Des profils d'éducateurs sportifs nouvellement recrutés par la Maison sport-santé

La distribution des métiers à la Maison sport-santé est également genrée. Les postes de diététicienne, infirmière, psychologue, secrétaires sont ainsi détenus par des femmes (*figure 10*). Bourdieu (1998) montre, en effet, que la division du travail entre hommes et femmes est liée à l'habitus de genre qui implique que les individus intériorisent les rôles en fonction de leurs sexes. Les métiers « féminins » comme les infirmières associent leur exercice à des compétences dites naturelles des femmes (soin, empathie, douceur).

C, 54 ans Femme	• A débuté ses fonctions de secrétariat suite à l'obtention d'un brevet professionnel en 1986. Elle est secrétaire du dispositif SSSO depuis 2 ans.
F, 45 ans Femme	• Infirmière coordinatrice de PRECCOSS, elle était initialement dans l'informatique et a fait une formation pour se reconverter.
C, 32 ans Femme	• Diététicienne du dispositif PRECCOSS depuis 2009, elle a fait un BTS diététique qui l'a amenée d'abord dans le milieu hospitalier et a voulu se réorienter vers l'éducation thérapeutique du patient.
M, x ans Femme	• Diététicienne du dispositif PRECCOSS, elle s'est reconvertie à la suite de 10 ans de journalisme pour "sauver le monde".

Figure 10 – Profils de l'équipe PRECCOSS

Par les nouveaux recrutements de la Maison sport-santé, on assiste à un rééquilibrage timide de la mixité au sein de la structure. Les recrutements sont presque exclusivement masculins : éducateurs sportifs, responsable administratif et financier et responsable du pôle accompagnement.

Mais ce qui marque particulièrement chez les agents de la Maison sport-santé, c'est la justification d'un engagement personnel dans le sport. Il y a chez eux une exigence collective à aimer le sport et à en pratiquer très largement.

C'est à la fois important et cela fait partie de leurs représentations liées à l'exercice de leurs missions professionnelles au sein de la Maison sport-santé ²⁷⁶ :

« *Je suis licencié en tennis de table* », Directeur de la Maison sport-santé.

« *J'ai touché à toutes les activités, compétitions de natation, de volley, fédération de ski ...* » Une éducatrice de sport-santé.

« *Je fais du Krav maga, foot, hand, volley, tennis, badminton, danse, ski, snow, etc., pas mal de colonies.* » Une éducatrice de sport-santé.

« *Je fais du handball à haut-niveau, j'ai entraîné tous les soirs, matchs tous les week-ends* ». Une éducatrice de sport-santé.

Les témoignages de pratique d'une activité physique et sportive sont nombreux et révèlent une norme collective à s'adonner, voire à aimer le sport, dans sa vie privée. L'élus en charge de la santé prend également part à ce jeu entre les acteurs de la Maison sport-santé et justifie son engagement dans l'action publique par son intérêt pour le sport :

« *Je continue de jouer au basket-ball avec mon fils et mon beau-fils. Je joue au tennis et au tennis de table avec mon frère. Je fais les parcours santé urbain avec mes parents. Je nage dans les piscines de Strasbourg et surtout je me déplace exclusivement à vélo.* » (Feltz, 2020).

Quand l'une des secrétaires du dispositif sport-santé affirme, lors du tour de table, qu'elle ne fait pas de sport et qu'elle ne souhaite pas être critiquée pour ça, elle suscite dans la salle des moqueries : « *Je suis dans sport-santé et je ne fais pas de sport – ça me fait lourd sur le cœur d'entendre tous les jours ça.* » (Paroles de la secrétaire du dispositif, le 7 janvier 2020).

Les agents qui ne pratiquent pas de sport au sein de la structure, se trouvent ainsi ostracisés. Lorsqu'un membre du groupe a un comportement déviant, il est étiqueté et peut être considéré comme outsider voire être marginalisé par le groupe (Becker, 1985). Le sport est une activité socialisante qui renforce la cohésion entre les membres du groupe.

²⁷⁶ Citations issues de la première rencontre entre les agents de la Maison sport-santé dans sa nouvelle configuration, le 7 janvier 2021.

Les séminaires de travail débutent souvent par des exercices collectifs sportifs tels que des étirements. Par ailleurs, comme le montrent ces photos, les temps de cohésion sur le temps professionnel ou privé des agents de la Maison sport-santé sont souvent des temps d'activité physique et sportive (*illustrations 37, 38, 39*).



Illustration 37 – Journée de cohésion randonnée en Allemagne, du 9 septembre 2021.²⁷⁷



Illustration 38 - Balade à cheval hors temps de travail entre agents de la Maison sport-santé, le 15 septembre 2022.²⁷⁸

²⁷⁷ Blanc, P. (2021). *Photos personnelles*.

²⁷⁸ Blanc, P. (2022). *Photos personnelles*.

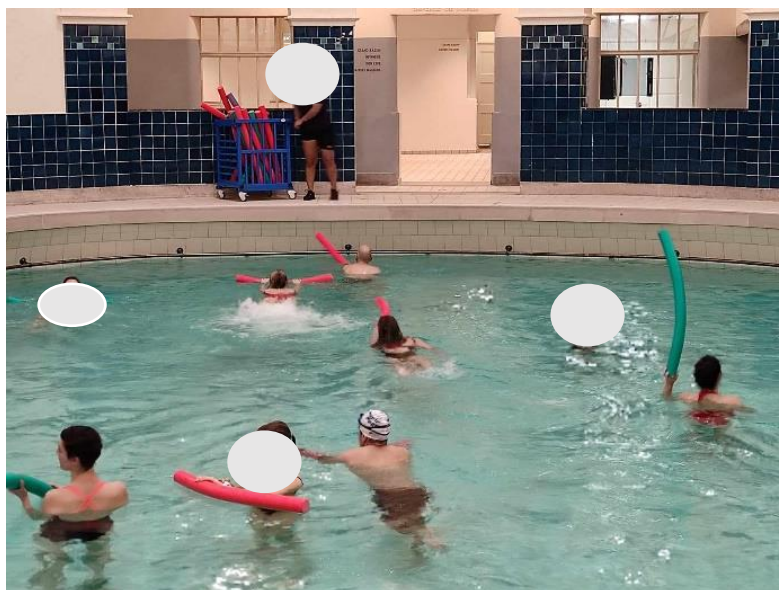


Illustration 39 - Activité aquagym de cohésion des agents de la Maison sport-santé, 15 novembre 2021.

Les temps de cohésion sportifs font l'objet d'une valorisation sur les réseaux sociaux de la Maison sport-santé et renforcent la légitimité de l'organisation (*illustration 40*).

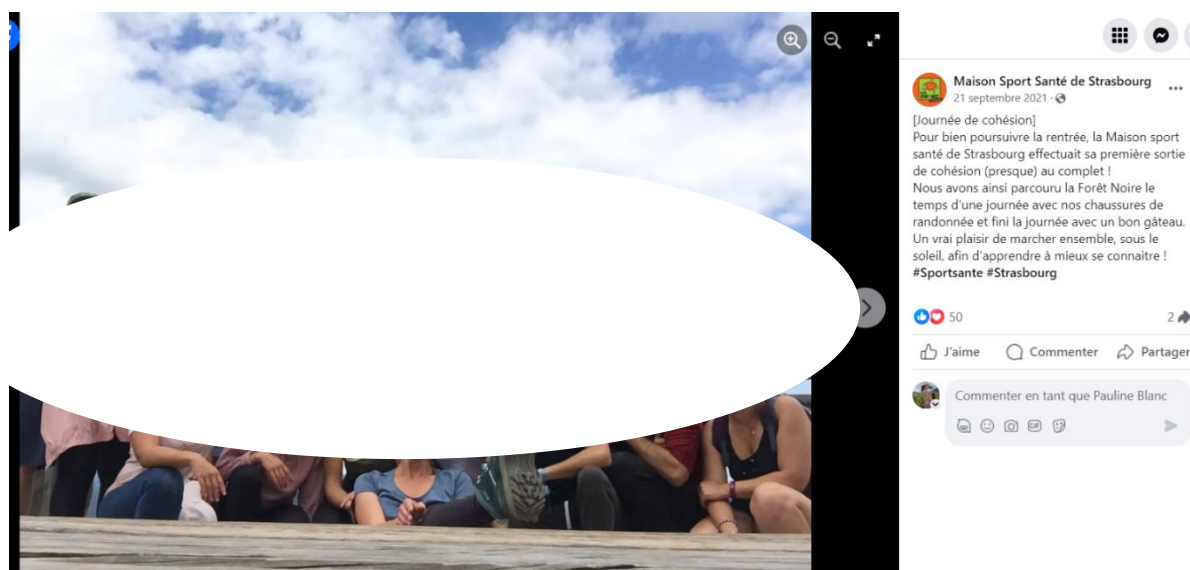


Illustration 40 – Photo de groupe de la journée cohésion de la Maison sport-santé²⁷⁹

²⁷⁹ Capture écran, page Facebook de la Maison sport-santé. 21 septembre 2021.

L'activité physique fait également partie des événements grand public de la Maison sport-santé à travers des pauses sportives. La Maison sport-santé, par l'incarnation de la valeur centrale de la structure qu'est le sport, doit être exemplaire. Si les agents ne pratiquaient pas d'activité physique eux-mêmes, il pourrait y avoir une sorte de dé-légitimité auprès du public. Goffman (1973), à travers le concept de mise en scène et de rôle social, montre ainsi que le rôle doit correspondre aux attentes sociales, sinon le discours porté par l'acteur est moins crédible. Pour les éducateurs sportifs, il y a un enjeu à incarner le sport par leur apparence physique, mais également leur comportement.

3. Des limites dans l'établissement d'une identité commune administrative

Les règles juridiques qui régissent le groupement d'intérêt public impliquent la coexistence au sein de la structure de trois catégories de personnel (*encadré 23*), ce qui n'est pas sans conséquences sur la difficulté de mise en œuvre d'une identité commune.

Encadré 23 - L'article 109 de la loi n° 2011-525 du 17 mai 2011 de simplification et d'amélioration de la qualité du droit prévoit trois catégories de personnels

Des personnels « mis à disposition » du groupement par une personne morale membre du groupement ;

Des agents relevant d'une personne morale de droit public mentionnée à l'article 2 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires, placés dans une position conforme à leur statut ;

Des personnels propres recrutés directement par le groupement, à titre complémentaire.

L'application juridique du groupement d'intérêt public implique des modifications du statut des agents qui préexistaient au GIP, rattachés jusqu'alors à la Ville de Strasbourg²⁸⁰. Durant l'année 2020, des séminaires sont organisés auprès d'eux pour répondre à leurs interrogations sur le processus en matière de ressources humaines.

²⁸⁰ Ville et Eurométropole de Strasbourg. (2019). *Note du 6 décembre 2019, Direction Solidarités Santé Jeunesse – Direction des sports relative aux ressources humaines du GIP.*

Un document leur est destiné et recense ainsi de nombreuses questions : « *quelles seront les règles en matière de formation ? Par qui sera porté mon emploi ?* »²⁸¹

Avant l'indépendance juridique du groupement d'intérêt public en 2021, les responsables hiérarchiques des agents des dispositifs sont inchangés, mais le préfigurateur de la Maison sport-santé apparaît comme un nouvel acteur dans l'écosystème :

*« Les responsables hiérarchiques restent les mêmes tant pour le service santé et autonomie que le service vie sportive ; toutefois, toute décision stratégique concernant le fonctionnement des deux dispositifs sport-santé sur ordonnance et PRECCOSS sera prise en concertation avec le préfigurateur »*²⁸².

Les agents dépendent donc à la fois fonctionnellement du préfigurateur et hiérarchiquement des services de la Ville. Cette situation est créatrice de flou, notamment pour la directrice de la Ville de Strasbourg :

« Pas simple la place de [Préfigurateur du GIP], car il a la lisibilité sur les dispositifs, mais cela oblige les agents à se séparer en deux : faire tourner la boutique au jour le jour et garder ce côté réflexif avec [Préfigurateur du GIP] ».

Extrait d'une réunion de département, directrice santé et cheffe de service par intérim du service santé et autonomie, 18 juin 2020.

Encadré 24 – Retour sur le processus en matière de ressources humaines des agents du groupement d'intérêt public Maison sport-santé de Strasbourg

Septembre 2020 : travail avec l'UGECAM IURC²⁸³ sur les reprises de contrats.

Octobre 2020 : passage en CHSCT/CT²⁸⁴ de l'ensemble des décisions modificatrices du droit des agents actuellement employés par la Ville de Strasbourg pour les dispositifs de sport-santé. Puis délibération de l'Eurométropole de Strasbourg relative aux emplois (transformation – création).

²⁸¹ Ville et Eurométropole de Strasbourg. (2020). « *Foire aux questions, le groupement d'intérêt public Maison sport-santé : KEZAKO ?* ». 15 septembre 2020.

²⁸² Ville et Eurométropole de Strasbourg. (2020). « *Foire aux questions, le groupement d'intérêt public Maison sport-santé : KEZAKO ?* ». 15 septembre 2020.

²⁸³ Par UGECAM on entend Unions pour la gestion des établissements des caisses de l'Assurance Maladie et IURC signifie l'Institut Universitaire de Réadaptation Clemenceau

²⁸⁴ Par CHSCT/CT on entend Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail et comités techniques.

Novembre 2020 : positionnement des titulaires sur leur droit d'option à rejoindre le GIP, entretiens avec les contractuels et l'UGECAM IURC.

Novembre 2020 : jury de recrutement des postes du GIP et des postes de titulaires non pourvus.

1^{er} janvier 2021 : mise à disposition des agents titulaires de la Ville de Strasbourg, des agents titulaires de l'UGECAM IURC, recrutement des agents GIP.

Le processus en matière de ressources humaines est donc particulièrement institutionnalisé. Il fait intervenir des instances préexistantes : comité technique, comité hygiène sécurité au travail, conseil municipal, comité technique, etc.

Si la Ville s'engage ainsi à mettre à disposition des postes contre remboursement²⁸⁵, cela concerne uniquement les agents titulaires de la fonction publique. Alors qu'en 2020 on demande à ces derniers de se positionner, plusieurs refusent leurs droits d'option. Au service santé, ils sont deux. Leur décision s'explique notamment par des modifications de leurs fiches de poste qu'ils ne souhaitent pas mettre en œuvre ou par leur refus de quitter la Ville de Strasbourg. Nous verrons également par la suite que cela peut témoigner une résistance à l'implémentation de la Maison sport-santé. Cependant, si pour certains agents, la création du GIP implique des changements professionnels et notamment de leur fiche de poste, pour d'autres, il s'agit d'une continuité professionnelle :

« Elle : La Maison sport-santé, moi j'ai pris la décision d'y aller parce que c'est la continuité de l'aventure.

« Moi : et du coup ça change quoi pour ton travail au quotidien la Maison ?

Elle : aujourd'hui ? Rien. »

Entretien avec une éducatrice sportive du dispositif sport santé sur ordonnance, 19 février 2021

Pour les contractuels, le processus de portage des postes se détermine au début de l'année 2020. Les négociations orientent les acteurs de la Ville de Strasbourg vers un portage des postes par l'UGECAM – IURC pour plusieurs raisons : d'abord l'implication de l'institution dans le groupement d'intérêt public, mais aussi sa force de recrutement.

²⁸⁵ Nous entendons par la notion « mise à disposition de postes contre remboursement » le fait que la Ville de Strasbourg mette à disposition des agents seulement en échange d'un remboursement du GIP inhérent à cette mise à disposition.

En effet, l'UGECAM-IURC compte déjà plusieurs centaines d'agents au sein de son administration et le portage de postes de la Maison sport-santé pèse peu sur son organisation.

Plusieurs réunions ont lieu avec l'UGECAM-IURC et le préfigurateur de la Maison sport-santé pour aligner les grilles de rémunération des agents. Une réunion spécifique ainsi que des rendez-vous individuels sont organisés entre les agents concernés par une mise à disposition et l'UGECAM-IURC pour explorer les situations des agents. Avant d'être recrutés par l'UGECAM-IURC, les contractuels entrent dans une démarche d'évaluation menée par les directions sport et santé²⁸⁶.

Au sein du GIP, coexistent donc différentes situations administratives des agents (*figure 11*).

Des agents mis à disposition par la Ville de Strasbourg	• Contre remboursement du GIP • A titre gratuit
Des agents mis à disposition par l'UGECAM-IURC	• Contre remboursement du GIP
Des agents du GIP	• Recrutés en propre par le GIP

Figure 11 – Différents agents mis à disposition au sein de la Maison sport-santé, état des lieux de leur prise en charge financière (Blanc, P).

Les différences de statuts des agents sont une barrière à la création d'un sentiment d'appartenance collective des agents au GIP. Certains agents se sentent notamment lésés par des avantages salariaux obtenus par d'autres : « *ils ont plein d'avantage à l'UGECAM ...* » me dit une éducatrice sportive à la sortie d'une réunion, en 2021. En effet, les agents de l'UGECAM-IURC bénéficient d'avantages sociaux importants (mutuelle, comité d'entreprise, chèques cadeaux, 14 mois de salaire), là où les employés directs du GIP ne bénéficient d'aucun de ces avantages.

²⁸⁶ Cette évaluation porte sur la manière de servir des agents contractuels qui travaillaient jusqu'alors sur les dispositifs PRECCOSS et SSSO. Basée sur différents critères, elle écarte un agent dont la manière de servir est jugée non satisfaisante.

Des demandes émanent lors de l'année 2021 de la part des agents du GIP d'organiser des élections professionnelles et certains agents se syndiquent afin de défendre leurs droits, qu'ils estiment lésés.

Encadré 25 - Un projet immobilier retardé qui ne sert pas la mise en œuvre du collectif administratif

Si le projet immobilier doit initialement être livré en 2020, il ne le sera finalement qu'en mars 2024. Entre janvier 2021 et mars 2024, les équipes de la Maison sport-santé font partie d'une même structure, mais ne sont pas dans les mêmes locaux :

« Quel sera mon lieu principal d'activité ? D'ici à la livraison de l'aile médicale rénovée, les lieux de travail restent inchangés ; toutefois, des immersions respectives au sein des locaux de PRECCOSS et de sport-santé sur ordonnance seront organisées. »

Extrait du document de la Ville et de l'Eurométropole de Strasbourg, en date du 15 septembre 2020 *« Foire aux questions, le groupement d'intérêt public Maison sport-santé : KEZAKO ? »*

La multiplicité de locaux contribue à la désunion d'équipes œuvrant pour la Maison sport-santé, nuisant ainsi à la construction d'un collectif :

« C'étaient juste des problèmes de locaux... de voilà... parce qu'il faut avoir en tête que c'est encore le cas aujourd'hui. Sport-santé sont les équipes opérationnelles de sport santé sur un lieu, celle de PRECCOSS sur un autre. La gouvernance est dans un autre ... il y a des lieux un peu partout sur le territoire. »

Entretien avec le directeur de la Maison sport-santé de Strasbourg, 5 mai 2021.

De plus, Taskin et Tremblay (2010) montrent que le télétravail rompt une unité de lieu et crée une distance physique et psychosociologique qui bouleverse l'organisation du travail. Nous supposons que ce travail multi-sites agit ainsi de la même manière : il délocalise les employés d'un site unique et exacerbe la fracture entre eux en les recentrant sur leurs tâches solitaires. Les opportunités de construire un collectif de travail sont amenuisées.

Pour les agents de la Maison sport-santé, cette désunion se traduit notamment par des manières d’agir professionnellement différentes :

« Je vais pas revenir sur le passé, mais on a bien vu qu'il y avait deux équipes, deux sous-équipes, parce qu'on avait des façons différentes de penser... »

Entretien avec l’éducatrice du dispositif sport santé sur ordonnance, 19 février 2021

La livraison du bâtiment de la Maison sport-santé est ainsi attendue par les acteurs, qui la voit comme facilitatrice de la création d’un collectif de travail :

« On a expliqué qu'on fonctionnait comme une Maison sport-santé... On est une maison sport-santé, on est labellisé comme tel depuis un an et demi par le gouvernement et le bâtiment sera livré fin 2022... Ça c'est deux complexités, mais qui nous amènent à voir ensemble le chemin qu'on a à tracer pour faire groupement jusqu'à la livraison du bâtiment, ce sera un moment phare, ce sera un moment important... »

Extrait du discours du directeur de la Maison sport-santé, lors de la rencontre initiale à la démarche de design actif, le 17 mars 2021.

Dans l’analyse de l’action publique, Crozier et Friedberg (1977) montrent que la proximité physique entre les acteurs d’une même organisation, à travers un bâtiment unique, facilite la coopération et la coordination entre eux. La Maison sport-santé pourrait ainsi permettre, dans l’aile médicale des bains municipaux, de réduire les barrières entre les agents et diminuer leurs coûts de coordination. Par coûts de coordination, les auteurs entendent le temps et l’énergie qu’investissent les acteurs pour mieux se coordonner.

Un travail de restructuration de la charte graphique de la Maison sport-santé est mis en œuvre fin 2021. Pour le préfigurateur, cette charte porte l’objectif symbolique de faciliter l’appropriation des agents administratifs à la Maison sport-santé. Lévi-Strauss (1958) montre ainsi que la structuration des groupes sociaux s’appuie sur des symboles. Nous considérons que la charte graphique de la Maison sport-santé est un symbole puisqu’elle permet de matérialiser les valeurs de l’organisation ainsi que son identité. Le changement d’une charte graphique peut signifier une transformation de l’organisation et symbolise une nouvelle phase de l’action publique locale.

Après des ateliers collaboratifs autour des principes qui devraient émaner de cette charte, le processus décisionnel est resserré sur le préfigurateur de la Maison sport-santé et de son adjoint. Les agents se sentent lésés du choix du logo et de la charte graphique. Aussi, cette démarche n'instaure pas pour les agents un sentiment d'appartenance collective, mais une défiance contre ce logo, avec lequel ils entrent en résistance, notamment par le refus de changer la signature de leurs mails : « *On va pas quand même mettre ce truc ... J'aurais pu mieux faire !* » dit un éducateur sportif en réunion d'équipe des éducateurs, en janvier 2022. Cependant, cette identité se déploie à la demande du directeur de la Maison sport-santé sur les réseaux sociaux et dans les signatures mails des agents (*Illustrations 41 et 42*). Il s'agit, comme nous avons pu le voir, d'afficher une rupture organisationnelle à travers son implantation.



Illustration 41 - Exemple d'une signature mail de la Maison sport-santé de Strasbourg²⁸⁷.

²⁸⁷ Capture écran d'une signature mail Outlook.



Illustrations 42 - Adoption de la nouvelle charte graphique de la Maison sport-santé de Strasbourg²⁸⁸

Ainsi, des dynamiques se mettent en place entre les acteurs institutionnels et les acteurs administratifs de la Maison sport-santé pour générer des collectifs. Mais ces processus collaboratifs, notamment portés par une démarche de design actif, voient des limites. Ces dernières montrent notamment que les acteurs agissent avec intérêt ou opportunité dans l'action publique locale.

²⁸⁸ Capture écran de la page Facebook de la Maison sport-santé, le 13 janvier 2022

II. Une mobilisation concurrentielle des acteurs institutionnels au sein de la Maison sport-santé

Au cœur de l'action publique locale, les acteurs développent des stratégies et forment des alliances, notamment pour peser dans l'écriture des règles formelles. Ces stratégies les amènent à des conflits, rapports de force, échanges d'arguments et jeux de pouvoir (Gusfield, 2009). L'action publique locale est définie comme une arène publique (Cefaï, 1996). L'institutionnalisation de la Maison sport-santé est donc en partie hiérarchisée par le poids des contributions des institutions, dont les lettres d'intention sont l'une des illustrations. Mais s'interroger sur la coopération entre les individus revient *in fine* à questionner le poids des individus dans l'action publique et l'articulation entre coopération et action individuelle.

A. L'acteur de la Maison sport-santé au cœur d'une mobilisation institutionnelle

Parler des acteurs de la Maison sport-santé suppose de considérer d'abord les institutions auxquelles ils appartiennent. En effet, l'action publique locale est portée à travers la mobilisation des acteurs par des stratégies institutionnelles s'illustrant notamment par l'intérêt des acteurs pour peser au sein de la convention constitutive du GIP de la Maison sport-santé.

1. L'organisation d'une place des institutions au sein du GIP : débat autour de la représentativité

Ce sont les instances du groupement d'intérêt public qui organisent la représentation des institutions, nous verrons qu'elles deviennent ainsi stratégiques.

Les premiers questionnements autour de la représentation des institutions au sein du GIP ont lieu en préfiguration de la Maison sport-santé, en réunion technique de préparation du groupe de travail gouvernance de la Maison sport-santé entre agents du GIP.

Si les agents laissent le débat ouvert, ils pensent toutefois que la représentativité des institutions devrait être liée à leurs contributions :

« La 3^e réunion du GIP aura lieu le 4/04. [...] D'un côté juridique, il n'y a pas de minimum en termes de participation pour avoir une voix, mais la voix délibérative pèse à proportion de la participation. Cela pourrait se traduire par un nombre de parts. Ainsi, il y aurait, selon la contribution de chaque membre – >% à définir : 1 représentant, avec tant de voix, de X à X : 2 représentants, ayant X parts chacun. Donc le principe serait : les apports seront quantifiés avec un numéraire unique qui donneront lieu à tantième/millième. Il est dit qu'il est important de ne pas arriver avec une proposition faite, mais bien de laisser du débat en groupe de travail GIP. [...] ».

Extrait du compte-rendu de la réunion équipe projet Maison sport-santé, en date du 2 avril 2019.

Avant de s'engager, les agents demandent de temporiser ce choix de la représentativité des institutions à la réception des lettres d'engagement des membres fondateurs. Ces lettres constituent, selon eux, des bases pour évaluer la participation des membres. La convention constitutive du GIP porte donc une attention particulière aux contributions des institutions²⁸⁹. En avril 2019, le chef du service santé de la Ville de Strasbourg rappelle que si certains partenaires, co-financeurs des dispositifs, ont leur « *ticket d'entrée* » dans le GIP, les contributions peuvent être de différents ordres. Elles sont par exemple déjà existantes ou constitutives de travaux de recherche. Il invite les institutions à rapidement définir leurs contributions.

C'est lors du groupe de travail sur la gouvernance de la structure, du 4 avril 2019, que la question de représentation des institutions est débattue avec les acteurs institutionnels. Ces derniers abordent ainsi la notion de « *poids* » des membres fondateurs et de « *pondération* » de leurs contributions. Deux conceptions s'opposent. La première entend que la place de chaque institution est dépendante des contributions des acteurs. Elle est défendue par les agents de la Ville de Strasbourg en équipe projet du 2 avril 2019.

²⁸⁹ Ces contributions, définies par l'article 8.2 de la convention constitutive peuvent être de plusieurs ordres : contribution en nature, financière, mise à disposition de personnels, de locaux, d'outils informatiques et statistiques, de productions, ou de toute autre forme.

La seconde, notamment portée par l'IREPS, une association de promotion de la santé, défend une représentation dite « *de l'ESS* »²⁹⁰ où « *un homme égal une voix* », soit une institution égale une voix. Certains acteurs défendent également ce principe qu'ils lient au concept de « *démocratie participative* » :

« Il faut qu'il y ait un respect et un équilibre de chacun des pôles, la recherche, l'innovation... Le côté médico-social... et peut-être même social... et il faut qu'il y ait un équilibre et pas qu'un parti soit prédominant par rapport aux autres... [...] que ça s'inscrive dans un schéma de démocratie participative si on veut... mais que chacun puisse s'exprimer, que chaque voix puisse être prise en compte... mais que à un moment on arrive à trouver des compromis, que voilà c'est pas un lieu que de recherche, que de soin et que d'innovation, il faut garder cet équilibre-là... ».

Entretien réalisé avec le responsable des programmes stratégiques, Pôle de compétitivité Biovalley France, le 22 février 2021.

Selon ce même acteur, les instances du groupement d'intérêt public doivent agir comme garde-fous dans la gouvernance afin de garantir le juste équilibre de chacun :

« À partir du moment où tu as une institution qui essaye de tirer la couverture, les autres vont d'abord essayer de résister et puis s'ils voient qu'il y a pas moyen, ils vont lâcher le truc et il y aura plus de recherche, il y aura plus grand-chose quoi... Donc il faut bien veiller et mettre des garde-fous dans la gouvernance pour que chacun puisse s'exprimer et pas un parti qui prenne le dessus sur l'autre... »

Entretien avec le responsable des programmes stratégiques du pôle de compétitivité Biovalley France, en date du 22 février 2021.

Ces deux conceptions de la représentation des institutions au sein de la Maison sport-santé sont profondément ancrées dans les débats autour de la démocratie. Pour certains auteurs, justifier d'un poids proportionnel aux contributions financières, dans les processus démocratiques, renforcerait des inégalités structurelles déjà présentes dans la société (Piketty, 2013). Les auteurs appellent au contraire à délier poids économique et poids démocratique pour que chaque citoyen puisse peser de manière égale sur les décisions (Rosanvallon, 2006).

²⁹⁰ On appelle ESS le concept d'économie sociale et solidaire. Cette notion est envisagée dans le groupe de travail d'écriture de la convention constitutive du Groupement d'Intérêt Public du 4 avril 2019.

Ce sont, pour la plupart, les institutions qui ont le moins de contributions financières au GIP qui portent le vœu d'une participation désolidarisée du poids contributif, à l'inverse de la Ville de Strasbourg. La convention constitutive se tourne finalement vers la conception une voix égale une institution. Les voix ne font pas l'objet de pondération, le préfigurateur du GIP dira ainsi « *L'arrivée dans le GIP n'est pas liée à l'argent injecté* », lors d'une réunion de gouvernance (2021). Cette décision est critiquée par des agents de la Ville de Strasbourg qui estiment que le poids des contributions portées par la Ville demanderait une plus forte présence de la collectivité au sein des instances du GIP :

« *C'est la Ville qui crée le GIP et c'est la Ville qui finit par être lésée dans tout ça !* »

Paroles d'une agente du service santé de la Ville de Strasbourg, avril 2019.

Ces paroles d'une agente de la Ville de Strasbourg illustrent la crainte pour ces derniers de voir leur poids dans l'action publique locale redéfini. Le passage d'une gestion interne des dispositifs à une gestion dite partenariale bouleverse l'autorité de la Ville de Strasbourg.

Ainsi, pour ne pas léser ses acteurs, il est décidé que la Ville de Strasbourg aura deux représentants au sein du conseil administratif du GIP au lieu d'un unique. Ce choix ne fait pas l'objet de débats au sein des institutions du GIP au regard du poids historique de la participation de la Ville à la définition de politiques publiques de sport-santé et permet une compensation aux acteurs de la Ville. Une seconde voix est également accordée à l'Université de Strasbourg du fait du nombre important de ses composantes engagées dans le GIP. En effet, plusieurs laboratoires sont historiquement partenaires de la Ville de Strasbourg : le laboratoire de géographie (questions de mobilité) ; le laboratoire sport et sciences sociales (sciences humaines et sociales autour du sport-santé) et le laboratoire de médecine (médical). Les laboratoires, après s'être positionnés afin de devenir membres fondateurs du GIP, sont alertés par les services juridiques de l'université : seule l'université a la capacité juridique de rejoindre le GIP. Afin de limiter les frustrations des différentes composantes de l'université, les agents de la Ville de Strasbourg décident d'octroyer deux voix à l'université à travers deux de ses laboratoires au sein de l'assemblée générale du GIP.

S'il n'est pas décidé de pondérer les voix au sein de l'assemblée générale du GIP selon les contributions des acteurs, un choix s'effectue dans la désignation des membres du conseil d'administration du GIP. Ce sont les membres de l'assemblée générale qui doivent élire les membres du conseil d'administration au sein de leurs collègues.

Au sein du collège des collectivités, chaque représentant se voit octroyer une voix au conseil d'administration, une deuxième voix est également attribuée à la Ville de Strasbourg. Aussi, l'adage « *un homme égal une voix* » est tempéré par la surreprésentation de la Ville de Strasbourg au sein de l'assemblée générale et du conseil d'administration. Jessop (2002) nous montre que lorsqu'une gouvernance en réseau se met en place, il ne s'agit pas d'un processus égalitaire. Les institutions qui s'engagent dans cette gouvernance vont chercher à protéger leurs intérêts dans cette structuration, comme peut le faire la Ville de Strasbourg en cherchant à être surreprésentée. Cette surreprésentation est largement acceptée par les acteurs institutionnels de la Maison sport-santé, qui justifient cela par le fait que la Ville constitue le plus gros financeur de l'action publique locale. Nous verrons dans la suite de ce chapitre que la place de la Ville de Strasbourg au sein de la Maison sport-santé reste spécifique.

C'est au sein du collège des associations et du collège des mutuelles qu'un choix des membres est opéré pour le conseil d'administration. Au sein du collège des associations, 7 associations doivent se départager 3 voix, 2 mutuelles doivent s'en départager 1 (*illustration 43*).

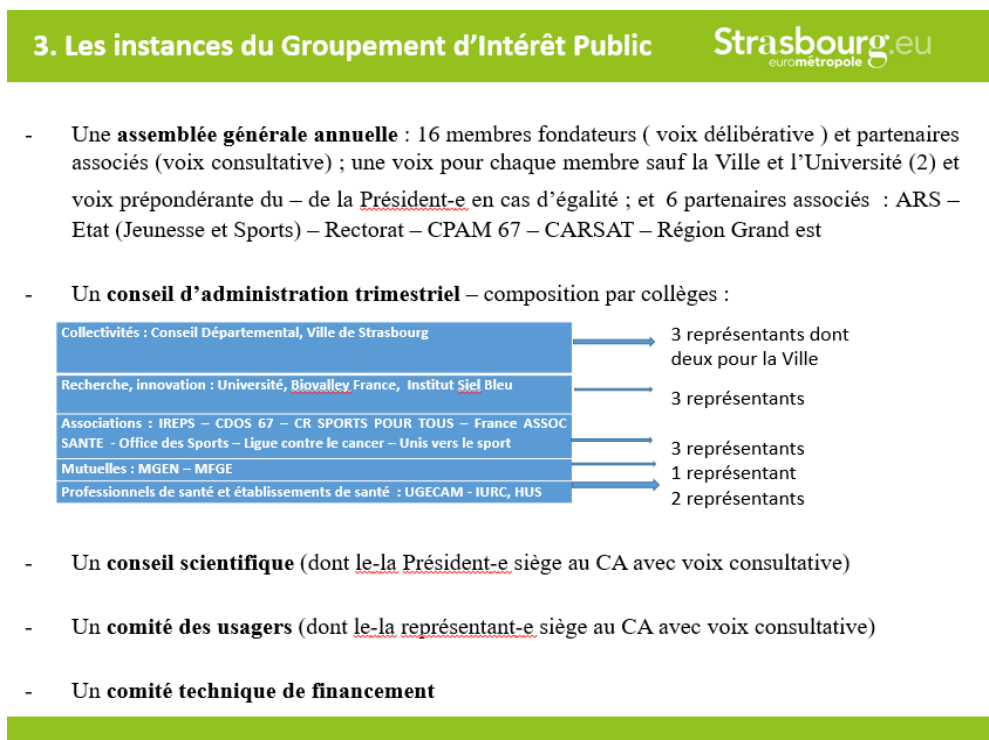


Illustration 43 – Les instances du groupement d'intérêt public²⁹¹

²⁹¹ Ville et Eurométropole de Strasbourg. (2020). *Powerpoint de présentation de la Maison sport-santé, Comité de Pilotage du 2 mars 2020*. Extrait.

Les acteurs associatifs, et notamment l'association du CDOS 67²⁹², initient des échanges mails en amont des instances constitutives de la Maison sport-santé auprès de l'ensemble des membres de leur collège afin de proposer leur candidature au sein du collège. Pour d'autres institutions, ce sont les lettres d'intention qui permettent de se positionner sur des fonctions électives au sein du conseil d'administration :

« Au titre de leur implication importante au sein de la Maison sport-santé, les HUS proposent de siéger au sein du conseil d'administration, au sein du 5^e collège représentant les établissements de santé. »

Extrait de la lettre d'intention des HUS, du directeur général au président du GIP.

Ces exemples illustrent comment les acteurs institutionnels sont amenés à anticiper des opportunités de pouvoir et à agir en conséquence afin de maximiser leurs chances d'obtenir des positions de pouvoir (Crozier et Friedberg, 1977).

Le poids des institutions dans les instances est ainsi important pour les acteurs institutionnels, lesquels entrent en concurrence. Ce sont ainsi les lettres d'institutions qui laissent paraître les stratégies institutionnelles.

2. Les lettres d'intention, expression des stratégies institutionnelles

L'action publique locale est indissociable des questions de domination, de résistance et des enjeux de légitimité des acteurs de l'action publique. Les acteurs développent, au sein des arènes institutionnelles des stratégies concurrentes (Cefaï, 2016).

Ces stratégies sont visibles à différentes échelles²⁹³ et notamment par les lettres d'intention des institutions, qui expriment la volonté des institutions de rejoindre le GIP et leurs contributions. Les institutions sont amenées à se porter candidates officiellement, à travers ces lettres, nécessaires à leur engagement puisqu'elles sont des formalités administratives.

²⁹² Le CDOS est le comité départemental olympique et sportif.

²⁹³ La recherche menée en Nouvelle Aquitaine a voulu ainsi montrer qu'en matière de sport-santé et de lutte contre les inégalités d'accès à la pratique sportive, contre l'inactivité physique, différents acteurs sont amenés à collaborer et avoir des intérêts potentiellement divergents. Aussi, la multiplication des acteurs du monde du sport-santé fragilise les coopérations tant la distribution du pouvoir est complexe et les conflits de légitimité nombreux (Tabuteau, 2013).

Pour l'ensemble des 16 membres fondateurs du GIP, elles font suite à des entretiens bilatéraux entre les institutions et les agents de la Ville de Strasbourg. Ce n'est donc pas une surprise pour les agents de la Ville de Strasbourg de voir ces lettres parvenir. Les contributions sont souvent négociées, parfois réfléchies entre institutions et agents du GIP en amont de leur écriture. Pour les institutions, il s'agit de valoriser une action qui était déjà réalisée jusqu'alors avec l'un ou l'autre des dispositifs.

Encadré 26 – L'étude de deux lettres d'intention de membres fondateurs : anticiper sa position dans la Maison sport-santé

« [...] En tant que partenaires scientifiques, les chercheurs et doctorants de l'E3S pourront :

- apporter leur expertise dans les domaines des sciences sociales appliquées aux activités physiques et sportives, à la mobilité active et à la santé : réalisation d'enquêtes auprès des patients et usagers de la Maison sport-santé, organisation de conférences débat ou d'ateliers d'éducation populaire au sport santé...

- encadrer des étudiants stagiaires de master en stage à la Maison de sport-santé. [...] »

Lettre d'intention du laboratoire sport et sciences sociales, en date du 15 mars 2019.

« [...] En termes de contribution au projet, l'IREPS Grand Est pourrait s'engager dans l'expertise technique sur le projet, la participation aux futurs travaux de recherche, la participation à l'action de formation, l'accompagnement des acteurs et des projets de promotion de la santé menés en lien avec la MSS, la participation aux échanges de pratiques [...] ».

Lettre d'intention de l'IREPS, en date du 7 mars 2019.

L'analyse de ces deux lettres d'intention permet de comprendre les dynamiques et stratégies institutionnelles au sein de la Maison sport-santé. Dans ces deux lettres, tout d'abord, on remarque que les institutions explicitent leur volonté de mettre à disposition des ressources auprès de la Maison sport-santé. Ces ressources portent ici sur des capacités d'expertise.

En proposant ces contributions, qui s'inscrivent pleinement dans les objectifs de la Maison sport-santé (production de savoir, promotion de la santé), ces institutions renforcent leur légitimité dans l'action publique locale. Par ces lettres d'intention, les acteurs institutionnels cherchent donc à anticiper les besoins de la Maison sport-santé pour favoriser sa position dans l'organisation (Crozier et Friedberg, 1977).

Enfin, derrière ces lettres se jouent également de premiers débats, que nous analyserons par la suite, sur la vision des acteurs de la recherche et de la formation. Pour le laboratoire sport et sciences sociales, on remarque une visée particulièrement tournée vers la recherche dédiée à la production de connaissances (enquêtes, encadrement de recherches, etc.) tandis que pour l'IREPS la portée de la recherche semble plus professionnelle (accompagnement des acteurs, échanges de pratiques, etc.).

Aussi, si elles explicitent les contributions des membres fondateurs, ces lettres d'intention traduisent l'intérêt qu'ont les membres à rejoindre le GIP :

« C'est pourquoi nous souhaitons mettre au profit de la MSS notre future cartographie des créneaux sport-santé dans les associations sportives du Bas-Rhin afin d'établir le lien avec les bénéficiaires de la MSS, qui sont aussi de futurs pratiquants au sein de nos associations sportives. Cette démarche a pour but d'offrir un réel service aux pratiquants d'activité sportive au sens large. »

Extrait de la lettre d'intention du CDOS 67, en date du 5 juin 2019.

En s'engageant dans l'action publique locale, les institutions peuvent avoir une logique intéressée. Il peut s'agir pour certaines, par exemple, de toucher un public plus large pour développer leurs activités. C'est le cas de cette association :

« Par contre j'ai... ce sera l'opportunité pour nous de rencontrer des malades du cancer qui ne viennent pas ... ».

Entretien avec la vice-présidente du comité départemental du Bas-Rhin de la Ligue contre le cancer en date du 4 mars 2021.

Pour d'autres institutions, intégrer le GIP, c'est s'inscrire dans une réponse à des orientations nationales qui doivent être suivies au niveau local. Les auteurs montrent ainsi que : *« Les fédérations sportives françaises ont reçu du comité national olympique et sportif français la demande d'intégrer un axe sport-santé à leur politique de développement. Cette demande pousse les fédérations à créer des disciplines innovantes tout en tentant de conserver leur cœur de pratique ».*²⁹⁴

²⁹⁴ Perrier (2021) dans Oualhaci, A. (2023). *Maisons sport-santé : l'émergence et la structuration d'un nouvel instrument d'action publique*, INJEP Notes & Rapport/Rapport d'étude. N°2023/05. <https://injep.fr/wp-content/uploads/2023/06/rapport-2023-05-Maisons-Sport-Sante.pdf>

3. Peut-on lier représentation institutionnelle et poids dans le processus décisionnel ?

Le poids des institutions au sein du GIP, s'il est institutionnellement déterminé par leur nombre de représentants notamment au sein du conseil d'administration, ne présage ni de leur place ni de leurs poids dans le processus décisionnel. Crozier (1963) montre ainsi qu'il existe une distinction entre les statuts d'une organisation et l'exercice réel du pouvoir.

Les instances du GIP (assemblée générale, conseil d'administration, comité de financement, bureau) se réunissent pour la première fois en novembre 2020 (*Illustration 44*).

DNA - Mardi
24 Novembre 2020

MAISON SPORT SANTÉ **Première assemblée** **générale du Groupement** **d'Intérêt Public**

Mercredi, les seize membres fondateurs du Groupement d'Intérêt Public (GIP) Maison Sport Santé de Strasbourg ont tenu leur première assemblée générale. A cette occasion, le docteur [REDACTED]

[REDACTED], adjoint à la maire de Strasbourg en charge de la santé, a été élu à l'unanimité comme président par le conseil d'administration. [REDACTED]

[REDACTED], conseillère départementale déléguée aux sports comme vice-présidente et Laurent Vivet, directeur général de l'UGECAM-IURC comme vice-président.

[REDACTED] a été nommé directeur du GIP Maison Sport Santé de Strasbourg.

L'installation officielle de ce groupement permettra de poursuivre et développer l'engagement des partenaires au profit de l'activité physique et de la lutte contre la sédentarité. Un engagement d'autant plus important dans le contexte sanitaire actuel. L'épidémie de Covid-19 ajoutée au confinement a aggravé la sédentarité ; il est démontré par ailleurs que les facteurs de risque de Covid grave peuvent être réduits par une activité physique régulière. Il est ainsi essentiel que les populations les plus fragiles puissent avoir accès à des dispositifs favorisant l'activité physique adaptée.

Faisant l'objet d'une rénovation de 6 millions d'euros d'investissement, l'aile médicale des bains municipaux accueillera fin 2022 la Maison sport santé et près de 24 équivalents temps plein. Elle sera dotée d'un budget de fonctionnement de 1,5 million d'euros.

Illustration 44 - Brève d'installation des instances de la Maison sport-santé – DNA du 24 novembre 2020

Elles laissent paraître peu d'expressions publiques dissonantes de la part des institutions. La place de la Ville de Strasbourg, sur laquelle nous reviendrons par la suite, est incontestée par les institutions du GIP :

« [...] Il y a des ambitions c'est normal... Que chacun veuille ou ait envie de... d'être force de propositions, partie prenante... voilà, ils aimeraient que ça soit orienté de telle ou telle façon, donc il y aura clairement aussi des discussions sur un certain nombre d'orientations... Après ce qui est intéressant aujourd'hui c'est... on a quand même un acteur principal pour moi qui reste décisionnaire et qui porte aussi beaucoup des investissements, donc naturellement si beaucoup de gens ont beaucoup de choses à dire ça reste quand même cet acteur-là qui *in fine*... ».

Entretien avec le directeur de l'association Siel Bleu, 9 mars 2021.

Pour certains agents administratifs, les instances du GIP ne seraient que « *des chambres d'enregistrement* » (Discussions avec un agent de la Maison sport-santé, décembre 2023). En effet, les points à l'ordre du jour des instances s'enchaînent très rapidement, les votes de succèdent et cela ne laisse pas la place aux expressions des institutions. Les institutions du GIP ne contrôlent pas la teneur de tous les procédés administratifs du GIP et n'ont pas la capacité de prendre la parole sur des sujets trop techniques, qu'ils ne maîtrisent pas, et pour lesquels ils n'ont pas assez d'informations pour aborder ces sujets (budgets, ressources humaines, etc.). Nous verrons, pour les dispositifs de participation des usagers (*chapitre 3*), que l'absence d'informations est un facteur limitant à la participation des usagers, tout comme il l'est ici pour les institutions. L'extrait du procès-verbal du conseil d'administration électif du 18 novembre 2020 illustre cette absence de discussions au sein des instances de la Maison sport-santé.

Encadré 27 - Extrait du procès-verbal du conseil d'administration électif du 18 novembre 2020

Un appel à candidature est lancé au sein des membres du conseil d'administration pour la présidence du groupement d'intérêt public.

Monsieur X [L' élu en charge de la santé] se déclare candidat ; il n'y a aucun-e autre candidat-e.

Les membres du conseil d'administration sont invités à voter électroniquement sur e-vote. Ils ont reçu préalablement des votes tests et leurs identifiants.

Résultats du vote électronique (*illustration 45*) :

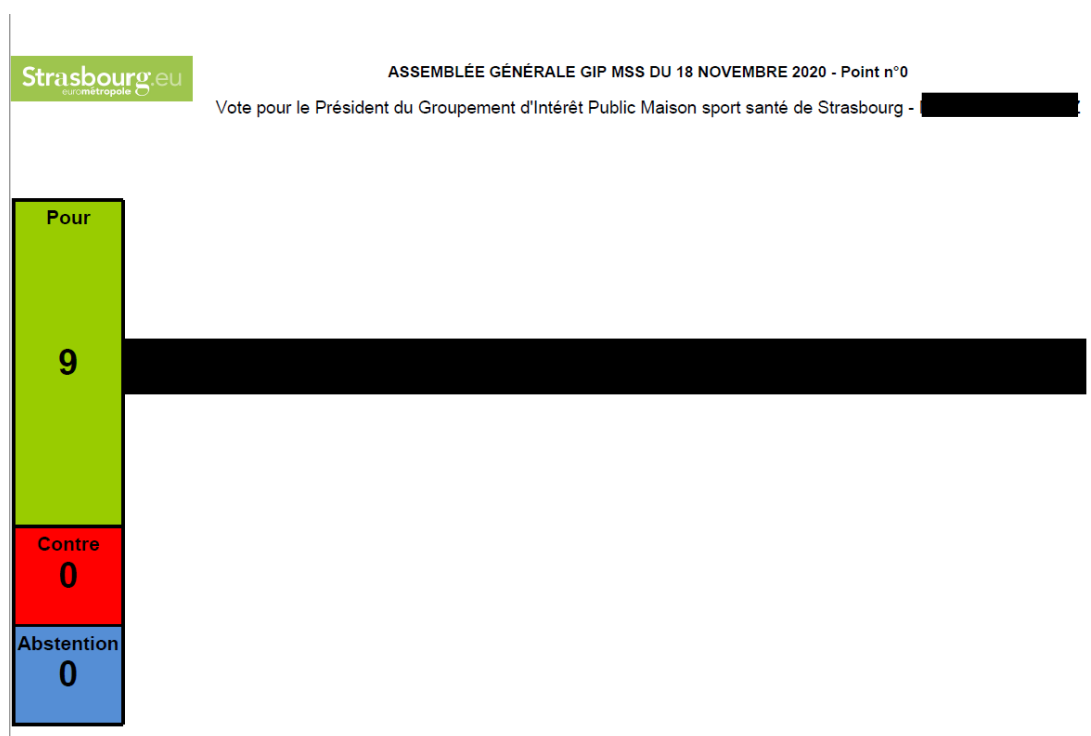


Illustration 45 – Résultats du vote électronique d’élection du président du groupement d’intérêt public Maison sport-santé de Strasbourg²⁹⁵.

X,X,X ne parviennent pas à voter électroniquement et affirment leur vote en faveur de Monsieur X comme président du GIP Maison sport-santé de Strasbourg.

M. X [L’ élu en charge de la santé] est élu président du groupement d’intérêt public. 12 voix pour. 0 contre. 0 abstentions.

M. X [L’ élu en charge de la santé] remercie les membres du conseil pour leur confiance.

Le comité de financement de la Maison sport-santé, dont la constitution est prévue par la convention constitutive n’échappe pas non plus à l’inertie de ses membres. L’instance, censée porter un contrôle sur les finances de la Maison sport-santé n’est que peu sollicitée, elle ne se réunit pas par exemple en 2023. Le rapport d’activités 2023 de la Maison sport-santé indique ainsi « *Le comité de financement ne s’est pas réuni en 2023, mais des échanges réguliers se sont déroulés tout au long de l’année avec les partenaires* » (Maison sport-santé, 2024).

²⁹⁵ GIP Maison sport-santé. (2020). *Procès-verbal du conseil d’administration du groupement d’intérêt public en date du 18 novembre 2020*. Extrait.

Son inertie peut s'expliquer par plusieurs facteurs : l'absence de détermination claire de son rôle, un faible nombre de financeurs principaux qui devraient y participer et le souhait de l'ARS, l'un des principaux financeurs, de ne pas s'imposer dans les orientations de la Maison sport-santé.

Ainsi, la Maison sport-santé de Strasbourg se structure autour des dynamiques institutionnelles de ses acteurs. Aussi, pour mieux cerner la définition de l'arène publique, il convient d'analyser les logiques institutionnelles des acteurs dans leur engagement.

B. Des logiques institutionnelles ou individuelles de l'engagement dans l'action publique locale : entre stratégie et opportunisme ?

Les dynamiques d'engagement des institutions et des acteurs dans l'action publique révèlent différentes logiques. Nous ne pouvons parler de l'acteur dans l'action publique locale sans aborder les travaux de Crozier et Friedberg (1977) et la notion d'acteur stratège. Selon les auteurs, l'acteur stratège est un individu qui développe des stratégies pour maximiser ses marges de manœuvre et atteindre ses objectifs au sein d'une organisation. Nous verrons que dans leurs engagements, les acteurs s'impliquent d'abord dans l'action publique locale en défense de leurs institutions, voire de leur corps professionnel et de leurs compétences. Mais ils peuvent également être guidés par l'opportunisme ou une socialisation antérieure.

1. L'engagement au sein de la Maison sport-santé comme stratégie institutionnelle

Les discours des acteurs de l'action publique locale sont situés dans la défense de leurs institutions voire d'un corps professionnel qu'ils représentent. Par exemple, les acteurs se partagent régulièrement dans les débats publics entre ceux du « *monde sportif* » et ceux du « *monde de la santé* »²⁹⁶.

Les acteurs forment dans l'action publique des corps, des alliances. Il s'agit pour eux de développer des stratégies afin de devenir un groupe majoritaire et défendre leurs institutions et leurs actions.

²⁹⁶ Blanc, P. (2019). *Compte rendu de réunion du 5 mars 2019 sur la gouvernance de la Maison sport-santé*. Notes personnelles.

Crozier et Friedberg rappellent ainsi que : *« Les acteurs élaborent des stratégies qui visent à modifier à leur avantage les rapports de force au sein de l'organisation, afin de renforcer leur pouvoir et d'établir des coalitions capables de peser sur les décisions collectives. »* (1977).

Nous prendrons comme premier exemple les acteurs du monde associatif, qui cherchent à se positionner en défense de leurs associations. En effet, avec la Maison sport-santé, les associations ne sont plus seulement prestataires des dispositifs, mais peuvent, en devenant membres fondateurs, passer d'une position de consultation à celle d'élaboration et de suivi de projet (Gaudin, 1993. 1999). Jusqu'à présent, les associations partenaires des dispositifs n'étaient consultées que deux fois par an :

« Les associations partenaires peuvent toujours dire ce qui va, ne va pas, ce qui peut être amélioré. On a 2 fois par an avec sport-santé sur ordonnance et plus avec PRECCOSS l'occasion de rencontrer les gérants du dispositif et mettre en avant les points forts comme les points faibles. »

Entretien avec un acteur associatif du dispositif de sport-santé (Blanc, 2018).

Avec la création du GIP, les associations sont recherchées par la Ville de Strasbourg, car elles illustrent l'engagement d'acteurs du champ sportif, de la santé et de la recherche. L' élu en charge de la santé, lors d'une réunion de préparation des réunions de gouvernance de la Maison sport-santé dit ainsi en 2019 : *« il faut qu'on aille chercher des associations sportives ! »*. Pour les acteurs politiques de la Ville de Strasbourg, les associations illustrent également l'ancrage territorial de la Maison sport-santé.

L'engagement des associations au sein du GIP peut s'avérer intéressé. Historiquement, le mouvement sportif se positionne sur le sport-santé d'abord pour répondre à un enjeu financier et politique de pérennisation de leurs structures (Marsault, 2017). L'auteure montre ainsi que pour les associations, il s'agit de profiter de nouveaux appels à projets dédiés au sport-santé pour diversifier leurs financements. Ce mouvement de conditionnement de l'octroi des subventions au regard notamment d'objectifs de sport et de santé se mesure au niveau national dès 2002 pour le mouvement sportif dans un courrier du premier ministre aux fédérations sportives (Morales, 2022).

Les associations qui s'engagent dans la Maison sport-santé peuvent ainsi préexister à son objet et trouver dans la Maison sport-santé l'opportunité d'un financement. D'après Honta et Haschar-Noé (2011), l'engagement dans le sport-santé permet une pérennité de l'action des associations voire une légitimation. On retrouve ce discours chez un chargé de mission d'une association sportive membre de la Maison sport-santé de Strasbourg :

« Bon, je pense que ça nous donne déjà l'opportunité de continuer peut-être... de continuer dans ce sens et de pérenniser ce qui est déjà... là on a déjà sept séances de SSO par semaine... Donc c'est déjà pas mal comparé à d'autres associations... donc ça je trouve, c'est déjà top et le fait de pérenniser ça, ça serait super... En parallèle de la Maison sport-santé, continuer à être, entre guillemets, une porte pour des personnes qui souhaiteraient pratiquer telle ou telle activité dans notre association dans le cadre du sport-santé... Ça pourrait offrir un panel d'activités au final et des choix pour les personnes si elles veulent s'engager dans cette pratique ou dans une autre pratique... »

Entretien avec un chargé de mission de VITACTIV, 15 mars 2021

Aussi, les acteurs associatifs sont sous emprise d'enjeux de financements, qui se heurtent à leurs propres enjeux d'identité et aux traditions sportives qu'ils doivent maintenir dans leur programme d'activité (Morales, sous presse).

D'autres associations voient dans la Maison sport-santé l'opportunité de rencontrer de nouveaux publics afin de développer leurs actions :

« Et bien lorsque l'on a entendu parler de la Maison sport-santé, de ce qu'elle allait apporter, on s'est dit... ça nous paraissait vraiment naturel, on s'est dit, mais c'est vraiment l'opportunité pour entrer en contact avec des malades du cancer qui ne viennent pas ici parce qu'en réalité on se rend compte que malgré tout, la Ligue contre le cancer, pour les gens, c'est la recherche... Et ça se limite à ça... et beaucoup, beaucoup ne savent pas toutes les aides, tout l'accompagnement que la Ligue peut leur apporter en tant que malade »

Entretien avec une vice-présidence du comité de la Ligue du cancer, 4 mars 2021.

C'est également le cas de cette association :

« Pour l'association, c'est aussi une possibilité de s'insérer dans cette Maison sport-santé, c'est ce que je disais avant, mon objectif au sein de l'association, c'est de travailler avec certains publics, de leur amener de l'activité physique adaptée à leurs besoins et d'aller plus loin et de toucher d'autres publics et pour, à terme, pouvoir travailler avec l'ensemble des publics. Donc participer à la démarche de la Maison sport-santé, c'est participer à toute cette dynamique-là quoi. »

Entretien avec un chargé de projet de l'association Unis Vers le Sport, 11 mars 2021

En étudiant le militantisme associatif, Jacques Ion (1997) montre que les associations s'engagent dans l'action publique locale également pour leur propre développement et la pérennisation de leur structure. Cela permet le développement des projets associatifs, mais également des projets d'autres institutions. Pour le coordonnateur des programmes stratégiques du pôle de compétitivité Biovalley France, c'est l'opportunité de développer son *living lab* :

« Ben moi c'est un peu un deal gagnant/gagnant dans le sens où il y a effectivement le côté living lab et donc pour moi c'est de permettre à la Maison de pouvoir accéder à des nouvelles technologies qui peuvent arriver sur le marché, de pouvoir s'en équiper, de pouvoir en faire bénéficier les gens qui vont venir à la Maison... »

Entretien avec le coordonnateur des programmes stratégiques, Pôle de compétitivité BioValley France, 22 février 2021.

Encadré 28 - Le laboratoire d'innovation ouverte

Les premiers axes du laboratoire d'innovation ouverte sont discutés lors de la journée d'échanges avec les partenaires de la Maison sport-santé le 5 février 2019²⁹⁷.

Les partenaires identifient ainsi des plus-values au *living lab* : vitrine des actions sport-santé de la Ville, outil innovant au service de la santé publique, amélioration de l'attractivité de la ville.

Le *living lab* est identifié comme levier de motivation de populations cibles afin de susciter la curiosité des citoyens, leur donner le sentiment d'utilité.

²⁹⁷ Ville et Eurométropole de Strasbourg. (2019). *Powerpoint, Journée d'échanges – 5 février 2019. Les Bains municipaux, vers une Maison sport-santé.*

Par ailleurs le *living lab* répond à un objectif d'apport pour les entreprises du secteur : participer à rendre le marché du sport-santé économiquement viable, améliorer la visibilité des entreprises auprès du public, réduire les délais de développement produits-service et appuyer une solidité scientifique.

Le second exemple que nous porterons ici est celui de la recherche-action au sein de la Maison sport-santé, lequel illustre la défense des intérêts propres de chaque institution au sein de la Maison sport-santé voire d'une logique de corps professionnel. Un premier groupe de travail formation continue – recherche se réunit le 27 septembre 2019 entre les membres fondateurs s'étant engagés dans des actions de formation-recherche dans la constitution du groupement d'intérêt public²⁹⁸. Lors d'un tour de table, chaque acteur expose ses recherches en cours. Les agents de la Ville de Strasbourg rappellent alors leur souhait de voir converger des recherches et formations autour de l'objet commun de la Maison sport-santé. Cependant, la recherche de convergence donne lieu à de nombreuses discussions puisque les acteurs académiques (l'Université de Strasbourg principalement) se prononcent contre la qualification en tant que recherche des actions de l'Institut Siel Bleu. Le 4 avril 2019 déjà, lors d'une réunion gouvernance de la Maison sport-santé, ces mêmes débats avaient eu lieu concernant l'intégration de l'Institut Siel Bleu au collège des associations ou de la recherche.

Ces discussions peuvent illustrer la manière dont les acteurs protègent leurs corps professionnels dans l'action publique locale. Derrière ces conflits, il s'agit pour l'université de défendre sa notion de recherche et de maintenir ses spécificités dans le domaine de la recherche en sport-santé. Ces notions rappellent l'analyse de Gilles Vieille Marchiset des corps professionnels (2019) dans le domaine du sport-santé. Il montre, en effet, que face à la remise en cause de leur légitimité ou de leur statut, les corps professionnels tendent à développer des spécialisations et des compétences spécifiques. Cela leur permet de maintenir une expertise unique et un monopole. Les corps professionnels adoptent différentes stratégies pour résister dans le domaine du sport-santé. Ces dynamiques illustrent également la notion d'arène publique (Cefaï, 1996).

²⁹⁸ Les acteurs présents : Université de Strasbourg (faculté des sciences du sport, faculté de géographie et leurs laboratoires référents), Hôpitaux universitaires de Strasbourg (pôle de psychiatrie, pôle de rhumatologie, pôle de gériatrie), Institut Siel Bleu, association Ligue contre le cancer, instance régionale d'éducation et de promotion de la santé, office des sports.

Encadré 29 - Une résistance du corps médical à l'action publique locale

Le rapport de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) pointait, en 2018 « un manque d'appropriation par les médecins traitants » du sport-santé (Oualhaci, 2023). Ces derniers « n'étant pas encore totalement rassurés à l'idée d'envoyer leurs patients vers des acteurs comme les éducateurs sportifs et enseignants APA, qui ne sont pas, de fait, médecins ou professionnels de santé » (Oualhaci, 2023). Pourtant, le rapport d'activité de la Maison sport-santé, en 2021 affirmait que 289 médecins, soit 64% des généralistes et pédiatres installés à Strasbourg, avaient déjà prescrit le dispositif PRECCOSS à leurs patients²⁹⁹. Cependant, comme nous le verrons dans le chapitre 2, ces dynamiques de prescription sont principalement du fait des patients, notamment dans le cas de sport-santé, où ce sont les patients qui démarchent leurs médecins pour avoir une prescription.

Le frein des médecins à la délivrance d'informations concernant le sport-santé s'explique notamment par l'absence de valorisation financière d'une consultation dédiée à la prévention primaire. Le modèle de tarification à l'acte en France est centré sur les soins curatifs et cela crée un désavantage économique pour les médecins qui s'engagent dans des consultations de prévention. Depuis 2022, le dispositif « *Mon bilan prévention* »³⁰⁰ permet de rencontrer un médecin, un pharmacien, une sage-femme ou une infirmière pour aborder, à des âges spécifiques, des questions autour de la prévention.

Par ailleurs, des tensions existent entre les médecins et les éducateurs APA. Au sein de la Maison sport-santé, les éducateurs qui ont une licence activités physiques adaptées souhaitent que les médecins leur fassent confiance pour justifier de compétences médicales obtenues dans le cadre de leurs études. Ils ne respectent pas les prescriptions des médecins lorsque ces dernières précisent notamment les activités physiques que devraient réaliser les patients qui leur sont orientés. « *Chacun son boulot !* » dit un éducateur sportif sur cette question en réunion de coordination des éducateurs sportifs en avril 2022. Les éducateurs souhaiteraient que les médecins orientent seulement les bénéficiaires vers les dispositifs sans indication spécifique. Ce conflit montre qu'il existe des dissonances dans l'accompagnement du sport-santé entre ces deux professions : un encadrement rigoureux via des critères médicaux voulus par les médecins versus un accompagnement qui s'adapte au bénéficiaire pour les éducateurs (Vieille Marchiset, 2019).

²⁹⁹ Maison sport-santé (2022). *Rapport d'activité 2021*. <https://www.maisonsportsantestrasbourg.fr/wp-content/uploads/2022/09/Rapport-dactivite-2021.pdf>

³⁰⁰ Site internet : <https://monbilanprevention.sante.gouv.fr/>

Il révèle aussi que pour le médecin, qui s'attend à contrôler la prescription qu'il effectue au bénéficiaire comme c'est normalement le cas, il s'agit d'adresser des patients à des intervenants méconnus et à un système de convention différent (Perrin, Perrier, 2022).

Gilles Vieille Marchiset (2019) analyse ces luttes de légitimité entre ces deux corps professionnels. Il explique que dans le développement du sport-santé, les éducateurs sportifs cherchent à avoir une nouvelle position d'experts auprès des bénéficiaires alors que les médecins souhaitent garder le contrôle de ce champ. L'auteur souligne que ces corps professionnels recherchent la défense de leurs territoires professionnels. Il y a donc, d'un côté, le corps médical qui craint une perte de contrôle sur un aspect de la prise en charge de ses patients et de l'autre, les éducateurs sportifs qui souhaitent étendre leur champ de compétence.

Au sein de la Maison sport-santé et dans la représentation institutionnelle, les institutions médicales sont très représentées: Hôpitaux universitaires de Strasbourg, mutuelles, UGECAM-IURC, faculté de médecine, IREPS. Ce sont de nombreux médecins hospitaliers qui participent à l'action publique locale, au sein du conseil scientifique de la Maison sport-santé par exemple. Lorsqu'elle est recrutée, la médecin référente de la Maison sport-santé a notamment l'objectif d'assurer une meilleure communication avec les médecins. Elle échange avec certains pour préciser une ordonnance ou le parcours de soin des bénéficiaires. Les contacts sont privilégiés avec ceux engagés au sein des Maisons urbaines de santé ou de mutuelles. Malgré tout, la mobilisation des médecins généralistes autour du sport-santé est difficile à obtenir et lors de la première réunion en ligne de présentation de la Maison sport-santé aux médecins généralistes, en mai 2021, un seul médecin est connecté.

Ainsi, les logiques des acteurs s'ancrent dans des intérêts institutionnels ou encore des logiques de corps professionnels. Nous verrons cependant que les logiques d'engagement relèvent également d'opportunisme des acteurs locaux.

2. Quand l'opportunité de rejoindre l'action publique locale survient : différentes logiques d'engagement

L'engagement des acteurs dans l'action publique locale relève de plusieurs logiques. D'après le préfigurateur du groupement d'intérêt public, c'est un appel à candidature qui lance la démarche de recrutement des membres fondateurs de la Maison sport-santé :

« Donc on a fait un appel à candidature, pas mal de partenaires qu'on avait déjà institutionnels, associatifs. [Des partenaires] Des dispositifs ouais, et rapidement nous ont rejoints. 10 12-15 membres dans ce groupe de travail [...] »

Entretien avec le directeur de la Maison sport-santé, 5 mai 2021.

Mais derrière cet appel à candidature, relevant de l'organisation formelle de la Maison sport-santé, d'autres logiques informelles se découvrent. Les institutions et les acteurs qui participent à la Maison sport-santé le font principalement du fait d'un engagement antérieur dans le sport-santé. L' élu en charge de la santé affirme ainsi :

« En fait je pense que d'abord c'est les partenaires historiques hein... Puis après c'est l'appel à volontaires hein puisqu'on a fait des appels, des propositions. Donc ça s'est construit comme ça, au fil de l'eau... »

Entretien avec l' élu en charge de la santé, 19 février 2021.

Parmi les seize membres fondateurs du groupement d'intérêt public, dix étaient déjà parties prenantes de l'action publique locale. Pour les institutions, cet engagement antérieur dans le sport-santé légitime leur place au sein de la Maison sport-santé. La lettre d'intention du laboratoire sport et sciences sociales dispose ainsi :

« Le laboratoire sport et sciences sociales (E3S) développe depuis de nombreuses années des projets de recherche en étroite collaboration avec différents acteurs de la Ville de Strasbourg ou de l'Eurométropole ».

Extrait de la lettre d'intention du laboratoire E3S, du directeur du laboratoire, en date du 15 mars 2019.

Ces écrits illustrent la manière dont les acteurs justifient de leur engagement au sein de la Maison sport-santé comme la continuité d'actions engagées depuis plusieurs années.

Rejoindre la Maison sport-santé constitue une forme de continuité de leurs actions :

« [...] ça fait dix ans qu'on travaille déjà dans des actions ou des initiatives sur la question du sport-santé sur ordonnance PRECCOSS, y'a des doctorants qui travaillent, donc on a une activité, si vous voulez traditionnelle, qui a dix ans... Ce n'est pas nouveau... Sauf que ça va se faire dans un nouveau cadre [...] ».

Extrait du discours d'un représentant de l'université lors du lancement de la démarche de design actif, le 17 mars 2021.

Les agents de la Maison sport-santé s'appuient également dans ce processus d'enrôlement des institutions sur l'historicité de ces partenariats, pour les encourager à s'engager dans l'action publique locale. Par exemple, le régime local de l'Alsace et la Moselle est plusieurs fois décrit par le chef du service santé comme « *partenaire historique* » de la Ville de Strasbourg dans l'exercice de sa compétence en santé. Il est identifié en mars 2019, lors de la réunion de constitution du groupement d'intérêt public, comme « *1^{er} partenaire ayant soutenu en 2012/2013 les dispositifs* »³⁰¹. Le Galès (2004) montre que les politiques publiques locales, dans leur développement, s'appuient sur des acteurs déjà impliqués. Cet engagement antérieur dans les politiques publiques est perçu comme un signe de cohérence et de continuité. Pour la Maison sport-santé, ces acteurs auraient une meilleure compréhension des enjeux de l'action publique locale.

Si toutefois de nombreux acteurs de la Maison sport-santé ont un lien avec le dispositif sport-santé sur ordonnance, d'autres en revanche deviennent acteurs de la Maison sport-santé suite à des relations interpersonnelles. Plusieurs institutions entendent parler de la création de la Maison sport-santé par « *bouche à oreilles* », notamment du fait d'un discours de l' élu en charge de la santé :

« Le docteur [X] a évoqué la mise en place d'un COPIL avec la possibilité, pour les participants à la journée d'ateliers, de poser leur candidature afin d'intégrer ce groupe de travail ».

Extrait de la lettre d'intention de la Ligue contre le cancer en date du 28 février 2019.

³⁰¹ Blanc, P. (2019). *Compte rendu de réunion du 5 mars 2019 sur la gouvernance de la Maison sport-santé*. Notes personnelles.

Ces logiques individuelles des acteurs de la Maison sport-santé montrent souvent un parcours professionnel, personnel, sportif qui croisent ceux d'autres acteurs de la Maison sport-santé :

« Oui quelque part [je les croisais], mais pas que je croisais forcément dans un cadre de partenariat, que je connaissais par d'autres réseaux, et qui du coup, on se retrouve au sport-santé »

Entretien avec une éducatrice du dispositif sport santé sur ordonnance, le 19 février 2021.

Le directeur du GIP lui-même avait par exemple entendu parler du sport-santé bien avant de rejoindre le groupement :

« Je l'ai vu depuis le début, et depuis le lancement 2012-2013 à l'époque dans ma casquette, sous ma casquette... de l'agence régionale de santé. ».

Entretien avec le directeur du GIP Maison sport-santé, le 5 mai 2021.

D'autres acteurs ont collaboré sur des projets différents du sport-santé au cours de leur parcours professionnel, mais ce sont des relations professionnelles qui leur ont permis de connaître le projet de Maison sport-santé :

« Ben on s'est inscrit dans le dispositif parce qu'on travaillait déjà sur le territoire, et que du coup on était déjà en lien avec des personnes de la mairie, donc quand le dispositif a été mis en place par [Élu en charge de la santé] clairement, on a tout de suite été intégré dans le dispositif pour pouvoir participer aussi... nous à... voilà ! »

Entretien avec le directeur de l'association Siel Bleu, le 9 mars 2021.

Ces liens s'établissent lors de projets communs et leur permettent d'échanger à propos de la Maison sport-santé. Par exemple, la collaboration entre le directeur du laboratoire de géographie et la chargée de mission prévention primaire de la Ville de Strasbourg dans un projet sur les mobilités conduit cette dernière à inviter le laboratoire à s'associer à la Maison sport-santé. Crozier et Friedberg (1977) montrent qu'au sein des organisations, les réseaux professionnels et relationnels jouent un rôle important dans la mobilisation autour de l'action publique locale. Dans la constitution de la Maison sport-santé, ces interconnexions professionnelles permettent d'engager les acteurs dans son développement.

Pour d'autres acteurs, l'engagement relève d'interconnaissances plus personnelles, c'est le cas du président de l'association France Assos Santé. Ce dernier se trouve être un ami de faculté du directeur du GIP avec lequel il entretient des liens forts. Son engagement, bien qu'il trouve également son sens dans l'ambition d'intégration des usagers au sein de la Maison sport-santé, s'explique ainsi d'abord par cette relation. Bourdieu parle alors de capital social. Ces réseaux relationnels permettent la construction d'un capital social, qui engagerait les individus dans l'action publique locale.

Ainsi, si l'engagement des acteurs dans l'action publique locale peut être du fait de logiques souhaitées (inscription dans des actions antérieures par exemple), cela peut aussi être saisi par les acteurs locaux comme une opportunité. Nous verrons que s'ils s'engagent dans l'action publique, c'est également parce que les acteurs partagent des valeurs communes.

3. La place d'une socialisation antérieure au sport et des valeurs dans l'engagement des acteurs dans l'action publique

Les portraits des acteurs institutionnels nous montrent que si les origines sociales des acteurs peuvent varier, notamment la catégorie socioprofessionnelle des parents, ils sont dotés de ressources universitaires importantes, de niveau souvent supérieur ou égal au Master 2. Mais ce qui marque principalement, c'est qu'ils disposent pour la plupart d'une expérience reliée à la santé et/ou au sport, voire au sport-santé. La Maison sport-santé n'est donc pas leur premier engagement professionnel en la matière.

Les acteurs se retrouvent donc dans des croyances partagées (Mintzberg, 1983). Mintzberg montre que ces dernières leur permettent de s'engager autour de valeurs communes pour transcender les différences individuelles. Ces valeurs émanent notamment d'une même socialisation personnelle, parfois universitaire, comme c'est le cas du directeur général de l'association Siel Bleu dont les études portaient sur l'activité physique adaptée (*encadré 30*). Bourdieu (1979) entend la socialisation comme le processus selon lequel un individu intègre des normes, des valeurs, des pratiques et des comportements propres à un groupe. Cette socialisation se déroule par les institutions sociales : famille, école, travail par exemple et les relations sociales.

Encadré 30 - Portrait du directeur général de l'association Siel Bleu (9 mars 2021) : une socialisation universitaire à l'activité physique adaptée

Il est dans l'association Siel bleu depuis 23 ans, après une double maîtrise en activités physiques adaptées et management du sport. Il est aujourd'hui âgé de 47 ans. Son père était directeur d'une ONG d'éducation aux adultes et sa mère infirmière.

La croyance que partagent les acteurs au sein de la Maison sport-santé, c'est celle dans le sport-santé et la promotion de la santé, comme le montre ce portrait d'acteur, donc l'engagement professionnel est résolument tourné vers la santé (*encadré 31*).

Encadré 31 – Portrait d'une chargée de mission au sein de l'agence régionale de santé (26 janvier 2021) : un parcours d'engagement professionnel dans le sport-santé

Son père est ouvrier, sa mère, femme au foyer. Durant ses études, elle suit un master en développement social à l'école de santé publique de Nancy et soutient une thèse sur la notion de compétence psychosociale en promotion de la santé. Elle débute sa vie professionnelle dans un réseau d'éducation et de promotion de santé puis pour la fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé. Elle travaille ensuite au comité olympique et sportif où elle monte le projet Santé par l'activité physique régulière. Ses missions portent alors sur le développement du sport-santé en Lorraine, « *en faisant la jonction entre le mouvement sportif, le monde sportif et le monde de la santé* » (entretien, chargée de mission agence régionale de santé, 26 janvier 2021).

Elle rejoint ensuite l'agence régionale de santé sur des enjeux d'animation territoriale, notamment dans le développement des contrats locaux de santé sur l'Eurométropole. Elle est également référente concernant la santé des enfants et des adolescents. Elle a connu les dispositifs sport-santé sur ordonnance par son travail sur les contrats locaux de santé de la Ville de Strasbourg et de l'Eurométropole.

Ce portrait de la chargée de mission de l'agence régionale de santé met en exergue deux éléments. D'abord, son parcours reflète une forme d'ascension sociale par le capital scolaire (Bourdieu, 1979), mais son parcours professionnel montre également une spécialisation professionnelle et un engagement dans le domaine de la santé et du sport-santé.

Ses premières expériences en promotion de la santé, sa thèse, lui permettent de renforcer sa légitimité dans l'action publique locale. En travaillant également sur le développement des contrats locaux de santé, elle connaît de nombreux acteurs de l'action publique locale. Son identité professionnelle marque donc un engagement profond et de long terme dans la santé.

Le parcours du directeur de la Maison sport-santé, d'abord engagé au sein de l'agence régionale de santé et de la Ville de Strasbourg est en ce sens révélateur d'une carrière tournée vers la santé (*encadré 32*).

Encadré 32 - Portrait du directeur de la Maison sport-santé (5 mai 2021) : une carrière dédiée à la santé

Âgé de 48 ans, son père était directeur du travail et sa mère secrétaire médico-sociale. Avant de rejoindre le GIP pour devenir son directeur, il travaille en tant que responsable budget, logistique, communication, ressources humaines à l'ARS Guyane. Il est ensuite conseiller prévention des conduites addictives dans les Antilles. Par la suite, il devient responsable du suivi des hôpitaux auprès de la DAS (Direction des affaires sociales) du Bas-Rhin.

Il est diplômé de Sciences Po' Strasbourg. Il intègre la Haute école de santé publique de Rennes et réussit par la suite des concours administratifs. Il est titulaire d'un concours de l'État : inspecteur des affaires sanitaires et sociales.

Pour certains acteurs cependant, la santé est une réorientation dans un parcours professionnel, c'est le cas du coordonnateur des programmes stratégiques de Biovalley France (*encadré 33*). Il garde cependant dans son parcours professionnel un ancrage dans l'innovation.

Encadré 33 - Portrait du coordinateur des programmes stratégiques, Pôle de compétitivité BioValley France (22 février 2021) : l'innovation en santé comme réorientation professionnelle

Il a 43 ans. Sa mère était employée de mairie et son père agent de maîtrise dans l'électronique après avoir été sous-officier à l'armée. Durant ses études, il passe un DESS en micro-électronique, puis commence à travailler dans l'automobile et dans les télécommunications.

Après plusieurs années d'exercice professionnel, il reprend ses études et intègre un MBA à l'École de management de Strasbourg. Cette reprise d'études concorde pour lui avec un changement d'orientation professionnelle, il travaille alors au recrutement de profils dans les métiers techniques. Il rejoint ensuite une société de prestations de services en tant que business manager.

La socialisation des acteurs au sport-santé est également personnelle. La plupart ont une implication de longue date dans le sport et leur engagement au sein de la Maison sport-santé révèle une trajectoire personnelle déjà orientée dans ce domaine. C'est le cas notamment de cette éducatrice du dispositif sport-santé sur ordonnance dont nous faisons le portrait ci-dessous (*encadré 34*).

Encadré 34 - Portrait d'une éducatrice sportive du dispositif sport-santé sur ordonnance (19 février 2021) : une vie tournée vers le sport

Âgée de 47 ans, elle œuvre dans le dispositif depuis 7 ans. Auparavant, elle a travaillé pour le CREPS dans la formation et a réussi le concours d'ETAPS. Pendant ses études et une période de chômage, elle est employée à la surveillance de bassins et elle sera entraîneuse professionnelle durant 11 ans. Ses études initiales en STAPS n'ont pas été son premier choix, puisqu'elle a d'abord suivi à l'université des études en maths et en psychologie. Après une maîtrise entraînement, des diplômes dans le domaine du sport (BEESAN, BE, BE2 natation, etc.), elle obtient un DU Métiers sportifs en collectivités. Elle décide de rejoindre sport-santé sur ordonnance, après avoir participé à la construction du BP APT sport-santé. Aujourd'hui, elle intervient toujours à l'université dans des formations pour étudiants.

Les acteurs de la Maison sport-santé partagent ainsi de mêmes dispositions : un engagement professionnel et personnel dans l'activité physique de santé. Bourdieu (1979) montre à travers le concept d'habitus que des habitus similaires permettent aux acteurs de collaborer et d'envisager une action collective, car ils rendent possible la convergence des pratiques et des engagements.

L'habitus est un ensemble de dispositions durables, de croyances et de pratiques que les acteurs acquièrent par la socialisation et qui orientent leurs actions et comportements dans l'action publique. La socialisation des acteurs au sport leur permet donc plus facilement d'envisager rejoindre l'action publique locale en toute légitimité.

Ainsi, cette partie nous a permis de décrire les logiques d'engagement des acteurs au sein de la Maison sport-santé. Cette figure (*figure 12*) permet de les illustrer de manière schématique.

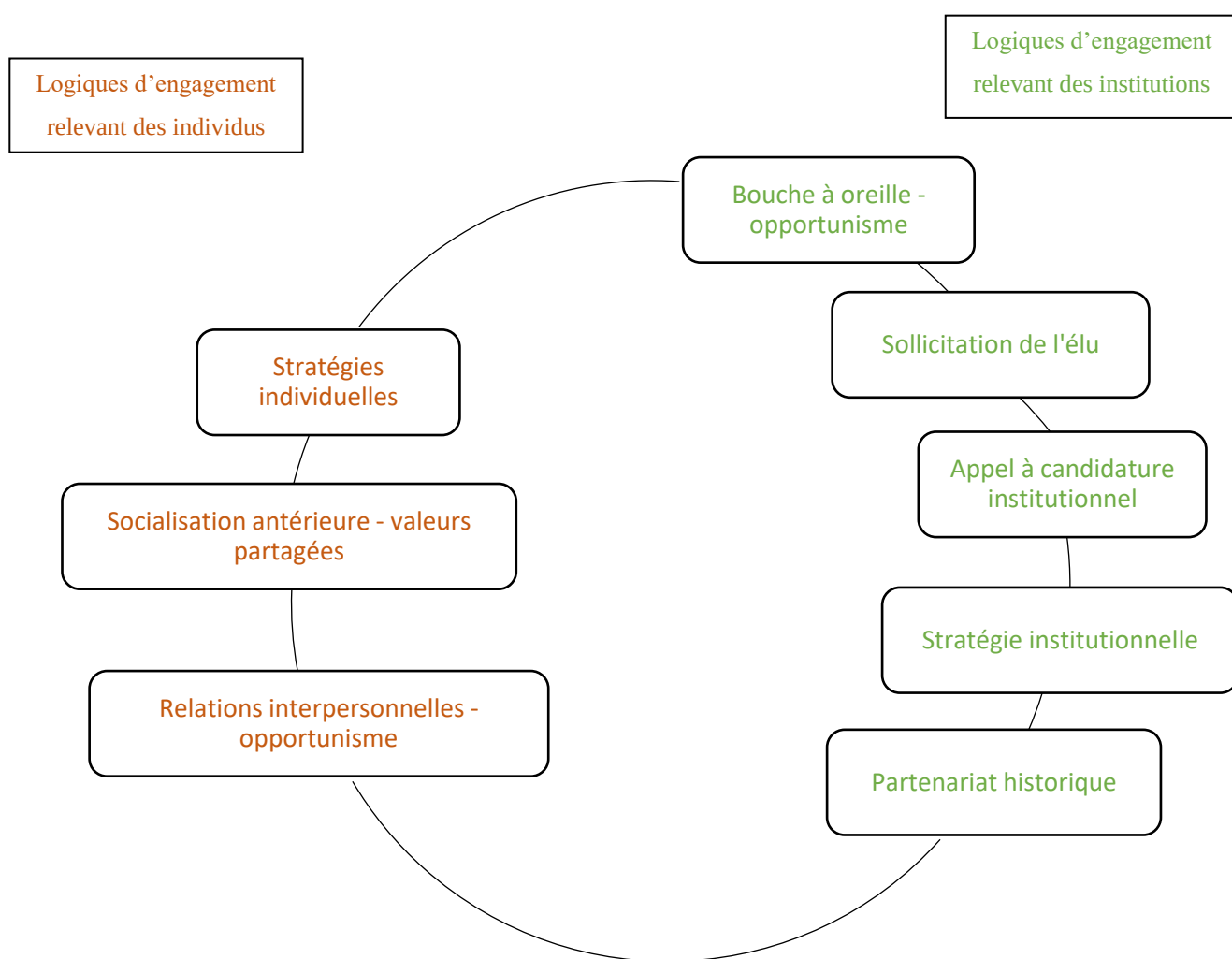


Figure 12 - Schéma des différents types d'engagements au sein du GIP (Blanc, P).

Nous rattachons certaines logiques d'engagement aux institutions et d'autres aux individus, considérant que les intérêts institutionnels et individuels peuvent motiver les acteurs à rejoindre l'action publique. Parfois c'est par opportunisme, à travers notamment des relations interpersonnelles que les acteurs s'engagent dans l'action publique locale.

Nous allons voir à présent que les règles formelles du groupement d'intérêt public redéfinissent la place de certains acteurs dans l'action publique locale.

III. Des règles formelles du groupement d'intérêt public qui redéfinissent la place des acteurs

La définition des règles de la Maison sport-santé fait apparaître des débats structurants entre institutions et préexistants, pour la plupart, à la Maison sport-santé. Pour certains acteurs, cela se traduit par une résistance à la mise en œuvre de l'action publique locale, pour d'autres, par une redéfinition de leurs places. Nous étudierons ici plus particulièrement la place de la Ville de Strasbourg dans le GIP Maison sport-santé de Strasbourg.

A. Des institutions dont la place change dans l'action publique locale : résistance, retrait et redéfinitions

Lorsque de nouvelles formes de gouvernance se mettent en œuvre, fondées notamment sur des formes de contractualisation ou de partenariat, les rapports de pouvoir entre les acteurs sont reconfigurés (Gaudin, 1999). Les positions des institutions ainsi que leurs statuts changent dans le nouvel espace local. Ainsi, certaines institutions se trouvent marginalisées et peuvent entrer en résistance au changement. Cette résistance s'illustre par plusieurs réflexes défensifs des institutions, dont des tentatives de mise en retrait de l'action publique. C'est par exemple le cas de l'Institut Siel Bleu. En effet, dans sa lettre d'intention, l'Institut Siel bleu avait prévu la mise à disposition de 3 postes équivalent temps plein (ETP) dédiés aux projets de recherche de la Maison sport-santé. Plus tard, il revient sur ses engagements en réduisant les mises à disposition à seulement 0,20 ETP (0,10 ETP d'un responsable recherche et 0,10 ETP d'un ingénieur innovation). Cette réduction de temps de travail mise à disposition entre l'intention initiale et la mise à disposition finale représente plus de 90% de diminution. Ce retrait intervient après la présentation par les agents de la Ville de Strasbourg de l'organigramme de la Maison sport-santé qui représente les 3 postes équivalent temps plein de la structure (*illustration 46*).

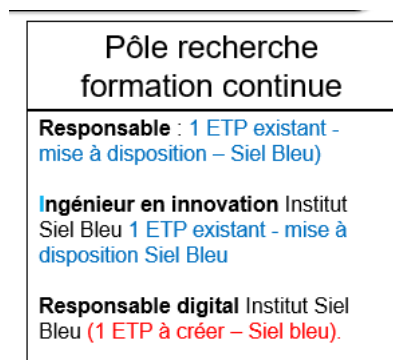


Illustration 46 - Extrait de l'organigramme de la Maison sport-santé (juin 2019)³⁰²

Ces trois postes sont illustrés sous la responsabilité hiérarchique d'un agent de la Maison sport-santé. L'institution craint ainsi de perdre, par la mise à disposition de son personnel, une forme d'indépendance et de liberté dans son activité : « *On veut garder une certaine liberté vis-à-vis du GIP, les ETP restent à discuter !* » dit la chargée de projet de l'institut Siel Bleu lors d'une réunion d'échanges avec la Ville de Strasbourg, le 9 mai 2019.

Cette résistance souligne une stratégie des acteurs institutionnels qui cherchent à protéger leurs marges de manœuvre et leur statut dans l'action publique. Selon Bourdieu (1989), il s'agit pour ces acteurs de résister pour protéger leur position. L'organisation administrative de la Maison sport-santé, comme prévue par son organigramme, entraîne ainsi pour cette association un besoin de se mettre en retrait de l'action publique. Il existe donc des logiques, plus ou moins actives, d'adhésion, de contournement ou de résistances qui peuvent être induites par les modes de régulation administrative prévus (Poupeau, 2013. Dupuy et Pollard, 2013. Honta et Illivi, 2017).³⁰³

D'autres acteurs agissent en résistance de l'action publique par inertie (Le Bourhis, Lascoumes, 2014), justifiant par exemple leur absence d'engagement par un décalage entre des contributions initialement identifiées pour la Maison sport-santé et l'absence de moyens de l'institution aujourd'hui :

« Comme indiqué précédemment, nos représentants politique et technique n'étant plus en mesure d'intervenir, nous serons certainement dans l'obligation d'arrêter notre participation à vos instances. »

Mail d'une institution à l' élu en charge de la santé, en mars 2022.

³⁰² Ville et Eurométropole de Strasbourg. (2019). Extrait d'un power-point « organigramme ».

³⁰³ Ces résistances prennent plusieurs formes : contestation, contournement, détournement ou neutralisation (Hirschman, 1970 ; Illivi, Honta, 2019).

Aussi, lorsque certaines institutions reviennent en arrière de contributions annoncées, comme c'est par exemple le cas pour les Hôpitaux universitaires de Strasbourg qui réduit les jours de mise à disposition d'un accompagnement dans le cadre d'une démarche de design actif, c'est parfois que le contexte institutionnel a changé. Le retrait des institutions de l'action publique locale peut refléter de nouveaux arbitrages internes de l'institution : les nouveaux projets ne servent pas les intérêts de la structure ou les priorités au sein de l'institution ne sont plus les mêmes (Garraud, 2019).

Ces retraits montrent que les contributions des acteurs du GIP, négociées parfois plusieurs années en amont, sont souvent difficiles à mettre en œuvre. Les acteurs du GIP éprouvent des difficultés à les faire appliquer et sont contraints de rappeler les structures à leurs engagements antérieurs :

« Il y a un enjeu fort à l'AG et au CA : les contributions des 16 membres. On est encore en phase de transition, la concrétisation des contributions est progressive ».

Extrait du discours du préfigurateur du groupement d'intérêt public, Point GIP du 22 février 2022.

L'étude de la déclinaison du plan national des Maisons sport-santé sur le territoire de la Ville de Strasbourg permet également d'étudier le positionnement de l'État sur l'échiquier institutionnel local (Poupeau, 2013. Honta, Illivi, 2017). Comme nous l'avons vu dans la première partie de la recherche, le lancement d'un appel à projet national des Maisons sport-santé témoigne *« dans un contexte budgétaire contraint, d'un État souhaitant orienter l'action locale dans le sens de ses priorités. Il s'agit pour l'État d'une compression des ressources étatiques et de la mise en œuvre de modalités sélectives liées à leur distribution. Il n'est donc pas question ici d'autoriser les acteurs locaux à définir par le bas, le sens de cette politique publique afin d'éviter, justement, le brouillage de ses finalités »* (Honta, Illivi, 2017).

Aussi, les agents de l'État sont partagés entre une position traditionnelle d'opérateurs de programmes publics et la recherche de modes d'actions leur permettant d'intéresser des acteurs à adopter des pratiques d'accompagnement (Honta, Haschar-Noé, 2011). Si l'État saisit le local dans une logique *top-down*, en proposant des recommandations, des labels, des ressources, il ne souhaite pas, pour autant, se désengager des politiques publiques. Il s'agit ainsi pour l'État de mandater des acteurs locaux tout en disposant de garanties sur la structuration des projets sanitaires et sportifs. Les acteurs locaux « *étant appréhendés comme des relais d'une stratégie nationale de lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé* » (Honta, Illivi, 2017). Derrière cette position d'observateur de l'action publique locale, l'État maintient un fort rôle de contrôle des administrations locales.

Lors de la structuration de la Maison sport-santé, l'ARS questionne les financements octroyés à la structure et ses dispositifs. En 2023, un audit est réalisé sur plusieurs dispositifs de la Maison sport-santé afin de mieux définir l'allocation des moyens de l'État aux dispositifs.

Dans le cadre de l'étude du PSSBE, Honta (2022) montre qu'en élaborant des « *règles sur des règles* », les agents territoriaux de l'état font usage d'instruments de régulation et de soutien aux offres de services sanitaires et sportifs véhiculant ressources et contraintes notamment financières. Ce contrôle est, pour l'État, un des moyens pour assurer ou non son leadership sur une action publique qu'il ne peut initier (Smith et Sorbets, 2003).

Mais l'État territorial dispose d'une marge de manœuvre restreinte dans le suivi du plan national de Maisons du sport-santé, malgré le fait que les avis de la DRJSCS³⁰⁴ et de l'ARS aient été demandés pour l'instruction des dossiers de Maisons sport-santé. Au niveau local, l'ARS ne veut pas être juge et partie : financer l'action publique, décider de l'octroi de l'autorisation juridique de création du GIP et participer à l'action publique.

³⁰⁴ En 2021, les Directions régionales et départementales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (D-RD-JSCS) se sont transformées pour devenir : les Délégations régionales académiques à la jeunesse, à l'engagement et aux sports (DRAJES) et les Directions régionales de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités (DREETs). Site internet <https://drdjscs.gouv.fr/>

C'est pour cette raison qu'elle se positionne comme financeur et non comme membre fondateur du GIP³⁰⁵ :

« L'ARS Grand Est n'a pas souhaité se positionner comme membre fondateur ou partenaire du groupement d'intérêt public relevant en effet qu'en tant que financeur, l'ARS préfère garder une certaine distance vis-à-vis des projets et n'a pas la nécessité de siéger. »

Extrait du compte-rendu du groupe de travail gouvernance de la Maison sport-santé en date du 5 mars 2019.

Cette position se justifie également selon la chargée de mission de l'ARS par une nécessité d'équité vis-à-vis des opérateurs de sport-santé au niveau régional. L'agence régionale de santé craint de devoir intervenir sur l'ensemble des Maisons sport-santé alsaciennes si elle rejoint les instances de la Maison sport-santé de Strasbourg :

« Si j'interviens, il faudrait que j'intervienne par équité pour l'ensemble des opérateurs » Extrait d'une réunion avec l'ARS concernant le suivi du dossier Prescirmouv en juillet 2021.

Encadré 35 - Une difficile coordination des ministères décentralisés dans le sport-santé

Si ces nouvelles modalités d'action publique privilégiées impliquent une responsabilisation accrue des services déconcentrés (Honta, 2003), les agents évoquent leurs difficultés pour asseoir leur position dans les programmes intersectoriels de santé publique, notamment lorsque leur ministère est peu représenté au niveau national. Dès la mise en œuvre du plan PSSBE, les agences régionales de santé et les directions régionales et départementales jeunesse collaborent pour définir les modalités du plan, mais les tensions entre acteurs du sport et de la santé se retrouvent, selon les auteurs, dans la mise en œuvre du plan. La conduite de l'interministérialité locale se heurte à l'opposition des divers ministères (Honta, 2003). Ces difficultés de traduction sont à l'origine de tensions entre les services de l'État, les municipalités, les opérateurs privés (Honta, Haschar-Noé, 2011).

³⁰⁵ « Dans une situation de faible guidage central, l'État ne semble pas pouvoir faire autre chose que de laisser jouer la base afin que les solutions apparaissent d'elles-mêmes tout en se gardant, d'une part, la solution de l'arbitrage, il lui faut éviter de trop s'impliquer dans la gestion localisée des problèmes, et d'autre part, la fixation des règles du jeu ». (Thoenig, Duran, 1996).

L'État au sein de la Maison sport-santé est officiellement représenté par deux entités au niveau local : l'ARS et la DRJSCS. Cependant, si le portage ministériel des politiques de sport-santé se veut intersectoriel, décloisonnant les ministères du Sport et de la Santé (Favier-Ambrosini, 2020), les circuits administratifs restent distincts et sectoriels (Honta, Haschar-Noé, 2011). Ainsi, localement, seule l'ARS participe activement à la détermination de l'action publique du sport-santé à Strasbourg. La DRJSCS, initialement intégrée au projet de Maison du sport-santé de Strasbourg fait face, lors de l'élaboration du projet, à une restructuration interne la mettant de fait à l'écart des projets en l'absence d'interlocuteur officiel.

Ce cloisonnement administratif complique ainsi l'implication de l'État. Dans le cadre de la définition de la feuille de route prévention primaire de la Maison sport-santé, la Ville de Strasbourg rencontre les partenaires de CAAPS, dispositif de l'Éducation nationale. Mais l'engagement du dispositif est compliqué, car il n'y a pas de validation hiérarchique de la part de la rectrice. Les agents du dispositif invitent ainsi les agents de la Ville de Strasbourg à contacter la directrice académique des services de l'Éducation nationale pour permettre leur engagement dans le programme de prévention primaire de la Maison sport-santé. C'est l'objet d'une note à la Maire de Strasbourg en août 2020 afin de permettre la rencontre avec la rectrice de l'académie de Strasbourg et la directrice des services départementaux de l'Éducation nationale.

B. La place de la Ville de Strasbourg dans l'action publique : entre prééminence incontestée et résistances

De nouvelles formes de gouvernance peuvent conduire à modifier les équilibres de l'action publique locale (Le Galès, 2003). Le Galès montre que certaines institutions au rôle déterminant peuvent voir leur rôle amoindri ou leur place transformée dans l'évolution de la forme de l'action publique. Avec la mise en œuvre de la Maison sport-santé, la place de la Ville de Strasbourg évolue. Cette dernière, qui portait jusqu'alors les dispositifs de sport-santé sur ordonnance et PRECCOSS, voit sa place redéfinie dans l'action publique locale du sport-santé, mais maintient des contributions majoritaires. La redéfinition de sa place donne lieu à des tensions, des conflits entre les acteurs, mais crée également des zones de flou quant aux partages de compétences.

1. Des contributions majoritaires de la Ville de Strasbourg dans le groupement d'intérêt public : un GIP profondément déséquilibré et une place réaffirmée

Dès avril 2019, la place de la Ville au sein du GIP pose question parmi les institutions en réunion de gouvernance de la Maison sport-santé. Ces dernières s'interrogent sur le recrutement du directeur de la structure Maison sport-santé. Certains membres souhaitent que le directeur soit représentant de la Ville de Strasbourg et émane ainsi de ses agents ; d'autres préférant justement une séparation fonctionnelle afin de symboliser l'appartenance commune de la Maison sport-santé à l'ensemble des membres du groupement³⁰⁶.

La Ville de Strasbourg est la première contributrice à la Maison sport-santé, rendant le GIP particulièrement déséquilibré :

« Ce GIP est très déséquilibré, historiquement c'est la ville qui portait quasi seule, avec les financeurs ARS/Régime local ... donc il est très déséquilibré. On le verra pas aujourd'hui, car les mises à dispo ne sont pas finalisées, mais on est 90% des contributions Ville. Il faut diversifier et trouver l'équilibre/la puissance du GIP. »

Extrait de l'introduction de l' élu en chargé de la santé, assemblée générale du GIP du 4 mars 2022

En 2020, les directions des sports et solidarité jeunesse relataient déjà, dans l'avis pour le comité technique interne à la Ville de Strasbourg relatif aux droits des agents, un tableau de répartition prévisionnel des contributions au budget de fonctionnement du GIP (membres fondateurs et partenaires associés) (tableau 5). Ce tableau laissait paraître des financements plus partenariaux autour de la Maison sport-santé avec un coût porté par la Ville de Strasbourg de seulement 49%, comme le montre le tableau ci-dessous. Pour les acteurs, il s'agissait notamment d'appuyer et de justifier le développement du GIP Maison sport-santé de Strasbourg en montrant que les coûts qui pèseraient sur la Ville de Strasbourg seraient amoindris.

³⁰⁶ Ces discussions ont lieu en avril 2019 lors de la 2^{de} réunion d'écriture collaborative de la convention constitutive du groupement d'intérêt public.

Ville	49%
ARS	30%
CD67	6,4%
RLAM	5%
IREPS	2,4%
Etat	1,7%
HUS	1,6%
UGEAM	1,4%
Institut Siel Bleu	1,3%
Ligue contre le cancer	0,5%
CDOS	0,4%
Comité régional sports pour tous	0,2%
Unis vers le sport	0,1%

Tableau 5 - Extrait de la note au comité technique relative aux agents de la Ville de Strasbourg, 2020.

Mais sur cette représentation graphique (*illustration 47*), on voit que les contributions de la Ville et l’Eurométropole, stratégiquement séparées afin de paraître moins majoritaires, se rapprochent en réalité d’une couverture de plus de 70% du budget général de la Maison sport-santé.

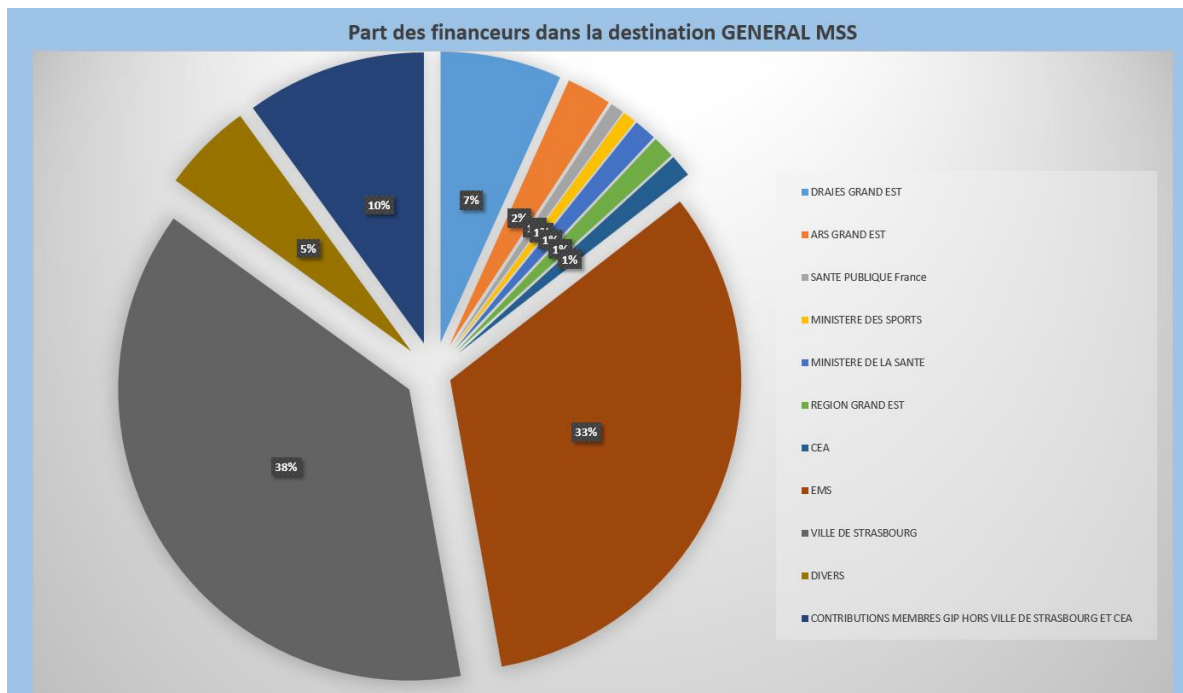


Illustration 47 – Part des financeurs dans la destination GENERAL MSS³⁰⁷

Crozier et Friedberg (1977) expliquent que les ressources, notamment économiques, peuvent permettre aux acteurs d’asseoir leurs positions dans les organisations. L’ élu en charge de la santé affirme ainsi que, eu égard au fait que la collectivité ait des contributions majoritaires au sein du GIP, il est légitime qu’elle préside le GIP :

[Concernant la Présidence par l’ élu du GIP] « Naturel pour moi et puis aussi pour la Ville de Strasbourg, c’est la Ville de Strasbourg qui préside le GIP. C’est important quelles que soient les personnes qui vont un jour présider ce GIP... Ça doit être la ville de Strasbourg... parce que les moyens qu’ils mettent sont énormes. En termes de moyens... entre ce qu’on met comme argent et comme équivalent de loyer... de toute façon ce sera toujours un élu de Strasbourg qui sera président du GIP... »

Entretien avec l’ élu en charge de la santé, 19 février 2021

³⁰⁷ GIP Maison Sport-Santé. (2023). Powerpoint du conseil d’administration du GIP en date du 2 mars 2023, Maison sport-santé de Strasbourg. Extrait.

Pour les acteurs institutionnels également, la présidence de l' élu en charge de la santé à la Maison sport-santé est incontestable :

« [...] La ville Strasbourg, c'est l'acteur de proximité, c'est la légitimité politique aussi de cet acteur à piloter cette politique publique. C'est une politique de territoire. Et donc pour moi c'était naturel, que ce soit dans les compétences municipales effectivement »

Entretien avec le directeur général de l'UGECAM IURC, le 18 mai 2021.

Mais la question de la présidence de la Maison sport-santé est aussi intimement liée à la personne de l' élu en charge de la santé. Nous verrons que ce dernier, par son positionnement, intervient comme entrepreneur frontière dans l'action publique locale. Il se définit lui-même comme légitime à présider la Maison sport-santé :

« Si j'ai continué la politique, c'est notamment pour ça, pour aller au bout de ça, du GIP et bien sûr de l'aile médicale... Bien sûr c'est une de mes motivations majeures... en politique c'est comme ça, il y a une sorte de légitimité... personne ne pouvait s'opposer à ça. Pour moi c'était la continuité du mandat antérieur... et puis, je suis un spécialiste des GIP maintenant... [...] »

Entretien avec l' élu en charge de la santé, 19 février 2021

Selon lui, sa légitimité prend appui notamment sur son antériorité dans l'action publique locale. Cela lui permet d'affirmer la place de la Ville de Strasbourg comme acteur prépondérant au sein du GIP, dans l'optique notamment de garder une sorte de mainmise sur l'instrument., c'est ce que nous allons voir à présent :

« Ce qu'il faudra pas perdre de vue ... LE GIP aujourd'hui c'est la ville qui est président ».

Extrait d'une réunion de département santé de la Ville et l'Eurométropole de Strasbourg, directrice de la santé, cheffe du service santé par intérim, en date du 2 juillet 2020.

2. Étude des relations interinstitutions entre la Ville de Strasbourg et la Maison sport-santé : rupture symbolique, résistance et dépendance

La mise en œuvre de l'action publique locale induit entre les acteurs de la Ville de Strasbourg et ceux de la Maison sport-santé des relations ambivalentes. Elle permet dans un premier temps un vœu de rupture symbolique partagé tant par les acteurs de la Ville que de la Maison sport-santé. Pour les acteurs de la Ville, ce vœu de rupture s'appuie notamment sur la place prééminente de la Ville dans l'équilibre financier du sport-santé au niveau local :

« On devrait pouvoir trouver des associations qui portent des postes. La Ville est l'actionnaire principale de la démarche, il faut trouver d'autres appuis. Il faut trouver un équilibre avec les autres acteurs. »

Directrice santé, cheffe de service santé par intérim. Extrait d'un comité technique de pilotage de la Maison sport-santé, en date du 9 juin 2020.

Dans un contexte d'équilibre financier complexe des collectivités territoriales (*partie 2 chapitre 1*), la question des pertes potentielles financières de la Maison sport-santé, qui impliqueraient une solidarité financière de la Ville, est un risque pour les acteurs de la Ville de Strasbourg :

« [...] soit la Ville compense les pertes : est-ce que c'est conjoncturel et c'est cette année... soit ce n'est pas conjoncturel, mais c'est structurel : il faut poser un cadre. La Ville a beaucoup mis au pot sur cette thématique [...] Si à chaque fois que la MSS a une problématique de trésorerie, elle se tourne vers la Ville, on peut se poser des questions sur le modèle de fonctionnement. »

Extrait de l'intervention de la directrice santé en réunion de pilotage interne du GIP le 22 février 2022.

Cette question financière engage une résistance au GIP des acteurs de la Ville de Strasbourg, lesquels voient les moyens octroyés à la Maison sport-santé comme des moyens qu'ils ne possèdent pas dans le développement de leurs projets : *« Pourquoi le service paye des choses au GIP ? »*³⁰⁸. Certains agents, notamment ceux qui étaient en charge des politiques de sport-santé de la Ville de Strasbourg entrent en contestation avec la Maison sport-santé.

³⁰⁸ Cette phrase émane de la réaction des agents de la Ville de Strasbourg, quand on annonce que le budget de fonctionnement 2021 comprend notamment des équipements de protection des agents du GIP – Extrait d'une réunion de service du 10 septembre 2020 à la Ville de Strasbourg.

Par exemple, l'entretien avec la chargée de projets santé anciennement en charge du dispositif de sport-santé sur ordonnance est complexe à mener. La chargée de projet écarte des questions sur le dispositif et sur la Maison sport-santé, elle refuse dans un premier temps que l'entretien soit enregistré. Elle dit avoir oublié comme se déroulait le dispositif et ne pas savoir comment se met en place la Maison sport-santé. Quand je lui demande par exemple de définir le sport-santé, sur lequel elle a travaillé plusieurs années, elle me dit :

« Je le définirais...Comme il faut...Juste un peu de temps parce que je suis vraiment plus là-dedans quoi...C'est juste...Je suis à 1000 lieues... »

Entretien avec la chargée de projet santé, le 5 mars 2021.

Elias (1981) montre que la résistance des acteurs à l'action publique peut être du fait d'une crainte de perte de contrôle ou d'influence dans l'action collective. Chez les acteurs de la Maison sport-santé, cela peut s'expliquer par le regret de ne pas participer à une action publique qui leur échappe, mais à laquelle ils ne veulent pas participer du fait du changement professionnel que cela implique (mise à disposition d'un groupement d'intérêt public).

« Toute modification dans les rapports de pouvoir ou l'équilibre entre autonomie et contrôle, notamment à travers des partenariats, suscite des résistances, car elle est perçue comme une remise en cause des positions acquises et des routines institutionnelles. »

Crozier et Friedberg, 1977.

La rupture entre les deux institutions s'illustre par des symboles. Crozier et Friedberg (1977) montrent ainsi que les transformations institutionnelles ne sont pas uniquement structurelles, elles impliquent également des ruptures de représentations et des symboles dans les pratiques des acteurs. En septembre 2020, alors que le directeur de la Maison sport-santé vient de quitter ses fonctions de chef de service au sein de la Ville de Strasbourg, il est contraint à laisser son ancien bureau et il n'est plus invité aux réunions de département santé de la Ville de Strasbourg³⁰⁹.

³⁰⁹ À titre personnel, je suis également exclue de ces réunions, perçue comme faisant partie du GIP et non plus la Ville malgré le portage de mon poste par la Ville.

L'agent en charge des sports dit ainsi :

« Il faut qu'on sépare de plus en plus ces rôles pour ne pas mélanger tout, notamment sur la question de [Préfigurateur du GIP] ».

Paroles de l'agent en charge des sports lors d'une réunion avec les équipes de sport-santé en date du 12 juin 2020.

La rentrée 2020 permet aussi à la Ville de Strasbourg d'anticiper le futur fonctionnement autonome de la Maison sport-santé. Le préfigurateur déclare ainsi :

« Cette transition pourrait mieux se passer. Du jour au lendemain, tout ce qui relève du GIP c'est démerdez-vous [...] les cofinanceurs demandent des bilans d'activité 2020. Clairement, ce sont des choses qui sont encore à la Ville, mais on coordonne cette histoire de bilan. ».

Paroles du préfigurateur lors d'une réunion préparatoire autour de la démarche de *design actif* le 11 février 2021.

En parlant du projet « Joue pour ta santé », la chargée de mission du service santé et autonomie indique par exemple que des arbitrages doivent être réalisés « *en interne* ».

Mais ces ruptures symboliques sont également menées par le GIP lui-même, qui se dote, par exemple, de sa propre flotte d'ordinateurs ou de téléphones portables. Lors de la première réunion d'équipe des agents le 7 janvier 2021, le directeur du GIP invite ainsi les agents à changer leur signature mail :

« Symboliquement dans la signature mail, il faut que vous supprimiez toute notion de la Direction santé, Direction sport, ... Vous pouvez mettre « GIP MSS De Strasbourg ». Vous pouvez laisser la référence à la Ville pour la transition, et politiquement pour le moment ... Mais quand on sera autonome ... ».

Extrait de l'intervention du directeur du GIP en première réunion d'équipe des agents de la Maison sport-santé, le 7 janvier 2020.

Pour les agents du GIP, cette rupture symbolique permet de montrer que le fonctionnement des dispositifs a changé et qu'une nouvelle ère commence.

Lors d'une rencontre avec l'opérateur REDOM, opérateur avec lequel la Ville de Strasbourg pouvait avoir des difficultés à fonctionner, le directeur du GIP parle de la Ville comme d'un « *vilain petit canard* »³¹⁰ et appelle à de nouvelles relations avec la structure.

Pourtant, au cœur de ces ruptures symboliques, la frontière entre la Maison sport-santé et la Ville est souvent difficilement perceptible. Pour les acteurs de la Maison sport-santé eux-mêmes, il s'agit de trouver une nouvelle identité institutionnelle :

« Je travaillais ... Je travaille à la ville »,

Paroles du directeur de la Maison sport-santé, lors de la réunion des bénéficiaires de la MSS en date du 16 septembre 2020.

La place de l' élu dans l'action publique locale est duale du fait de sa présidence de la Maison sport-santé et de sa fonction d' élu local de la Ville de Strasbourg :

« Il faut voir comment le GIP joue sa partie. Il y a une schizophrénie de l' élu »

Extrait d'une réunion de département de la Ville et l'Eurométropole de Strasbourg, propos de la directrice, cheffe du service santé par intérim, en date du 2 juillet 2020.

Les acteurs institutionnels de la Maison sport-santé ont également des difficultés à identifier l'action publique locale comme l'émanation du GIP et non plus de la Ville :

« Je passe mon temps à dire : « La Ville, la Ville ? » ... hé oh, je ne suis plus la Ville, vous n'êtes plus la fac, on est ensemble les amis. La culture collective ne se fera aussi que dès lors que chacun se rendra compte, qu'ils sont ensemble dans le projet »

Paroles du préfigurateur lors d'une réunion préparatoire autour de la démarche de *design actif* le 11 février 2021.

Car, derrière ces ruptures symboliques, l'action de la Maison sport-santé reste particulièrement liée à celle de la Ville. Cette confusion des frontières entre la Maison sport-santé et la Ville de Strasbourg est notamment due à l' élu en charge de la santé, qui, nous verrons dans la suite de ce chapitre, a un rôle double : élu à la santé de la Ville de Strasbourg et président du groupement d'intérêt public. Tout en souhaitant s'autonomiser du GIP, les agents du GIP profitent de cette position de l' élu pour solliciter un soutien plus important de la Ville au GIP : *« Finalement, la ville sera toujours là pour assurer les finances non ? »* (Paroles en fin de réunion d'un agent de la Maison sport-santé, janvier 2021).

³¹⁰ Propos tenus lors d'une réunion de rencontre avec REDOM par le directeur du GIP, le 10 mai 2021.

Pour la Ville également, ce double statut de l'élu permet d'envisager de garder un contrôle sur l'action publique locale :

« On aurait pu identifier un porteur associatif [...] Autant nous, on va faire ce qu'on veut, autant eux aussi après ! ».

Extrait du discours de la directrice santé, solidarités, jeunesse de la Ville de Strasbourg lors d'une réunion de département du service santé de la Ville de Strasbourg le 2 juillet 2020

L'agent en charge du sport parle ainsi du GIP comme un nouvel opérateur de la Ville pour les dispositifs de sport-santé.³¹¹

Aussi, si pour la Ville, le GIP est saisi comme une opportunité de se recentrer sur des enjeux « *plus valorisés* »³¹² (comme nous l'avons vu dans le chapitre 1 de cette partie 2), la frontière de l'action entre le GIP et la Ville est floue. Cela amène des conflits dans la définition de l'action publique locale.

³¹¹ Blanc, P. (2019). *Compte rendu de réunion du 5 mars 2019 sur la gouvernance de la Maison sport-santé*. Notes personnelles.

³¹² Extrait de la réunion de département du 18 juin 2020, directrice santé, cheffe de service par intérim.

IV. Des conflits dans la définition des frontières de l'action publique : l'exemple de la prévention primaire

Le vœu de rendre autonome la Maison sport-santé impose que la Ville de Strasbourg, dans sa préfiguration, mène une réflexion autour de la définition de ses compétences. C'est en ce sens qu'une démarche est menée, dès les prémices du GIP, autour des futures compétences de la Maison sport-santé et de la Ville en matière de prévention primaire (*illustration 48*). La feuille de route rappellera ainsi la nécessité d'une meilleure articulation entre la Ville et la Maison sport-santé : « [...] Définir le rôle du service santé (lien avec les autres services, participation aux instances ...). »³¹³.

³¹³ Ville et Eurométropole de Strasbourg. (2019). *La prévention primaire par la nutrition dans la MSS de Strasbourg - Feuille de route prévention primaire de la Maison sport-santé*. 23 juillet 2019.

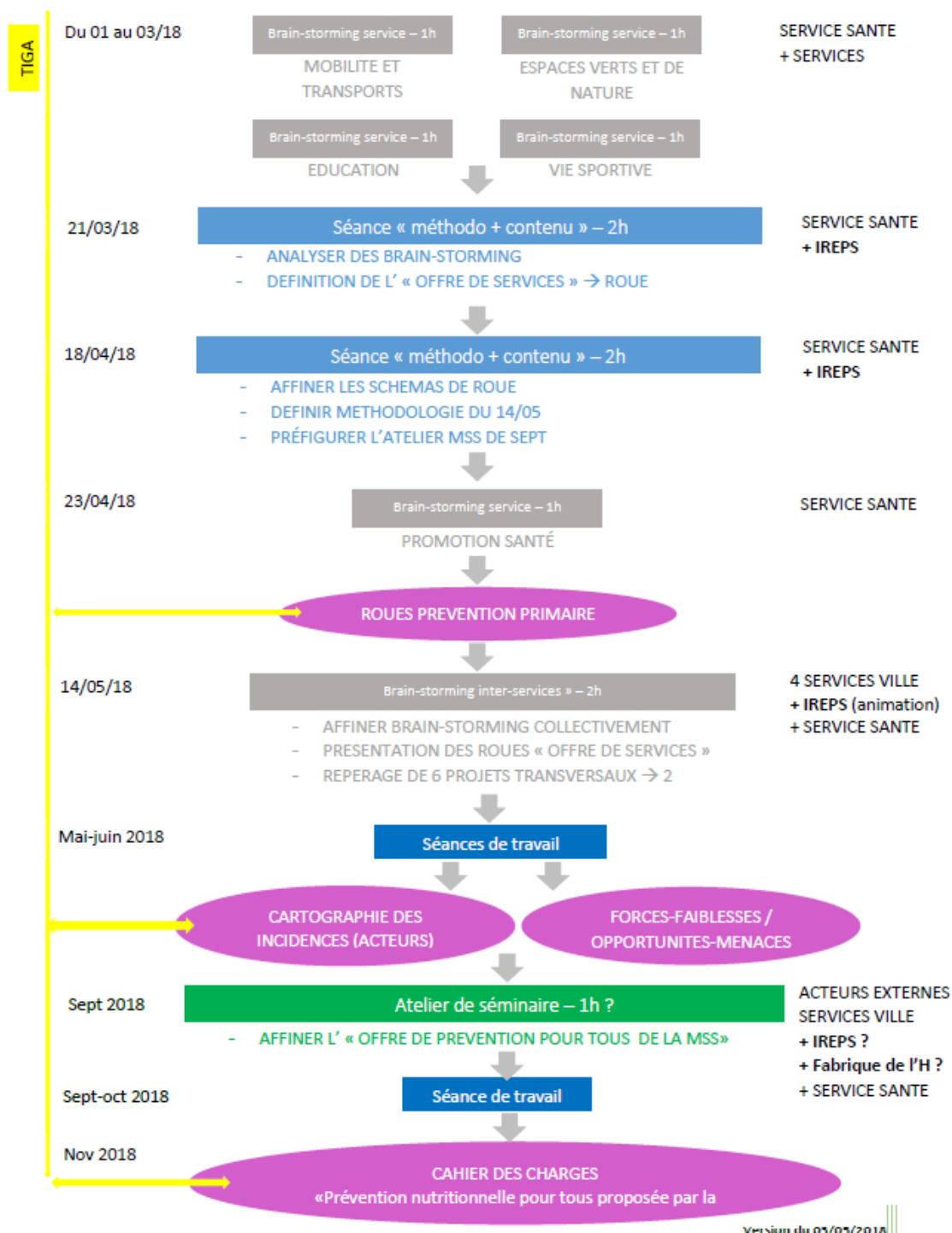


Illustration 48 - Présentation du rétro planning de la définition de l'offre de prévention primaire proposée par la Maison sport-santé³¹⁴

³¹⁴ Ville et Eurométropole. (2018). *Présentation Powerpoint de la Ville de Strasbourg en date du 5 mai 2018.*

Cette illustration présente le rétroplanning selon lequel la Ville de Strasbourg souhaite mener une réflexion autour de la prévention primaire. Elle montre que définir la feuille de route prévention primaire de la Maison sport-santé est complexe. Ce processus décrit se déroule sur un temps court (de novembre à mars 2018) et intègre plusieurs acteurs internes et externes à la Ville dans des ateliers et séances de travail. Le processus souhaité est partenarial, son objectif est d'établir un cahier des charges de la prévention primaire au sein de la Maison sport-santé. Il émane des travaux de la chargée de prévention primaire de la Ville de Strasbourg, laquelle s'est vu confier la mission de définir la feuille de route. À l'issue de ce travail, lorsqu'elle présente la feuille de route, la chargée de mission définit la Maison sport-santé comme créatrice de synergies en prévention primaire avec les acteurs du territoire, dans la thématique de l'activité physique et de l'alimentation :

« Elle répond en cela à une priorité régionale forte, en développant une démarche de promotion de la santé visant la construction des habitudes de vie favorables à la santé en matière d'activité physique et d'alimentation. »³¹⁵

Le schéma, qu'elle présente, a vocation à illustrer cette feuille de route (*Illustration 49*).

La prévention primaire

Transversale à l'offre de services de la maison sport santé

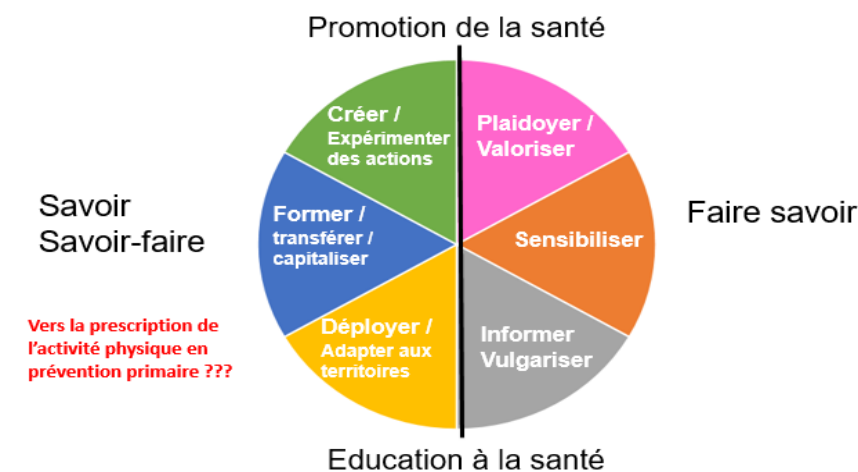


Illustration 49 - Présentation de l'offre de prévention primaire de la Maison sport-santé³¹⁶

³¹⁵ Ville et Eurométropole de Strasbourg. (2019). *La prévention primaire par la nutrition dans la MSS de Strasbourg - Feuille de route prévention primaire de la Maison sport-santé*. 23 juillet 2019.

³¹⁶ Ville et Eurométropole. (2018). *Powerpoint de présentation de l'offre de prévention primaire de la Maison sport-santé*. 26 janvier 2018

On voit à travers ce graphique que la chargée de mission identifie de larges missions de prévention primaire : « *la construction des habitudes de vie favorables à la santé en matière d'activité physique et d'alimentation* » à travers des actions de formation, de sensibilisation, de plaidoyer.

Malgré ce travail autour de la feuille de route présenté en 2018, des zones de flou persistent sur les répartitions entre la Ville et la Maison sport-santé. Si la chargée de mission souhaite en effet que les missions de la Maison sport-santé soient larges, le préfigurateur de la Maison sport-santé craint de devoir assurer l'entièreté de la feuille de route prévention primaire de la Ville sans moyens complémentaires. Un stagiaire est invité en 2020 à travailler autour de ces questions (annexe 18).

Finalement, l'action en matière de prévention primaire de la Maison sport-santé se resserre principalement autour du projet « *Joue Pour ta Santé* ». Ce projet émane en partie d'un axe de la feuille de route, laquelle désigne la Maison sport-santé compétente pour « *piloter un nouveau groupe de travail sur la coconstruction d'un programme ludique en prévention primaire, dans le cadre du projet global de la Maison sport-santé* ». ³¹⁷ Il provient des réflexions du préfigurateur, qui, sans consultation spécifique avec la chargée de projet prévention primaire, dépose le projet dans le cadre de « *Territoire de santé de demain* ». La fiche du projet « *Joue pour ta santé* » indique que : « *Ce programme ludique s'inscrit dans une démarche plus globale de prévention primaire de la Maison sport-santé, au travers de cinq missions : information, orientation, plaidoyer, formation et projets (programme ludique). Ces missions irriguent, de fait, les cinq pôles d'activité de la Maison sport-santé.* » ³¹⁸

Encadré 36 - Présentation du programme Joue pour ta santé ³¹⁹

Joue pour ta santé, un projet dans les écoles et l'ensemble de la communauté éducative. 7 écoles élémentaires de Strasbourg des quartiers prioritaires ont été identifiées pour participer à ce programme ludique et pédagogique de prévention et d'éducation à la nutrition.

³¹⁷ Ville et Eurométropole de Strasbourg. (2019). *La prévention primaire par la nutrition dans la MSS de Strasbourg - Feuille de route prévention primaire de la Maison sport-santé*. 23 juillet 2019.

³¹⁸ Ville et Eurométropole de Strasbourg. (2019). *La prévention primaire par la nutrition dans la MSS de Strasbourg - Feuille de route prévention primaire de la Maison sport-santé*. 23 juillet 2019.

³¹⁹ Présentation du programme Joue pour ta santé, site internet de la Maison sport-santé de Strasbourg. <https://www.maisonsportsantestrasbourg.fr/les-missions-dispositifs-et-projets/>

En incitant aux comportements plus responsables en matière d'activités physiques et de nutrition, la Maison sport-santé de Strasbourg se fixe pour ambition de réduire les inégalités de santé, dès le plus jeune âge (*Illustration 50*).

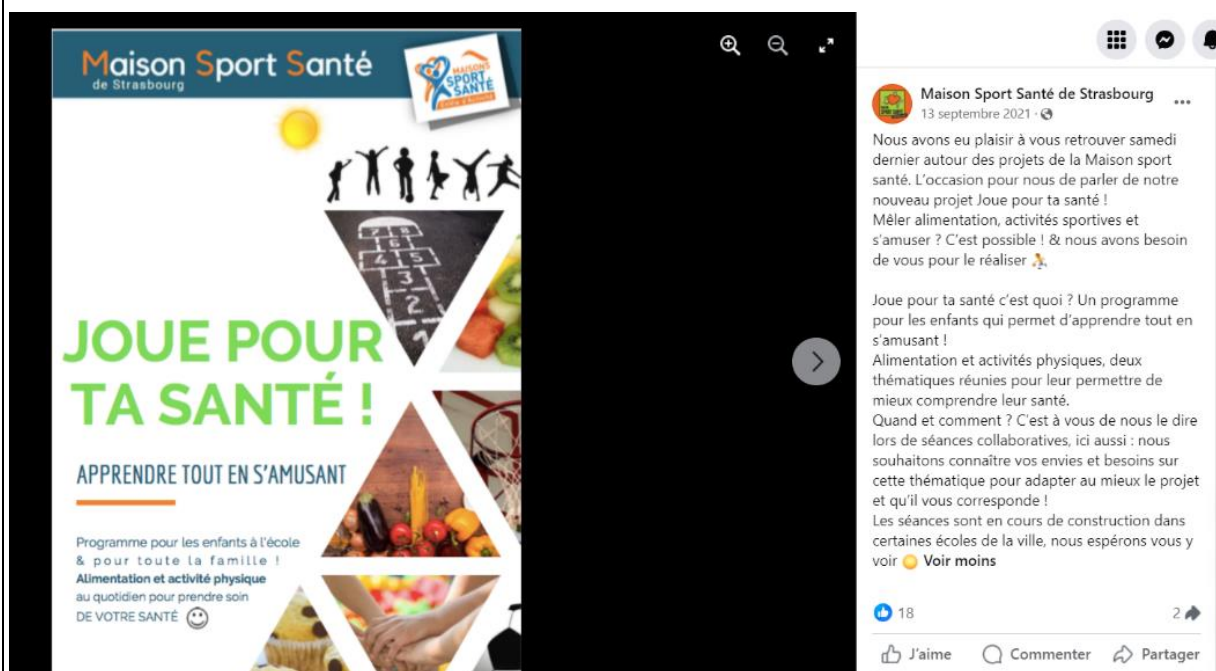


Illustration 50 - Présentation du projet Joue pour ta Santé³²⁰

De nombreux acteurs se mobilisent (éducation nationale, start-ups, centres socioculturels, associations sportives, parents...) pour établir un diagnostic partagé et mettre en place un plan d'action adapté à l'école, avec des activités pédagogiques ludiques et des temps forts inter-écoles autour du sport.

Les premiers établissements concernés par ce diagnostic sont les écoles Canardière, Guynemer I, Guynemer II, Ziegelwasser, Schongauer, Romains et Sainte Aurélie à Strasbourg. Depuis novembre 2022, des professionnels y animent des ateliers pratiques autour de l'alimentation, l'activité physique, le sommeil, les discriminations, le harcèlement, etc.

Le programme « *Joue pour ta santé* » s'appuie en 2024 sur le développement d'une application nommée « *nutrimouv* » (*Illustration 51*).

³²⁰ Capture écran de la page Facebook de la Maison sport-santé, 13 septembre 2021.

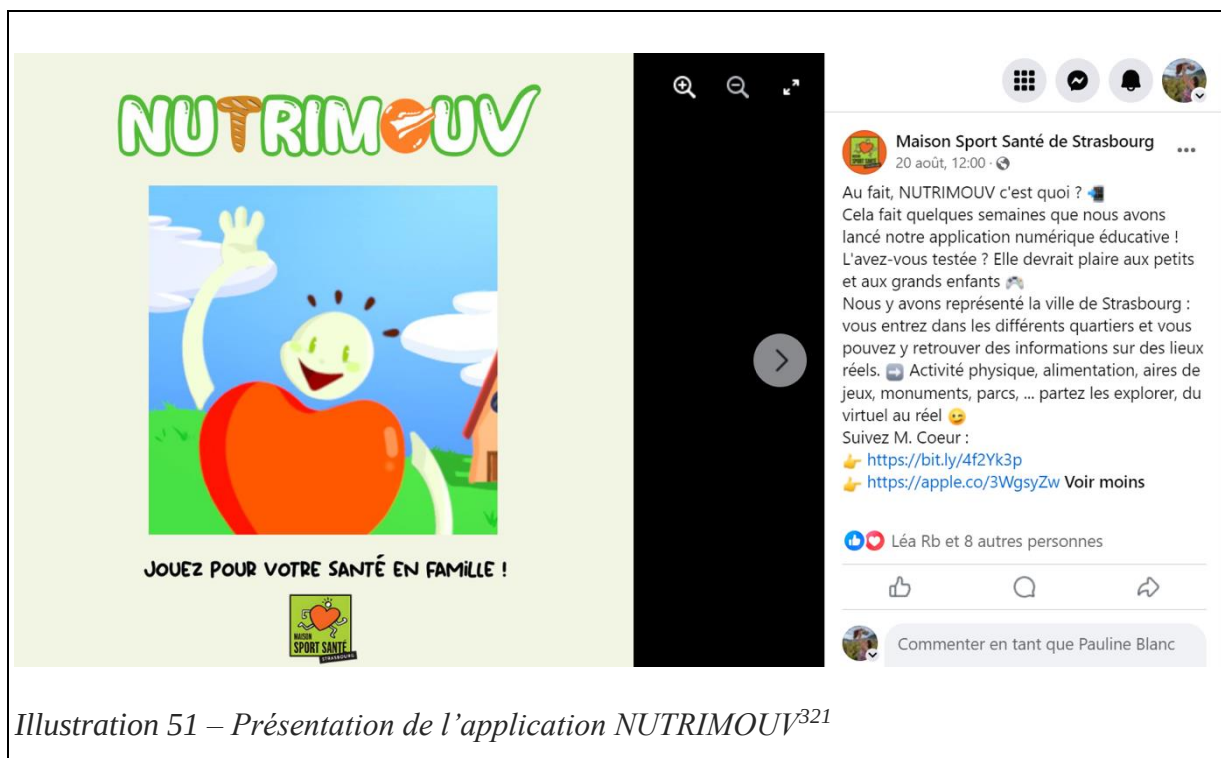


Illustration 51 – Présentation de l'application NUTRIMOUV³²¹

Stratégiquement, le projet « *Joue pour ta santé* » permet au préfigurateur de maintenir les missions de prévention primaire de la Maison sport-santé aux contours de cette fiche projet tout en justifiant d'une mission de prévention primaire au sein de la structure. Lascoumes et Le Galès (2004) montrent ainsi que les appels à projets peuvent agir comme des instruments de pouvoir. En déposant des projets au sein de ces appels, les acteurs ne répondent pas seulement à une demande, mais utilisent ces outils pour faire valoir leurs propres objectifs et également orienter les politiques publiques en leur faveur. Le préfigurateur entend ainsi que les missions de la Maison sport-santé soient limitées à ce projet et complémentaires à celles de la Ville :

« L'activité de prévention primaire que proposera la MSS viendra renforcer les actions faites à ce jour par la Ville et ses partenaires en la matière. »

Extrait du discours du préfigurateur lors d'un point GIP en 2021.

Malgré cela, la lutte pour définir le périmètre d'intervention de chacun des acteurs persiste et donne lieu à des conflits symboliques.

³²¹ Capture écran de la page Facebook de la Maison sport-santé, 20 août 2024.

En ce sens, la Ville demande qu'apparaisse officiellement la nutrition dans le préambule de la convention constitutive du GIP, pour illustrer sa légitimité à intervenir en prévention primaire³²². Cela met en lumière sa volonté de se dessaisir de la prévention primaire dédiée à l'activité physique et l'alimentation, comme l'évoquait la feuille de route. Parallèlement, et alors qu'un travail est mené autour de l'organigramme de la Maison sport-santé, la chargée de mission prévention primaire de la Ville de Strasbourg demande l'intégration sur chacune des fiches de postes des agents de la structure une mission prévention primaire. Mais le préfigurateur le refuse, jugeant que ce serait une porte ouverte à des missions élargies en prévention primaire pour la Maison sport-santé. Aussi, si un poste dédié à la prévention primaire est prévu au sein de la Maison sport-santé, ses missions sont resserrées sur le projet Joue pour ta santé.

En 2021, la démarche de design actif interroge toujours la clarification de la posture de la Maison sport-santé sur la prévention primaire et secondaire, en complémentarité avec ses partenaires. En attendant des éclaircissements, la Ville de Strasbourg profite du flou existant autour de la question pour solliciter la Maison sport-santé sur des sujets de prévention primaire notamment auprès des écoles. Cependant, pour le préfigurateur de la Maison sport-santé, ces actions n'ont pas vocation à être réalisées sans financements dédiés. Il affirme ainsi lors d'une réunion régulière du GIP le 22 février 2022 :

« Concernant les sujets non tranchés en prévention primaire, on y est allé, car il n'y avait pas d'intervenants disponibles ... mais on doit se concerter sur ce qui est financé, quitte à facturer les interventions autres non financées ! ».

Extraits de paroles du préfigurateur lors d'une réunion du GIP le 22 février 2022.

³²² Groupe de travail gouvernance du GIP autour de l'écriture de la convention constitutive, 26 mars 2019. Le préambule de la convention constitutive du GIP porte ainsi les mentions suivantes : « La constitution du groupement d'intérêt public (GIP) « Maison sport-santé de Strasbourg » est née de la volonté commune portée par les partenaires locaux d'élaborer et d'organiser sur le territoire une réponse innovante en matière de promotion de la santé par l'activité physique y compris les mobilités actives, l'alimentation équilibrée et le développement d'un territoire favorable à la santé. » Groupement d'intérêt public Maison sport-santé de Strasbourg. (2020). Convention constitutive.

https://www.alsace.eu/webdelib/files/unzip/seance_122399/199_2019_09_24_convention_GIP.pdf

Encadré 37 – D’autres partages en débat - La question du pilotage du groupe de travail sport-santé des villes santé de l’OMS

Dans la mise en œuvre de la Maison sport-santé, se pose la question du pilotage du groupe de travail sport-santé sur ordonnance des villes santé de l’OMS. Ce dernier, avant la Maison sport-santé est piloté par la Ville de Strasbourg.

Avec le transfert des dispositifs auprès de la Maison sport-santé, la Ville de Strasbourg donne tacitement l’animation du réseau à cette dernière. Si cette animation est une charge pour la structure, elle apparaît pour l’ élu à la santé et pour les agents de la Maison sport-santé comme l’opportunité d’animer un réseau d’acteurs sur le territoire national. Cela leur permet de bénéficier de ressources supplémentaires notamment (réseau partenarial) pour accroître leur influence dans l’action publique locale, voire nationale. Selon Bourdieu (1980), les acteurs ayant un fort réseau de partenaires sont les plus dotés de capital social, cela renforce leur légitimité dans le champ. La valorisation faite sur les réseaux sociaux de l’animation du groupe de travail participe en ce sens à justifier publiquement de la légitimité des acteurs locaux (*illustration 52*).



Illustration 52 - Retour sur le 15^e groupe de travail des Villes sport-santé³²³

³²³ Capture écran de la page Facebook de la Maison sport-santé, lors du 15^e groupe de travail sport-santé des Villes-Santé de l’OMS. En date du 16 juin 2023.

Cette légitimité leur permet de s'inscrire également dans le champ national du sport-santé et des Maisons sport-santé. Les acteurs cherchent à devenir, par la coordination de ce réseau, des intermédiaires influents (Le Galès, 2003), en mesure de relayer les préoccupations du sport-santé au niveau national. Ils transmettent, pour cela, des messages politiques nationaux à travers des communiqués de presse à l'issue des groupes de travail : « *Notre groupe de travail [...] prend acte de la volonté des députés de construire un modèle économique efficient et partenarial reposant sur la solidarité nationale, avec une prise en charge par la Sécurité sociale des séances d'activité physique adaptée [...] Les 20 millions de malades chroniques en France, les professionnels de la santé et du sport, les collectivités territoriales, attendent du gouvernement un acte politique fort pour dépasser les difficultés actuelles.* » ³²⁴.

Les acteurs locaux trouvent également un intérêt personnel à être reconnus dans le champ du sport-santé au niveau national, celui de participer à l'orientation des politiques publiques en faveur de leur projet local. Comme nous avons pu l'observer, c'est notamment en ce sens que se conçoit leur participation aux groupes de travail nationaux d'élaboration du cahier des charges des Maisons sport-santé.

À travers ces deux exemples de la prévention primaire et du réseau des Villes-Santé de l'OMS, on voit que les relations qui s'établissent entre la Maison sport-santé et la Ville de Strasbourg sont complexes. Elles engendrent des débats dans la détermination des compétences de chaque structure et créent des zones de flou. Lorsque les acteurs savent manier ces zones d'incertitude, cela leur permet une certaine liberté et stratégie dans la détermination des missions qui leur incombent.

³²⁴ Ville et Eurométropole. *Compte-rendu du groupe de travail sport-santé du réseau français des Villes-Santé de l'OMS*. 16 mars 2018.

V. L'organisation informelle de la Maison sport-santé ou la maîtrise des règles du pouvoir

Au sein de la Maison sport-santé, le pouvoir est principalement exercé par ceux qui maîtrisent les mécanismes institutionnels et leurs règles. Ces acteurs, que nous qualifierons d'entrepreneurs frontières (Callon, 1986) ont des compétences et des ressources qui leur permettent de tirer profit des zones d'incertitude de l'action publique locale. Cette dynamique s'inscrit dans l'organisation informelle de la Maison sport-santé.

A. Des entrepreneurs-frontières qui redéfinissent l'action publique locale

Certains acteurs sont incontournables dans l'action publique locale. Pour promouvoir et faire avancer le projet, ils utilisent leurs multipositions sociales (soin, engagement municipal, militantisme syndical, enseignement et recherche) et mobilisent un cercle élargi d'alliés (Callon, 1986. Fournier, 2014). Ce sont, d'après Callon (1986), des entrepreneurs-frontières. Nous verrons ainsi qu'ils savent également manier les règles de l'organisation pour mieux les intégrer et les utiliser.

1. Des acteurs stratégiques multi-positionnés : l'exemple de l' élu en charge de la santé parmi d'autres

Nous qualifions l' élu en charge de la santé d'entrepreneur-frontière de la Maison sport-santé au sens de Callon (1986). En effet, il justifie de plusieurs « casquettes » qui lui permettent de mobiliser une sphère élargie d'acteurs : celle d' élu local, de médecin et de président du GIP. À cela s'ajoute également son engagement personnel dans le sport. Ses multipositions lui permettent d'accéder à différents réseaux d'acteurs pour créer, étendre et stabiliser la Maison sport-santé :

« Conclusion de [L' élu en charge de la santé] : il se félicite de l'installation de la Maison sport-santé, aboutissement d'un engagement politique, personnel et professionnel. [...] ».

Extrait du procès-verbal du conseil d'administration constitutif, en date du 18 novembre 2020.

En tant qu'entrepreneur-frontière il connecte différentes sphères comme, par exemple, celles de la Maison sport-santé et de sa patientèle. Sa profession lui permet ainsi de promouvoir le sport-santé auprès de ses patients :

« Naturellement, cet engagement politique ne se dissocie pas de ma profession et de ma vocation première de médecin généraliste. Mon métier me permet d'accéder aux vies et aux expériences des hommes, des femmes et des enfants. Et, éventuellement, de modifier leurs habitudes et leurs modes de vie pour améliorer la santé de chacun. Mes patients m'apprennent chaque jour combien l'activité physique a changé leur vie, combien les intervenants spécialisés en activité physique sont indispensables pour leur mise en mouvement. Cela illustre les faits scientifiques et confirme que l'APS est une mesure d'intégration sociale fondamentale ». (Feltz, 2020).

Ou encore :

« Maintenant la première chose que je demande à des patients est « où est-ce que vous habitez et où travaillez-vous » et comment on peut augmenter votre activité physique par rapport à vos déplacements. ».

Entretien avec l' élu en charge de la santé, en date du 19 février 2021.

Être médecin lui confère une compréhension des acteurs de la santé et de leurs intérêts dans l'action publique locale. Il rapproche ainsi son rôle à celui du médecin référent de la Maison sport-santé, qui aurait une responsabilité clé de communication avec les médecins :

« C'est clair que le médecin coordonnateur devrait appeler les médecins...Moi je suis plus élu, j'appelle... Je téléphone pendant un mois, je quadruple les prescriptions... Juste ça... Ça dure dix secondes quoi... »

Entretien avec l' élu en chargé de la santé, 19 février 2021.

Cette position qu'il lui confère nous montre l'importance des groupes de pairs dans les dynamiques de négociation (Strauss, 1978). Les médecins préfèrent ainsi échanger avec leurs pairs pour traiter de questions complexes, car ils partagent les mêmes valeurs et une expertise commune. L'entrepreneur-frontière joue ici le rôle d'un traducteur, sa parole est légitime et permet de mobiliser les médecins autour des dispositifs.

La présence d'institutions du monde de la santé et de professionnels de santé dans l'action publique locale a également un autre objectif : celui de légitimer le projet. En effet, les médecins ont une influence croissante dans le développement des politiques de santé et portent également un rôle significatif fort dans la structuration des décisions qui y ont attrait (Hassenteufel, 1997). En matière de sport-santé, ils ont un poids symbolique fort dans la construction de l'action publique (Radel, 2012. Favier-Ambrosini, 2020). Aussi, la médecin référente de la Maison sport-santé permet de renforcer la légitimation de l'action publique locale. Lors du conseil scientifique du 11 mai 2021, elle est présentée par l' élu comme garante de l'intégrité des programmes scientifiques de la structure et de la prise en charge des bénéficiaires. Le compte-rendu des échanges relate ainsi :

« Les nouveaux critères d'inclusion doivent permettre à tous les patients de pouvoir être accompagnés par les médecins pour lesquels les nouvelles pathologies ouvertes. Tout ce travail est en lien avec le Docteur [NOM], médecin référent de la MSS, tant au niveau de la formation / l'information / l'accompagnement des médecins prescripteurs. »³²⁵

Ce rôle semble la surprendre, car sa fiche de poste est dédiée à la coordination médicale du dispositif PRECCOSS : *« il va falloir augmenter mon temps de travail »* dit-elle à l'issue de cette réunion. Mais sa place est d'autant plus renforcée lorsque l' élu intervient dans les discussions autour de l'organigramme de la Maison sport-santé pour l'enlever du pôle accompagnement et lui faire intégrer le pôle transverse. Cette action la replace en centralité dans l'organigramme et symbolise une place clé qu'elle occuperait dans la structure. La médecin référente crée donc, à l'image des entrepreneurs-frontières, un nouvel espace d'interactions possible entre les acteurs du soin et la Maison sport-santé, lesquels peuvent envisager de rejoindre l'action publique.

Enfin, l'action publique locale s'écrit également grâce au multipositionnement d'autres acteurs qui, grâce à leur parcours professionnel, permettent de créer des liens entre différentes institutions. Au cours des années 2019 – 2024, plusieurs transferts d'acteurs ont lieu entre les institutions : le chargé de mission au département du Bas-Rhin en charge du sport santé devient responsable du pôle accompagnement de la Maison sport-santé ou encore l'éducateur d'une association partenaire rejoint le dispositif PRECCOSS. Il y a une grande porosité entre les institutions de la Maison sport-santé.

³²⁵ Maison sport-santé de Strasbourg. (2021). Extrait du compte-rendu de la réunion d'installation du conseil scientifique de la Maison sport-santé.

Ces acteurs acquièrent, grâce aux connaissances qu'ils ont par leurs différentes expériences professionnelles, de meilleurs espaces d'autonomie (Crozier, Friedberg, 1977). Ils connaissent ainsi le poids des décisions passées et la distribution des rapports de force (Marsault, 2017). Mais cela montre également que les interactions au sein de la Maison sport-santé peuvent reposer sur des équilibres en tension, temporaires. Le *turn over* des représentants des institutions amène ainsi une certaine difficulté à trouver de la continuité :

« *Je ne suis pas vraiment au fait du dossier* ».

Directrice du Nouvel hôpital civil, récemment nommée en tant que contact référent des Hôpitaux universitaires de Strasbourg lors d'une réunion bilatérale avec le préfigurateur du groupement d'intérêt public le 18 février 2021.

L' élu en charge de la santé développe des stratégies pour être indispensable aux différents mondes sociaux dans lequel il est engagé, devenant ainsi un « *point de passage obligé* » (Callon, 1986). Son jeu politique domine le fonctionnement de l'organisation (Mintzberg, 1983) et les partenaires de la Ville de Strasbourg ressentent quotidiennement son portage politique :

« *Jean : On sent que c'est une volonté politique de mettre en avant ce dispositif. Après, c'est à juste titre, car il faut mettre en avant ce qui fonctionne et ... il faut communiquer dessus, le faire connaître, dire que ça marche. C'est impératif de mettre en avant.* ».³²⁶

Mais si cette place encourage l'engagement des institutions dans le GIP, elle peut aussi susciter des controverses, certains acteurs estiment que son rôle peut être trop important :

« *Alors, il y a l' élu qui est génial, on n'en serait pas là sinon, mais c'est aussi un frein, parce qu'on parle trop de nous... Sport-santé associé au docteur X, il y a des médecins généralistes qui le prennent mal... [...] Il y aura moins ce côté négatif parce qu'il est plus tout seul j'ai envie de dire...* »

Entretien avec une éducatrice sportive du dispositif sport-santé sur ordonnance en date du 19 février 2021.

³²⁶ Blanc, P. (2018). *Les politiques locales de promotion des activités physiques et d'aménagement urbain pour lutter contre la sédentarité. De l'action publique européenne à la stratégie des acteurs locaux : étude comparative de quatre villes européennes*, Mémoire de master « Politiques sportives et aménagement des territoires », sous la direction de W. Gasparini, Université de Strasbourg.

Les entrepreneurs-frontières agissent donc à l'interface de plusieurs champs de l'action publique et permettent de naviguer entre ces différents environnements en traduisant les intérêts des acteurs impliqués et en essayant de les faire concorder. Ils participent à une plus grande mobilisation des institutions dans le projet de Maison sport-santé mais leur omniprésence peut aussi susciter des réactions. Nous allons voir qu'ils manient, pour ce faire, les règles de l'organisation.

2. Manier les zones d'incertitude pour mieux contrôler l'action publique : le pouvoir des entrepreneurs-frontières

Ces entrepreneurs-frontières manient les règles formelles de la Maison sport-santé et savent identifier ce que Crozier et Friedberg (1977) appellent les « *zones d'incertitude* », jusqu'à caractériser des règles informelles de la structure. Ces zones d'incertitude définissent les marges de manœuvre et d'autonomie des acteurs dans la définition de l'action publique³²⁷, là où les règles ne sont pas entièrement déterminées. Ces acteurs détournent ou interprètent les règles afin de mettre en œuvre différents systèmes de rétributions des acteurs qui s'engagent au sein de la Maison sport-santé.

L'organigramme de la Maison sport-santé apparaît pour les entrepreneurs-frontières comme une première zone d'incertitude à exploiter. En effet, l'organigramme cible intègre les pourcentages de postes équivalent temps plein déployés par les membres fondateurs au sein de la Maison sport-santé (*illustration 53*).

³²⁷ Les zones d'incertitude sont définies comme des espaces où les acteurs peuvent exercer un pouvoir en raison d'une marge d'imprévisibilité qu'ils contrôlent.

Annexe 2: organigramme cible

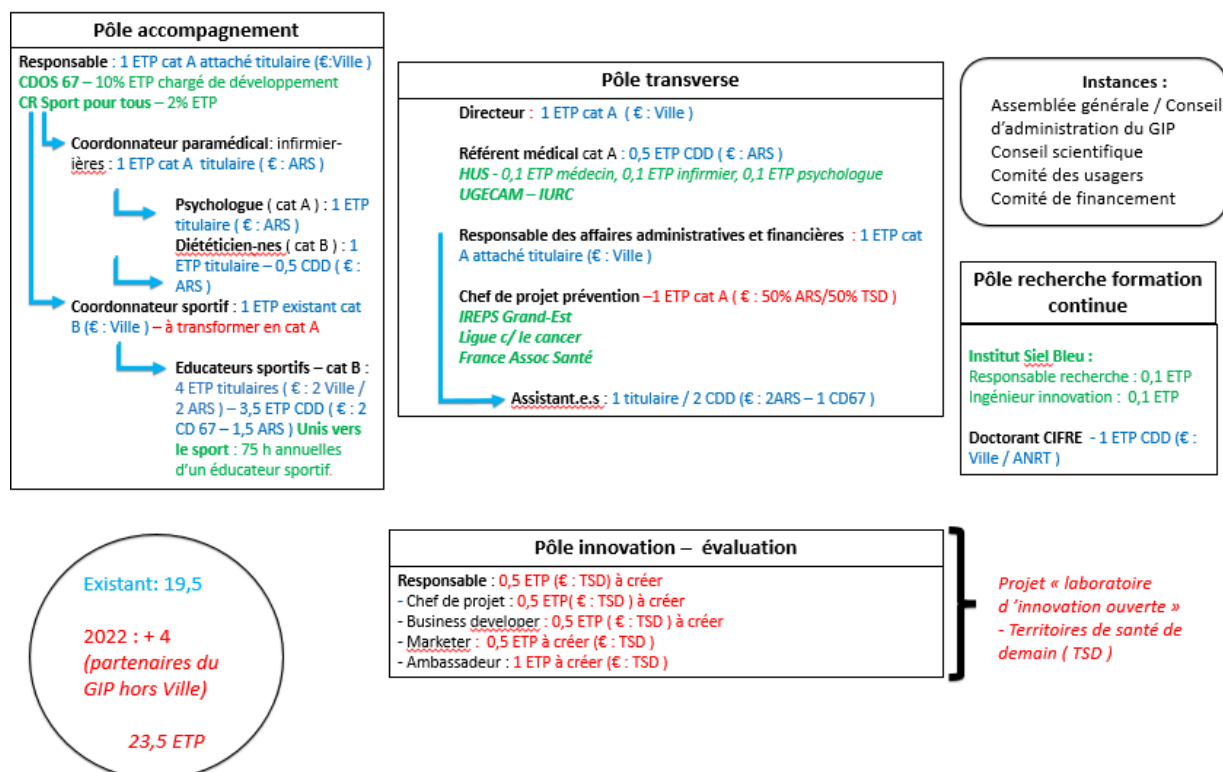


Illustration 53 - Organigramme cible de la Maison sport-santé³²⁸.

Meyer et Rowan (1977) explorent la manière dont les organigrammes peuvent jouer un rôle symbolique important dans les organisations. Ils montrent que ces derniers ont pour rôle, avant tout, de satisfaire les attentes des acteurs plutôt qu'être le reflet exact de l'exercice des fonctions au sein d'une structure.

Dans cet organigramme, les agents issus de la ville de Strasbourg ou de membres fondateurs sont présentés de la même manière. Cet affichage, à égalité, est un symbole de remerciement de l'implication des membres fondateurs dans l'action publique. Bourdieu (1979) parle de rétribution symbolique. Selon lui, cette dernière est liée au capital symbolique, qui est une reconnaissance ou un prestige obtenu au sein d'un groupe social. Cette rétribution symbolique, par l'apparition dans l'organigramme, repose sur la mise en œuvre d'une reconnaissance sociale devant les pairs et permet de valoriser un nouveau statut de l'institution dans la structure.

³²⁸ Ville et Eurométropole de Strasbourg. (2020). *Powerpoint de présentation des instances du GIP*. 25 septembre 2020.

Les processus de rétribution symbolique ne s'arrêtent pas là puisque les désignations des vice-présidents du GIP répondent également à ce mécanisme. En octroyant en effet une vice-présidence au conseil départemental et à l'UGECAM IURC, les entrepreneurs remercient les engagements de ces structures et leurs contributions, qui sont respectivement : une aide à l'investissement pour le projet immobilier du GIP et le portage d'emplois mis à disposition du GIP.

Le rôle de président du conseil scientifique est également significatif de ce processus symbolique de remerciement. Il est octroyé d'abord à un chercheur ayant travaillé à plusieurs reprises avec la Ville sur des questions de sport-santé mais pour favoriser un équilibre entre la faculté de médecine et des sports, il est également proposé à une médecin.

Pour ces acteurs qui se voient récompensés, cette rétribution symbolise leur engagement auprès de la Maison sport-santé et valorise leur action devant leurs pairs. Mais elle engage également une dépendance à l'égard des acteurs de la Maison sport-santé³²⁹. Pour les entrepreneurs-frontières, il s'agit de s'assurer que ces rétributions permettront de maintenir les acteurs auprès d'eux. Le président du GIP fait ainsi appel au co-président du conseil scientifique de la Maison sport-santé pour soutenir le projet de Maison sport-santé lors d'une réunion avec le comité des Bains concernant le projet immobilier (*annexe 19*) :

« L'élue : M. X pourriez-vous dire un mot sur le conseil scientifique ? »

Le président du conseil scientifique : [...] il y a un nombre élevé de pathologies. La collectivité met des moyens. C'est rarement la Ville qui s'implique ailleurs. [...] »

Extrait du comité de concertation des Bains municipaux, le 21 avril 2021.

L'élue en charge de la santé sollicite également, le 4 mars 2022 en assemblée générale du GIP, l'élue du département, vice-présidente du GIP, pour lui demander des financements supplémentaires alloués au sport-santé :

« L'élue : En accord avec Madame X je viens d'envoyer un mail à [Président du Département] pour trouver une solution aux 100 000 € de la CEA. J'ai bien sûr signé ce courrier politique. ».

Extrait de paroles de l'élue en charge de la santé, assemblée générale du GIP le 4 mars 2022.

³²⁹ À la condition de s'inscrire dans la dépendance à l'égard de l'acteur bureaucratique, des représentants locaux sont cooptés (Thoenig, Duran, 1996).

Encadré 38 - L'intégration d'une Maison sport-santé bas-rhinoise dans le GIP pour mieux contrôler son déploiement ?

Plusieurs Maisons sport-santé sont labellisées dans le Bas-Rhin sur différents territoires : Saint-Nabor, Strasbourg, Obernai, etc. À Strasbourg cependant, elles sont deux : l'une portée par le CEED (centre européen d'études du diabète) et l'autre par la Ville et l'Eurométropole de Strasbourg.

Lorsqu'ils ont connaissance de la labellisation d'une autre structure Maison sport-santé, au moment du premier appel à projet, les acteurs de la Maison sport-santé de Strasbourg sont surpris et voient cette labellisation comme une concurrence.³³⁰ La Maison sport-santé du CEED est labellisée, mais son action n'est pas identifiée, ni par les acteurs de la Maison sport-santé de Strasbourg, ni dans sa communication institutionnelle³³¹.

Afin de faciliter la coordination entre les structures bas-rhinoises, l'agence régionale de santé organise une réunion le 9 mars 2020. Selon la chargée de mission, il s'agit ainsi de : « mener une réflexion commune sur les projets, notamment voir leur articulation lorsqu'ils sont positionnés sur un même territoire ».³³² En effet pour les acteurs des Maisons sport-santé : « Cet « éparpillement » limite à la fois la cohérence globale des dispositifs, leur visibilité et les aides de l'État ».³³³

Les discussions portent principalement sur l'articulation entre les deux Maisons sport-santé situées à Strasbourg. Antérieurement déjà, la question de la coordination entre les deux structures s'était posée et un accord avait été trouvé afin que le dispositif PRECCOSS puisse se développer sur la Ville et l'Eurométropole de Strasbourg, laissant au réseau jeune du CEED, appelé REDOM, l'Eurométropole de Strasbourg³³⁴.

³³⁰ Ce vécu de Maisons sport-santé concurrentes se retrouve dans d'autres lieux où les Maisons sport-santé sont labellisées sur les mêmes territoires. Il révèle notamment que le sport-santé reste un domaine concurrentiel. Et ce notamment dans une temporalité où les financements publics qui y sont alloués sont faibles. Oualhaci, A. (2023). Maisons sport-santé : l'émergence et la structuration d'un nouvel instrument d'action publique, INJEP Notes & Rapport/Rapport d'étude. N°2023/05. <https://injep.fr/wp-content/uploads/2023/06/rapport-2023-05-Maisons-Sport-Sante.pdf>

³³¹ De 2019 à 2022 aucune information sur la Maison sport-santé du CEED n'est décrite sur le site de la structure.

³³² Blanc, P. (2020). *Réunion de coordination des Maisons sport-santé du 9 mars 2020*. Notes d'observation.

³³³ Extrait de la synthèse de l'atelier « Les conditions d'un environnement favorable au sport-santé », synthèse de la 5^e édition des assises nationales et européennes du sport-santé sur ordonnance, 10 et 11 octobre 2022.

³³⁴ Ville et Eurométropole de Strasbourg (2017). *Compte-rendu, délégation territoriale du Bas-Rhin de l'agence régionale de santé Grand Est, rencontre REDOM – Ville de Strasbourg*, 6 octobre 2017.

Lors de cette rencontre, en mars 2020, il s'agit d'ouvrir un nouvel espace de discussions autour de la place de chaque structure dans le parcours des bénéficiaires. Mais l'ARS reste neutre dans ces discussions : « *Les correspondants de la DT67 de l'ARS transmettent les coordonnées des 3 acteurs afin de faciliter les échanges. La DT67 pourra également intervenir éventuellement en appui des démarches engagées à la demande des acteurs. Un point de situation sur l'avancée des travaux sera demandé aux acteurs dans les prochaines semaines.* »³³⁵ Les acteurs de la Maison sport-santé de Strasbourg expriment une déception souvent rappelée par les acteurs du sport-santé au niveau local : celle d'une absence de régulation étatique des acteurs communaux (Honta, Haschar-Noé, 2011).

Une seconde rencontre, dite de concertation locale sur le projet de centre E-santé diabète, a lieu le 27 octobre 2020, nom donné à la Maison sport-santé du CEED.³³⁶ Elle réunit les membres du CEED, les HUS, le GIP Maison sport-santé, la Ville de Strasbourg et l'ARS dans sa délégation territoriale du Bas-Rhin. La réunion permet de poser la question de la coordination entre les Maisons sport-santé dans le cadre d'un parcours coordonné pour le diabète. Lors de cette rencontre, les représentants de la Ville de Strasbourg et du GIP proposent de renforcer leur collaboration avec le CEED, notamment en proposant au CEED de rejoindre le réseau du GIP.

Un nouveau pas est franchi en mars 2023 lors de l'assemblée générale du GIP, où le CEED demande à rejoindre le GIP en devenant membre adhérent. Au sein de sa lettre d'intention, en date du 22 février 2023 et signée du président, le CEED appuie sa demande d'adhésion par ses missions dédiées à la santé pour les personnes en situation d'obésité, de diabète et de maladies métaboliques. Sa lettre lui permet de justifier d'abord de la nécessité des actions portées par le CEED et sa Maison sport-santé mais également de sa volonté d'intégrer le GIP afin de : « *contribuer aux actions de promotion de la santé par l'activité physique sur le territoire strasbourgeois* ». Dans ses contributions, le CEED propose la mise à disposition de la MSS de HautePierre, d'une surface de 150 m².

La Maison sport-santé de Strasbourg et celle du CEED trouvent toutes deux un intérêt à cette adhésion. Pour le CEED, il s'agit d'intégrer l'action publique locale. Pour la Maison sport-santé de Strasbourg, cette adhésion renforce une position de coordination des dispositifs locaux de sport-santé.

³³⁵ Blanc, P. (2020). *Compte-rendu, délégation territoriale du Bas-Rhin de l'agence régionale de santé Grand Est, réunion de concertation locale sur le projet de centre e santé Diabète, visio-conférence.* 27 octobre 2020.

³³⁶ Blanc, P. (2020). *Compte-rendu, délégation territoriale du Bas-Rhin de l'agence régionale de santé Grand Est, réunion de concertation locale sur le projet de centre e santé Diabète, visio-conférence.* 27 octobre 2020.

Bourdieu (1989) soutient ainsi que l'intégration des acteurs aux organisations, dans son exemple les grandes écoles, permet de mieux contrôler les comportements des acteurs, notamment du fait de la création de réseaux.

Les entrepreneurs-frontières, en maîtrisant les zones d'incertitude, peuvent contrôler ou influencer l'action publique locale. Ce pouvoir de contrôle ne se diffuse pas qu'aux entrepreneurs-frontières, il touche également d'autres acteurs capables d'interagir au plus près du déploiement des dispositifs : ce sont les agents de la structure.

B. Les agents, décideurs de l'action publique locale : l'exemple de la réforme du parcours sport-santé

D'autres acteurs jouent un rôle particulier dans l'action publique locale, ce sont les agents de la Maison sport-santé. Alors que les institutions du GIP décident des orientations dans les instances, ce sont eux qui dans l'application de l'action publique locale peuvent s'adonner aux interprétations des réformes. Le rôle des agents administratifs de base est important dans la mise en œuvre de politiques publiques, car s'ils ont en effet une marge de manœuvre limitée par les cadres institutionnels, certaines règles sont suffisamment floues et peuvent faire l'objet de leur interprétation, ce sont également des zones d'incertitude (Crozier et Friedberg, 1977). Les politiques publiques sont ainsi le produit de la chaîne de Street Level Bureaucracy (Lipsky, 1980) où les agents sont à l'interface entre l'État et les usagers et interprètent l'action publique de manière discrétionnaire. Pour illustrer ce pouvoir des agents, nous prendrons l'exemple de la réforme du parcours de sport-santé.

La démarche « *construire ensemble la Maison sport-santé* » de design actif, menée entre 2020 et 2022, porte notamment le projet d'une réforme du parcours de sport-santé. Cette réforme fait l'objet de plusieurs ateliers participatifs avec les acteurs du groupement d'intérêt public, institutionnels, bénéficiaires et agents.

Votée en 2022, la réforme fait l'objet d'un avis préalable du conseil des usagers (annexe 20) :

« Le comité des usagers émet un avis favorable à la refonte du parcours permettant une adaptation en fonction des besoins, à l'accès à un plus grand nombre de bénéficiaires. Par ailleurs le comité émet une alerte : Si l'ouverture à plus de pathologies, plus de bénéficiaires est favorable dans un contexte financier contraint, nous souhaitons qu'une attention particulière soit portée, afin que ces évolutions ne se fassent pas au détriment de la qualité de la prise en charge. L'accompagnement individuel demande du temps, l'activité doit pouvoir se poursuivre en petits effectifs, la prise en charge des bénéficiaires présentant des pathologies n'est pas juste celle du corps, mais aussi du cœur et de l'esprit. Cela doit rester au centre du dispositif. »

Avis relatif à la refonte du parcours « sport-santé sur ordonnance », le 21 février 2022.

Cependant, l'application du parcours, tel que modifié, n'interviendra pas dans les conditions de son vote par les institutions puisque rapidement une réforme du parcours Prescirmouv, au niveau régional, imposera aux équipes de la Maison sport-santé une modification du parcours.

Mais le parcours de sport-santé reste largement interprété au niveau des éducateurs sportifs, lesquels sont les plus à même de définir par exemple si des bénéficiaires peuvent entrer dans le dispositif, malgré des critères décidés dans les instances du GIP. Certains critères donnés par le conseil scientifique, concernant la non-inclusion de bénéficiaires en situation d'obésité morbide par exemple, sont défiés par les éducateurs sportifs. Ces derniers décident par exemple d'inclure quand même ces bénéficiaires. Parfois même, les instances du GIP ne sont pas au courant de ces interprétations des agents du GIP. Ils sont aussi les plus à même de prolonger les parcours des bénéficiaires malgré des orientations qui les poussent à l'inverse.

Les agents de la Maison sport-santé montrent ainsi qu'ils sont en partie décisionnaires de l'action publique locale. S'ils rendent compte à travers un rapport d'activité annuel de leurs actions au sein du GIP, ils prennent aussi dans l'exercice de leurs missions des interprétations quant aux décisions institutionnelles. Ce sont ces pas de côté qui participent à la modulation de l'action publique locale telle que définie par les institutions du GIP et constituent entre autres des règles informelles de l'action publique locale.

Dubois (1999), en s'intéressant à la relation entre les agents de l'action publique et les usagers, montre ainsi que, si les agents ne sont pas décideurs des politiques publiques, ils disposent d'une marge de manœuvre importante dans leur application et se positionnent ainsi en médiateurs entre l'État et les citoyens.

Mais tous les agents à la Maison sport-santé n'ont pas les mêmes formes de pouvoir. Si les agents de la direction collégiale contrôlent en partie les instances du GIP, ce ne sont pas eux qui exercent un pouvoir au plus près des bénéficiaires, à l'inverse des éducateurs sportifs. C'est ainsi qu'à plusieurs reprises, les agents de base de la Maison sport-santé interprètent les décisions des instances de la Maison sport-santé.

Conclusion du chapitre 2

À travers l'étude du discours des acteurs, ce chapitre analyse un schéma complexe de construction de l'action publique locale par les acteurs de la Maison sport-santé. Les prises de décisions au sein du GIP répondent à des processus évolutifs et dynamiques. Plusieurs schémas de décisions coexistent (Hassenteufel, 2011) et chaque décision met en place différentes configurations d'acteurs (Elias, 1981) et des systèmes de relations. Nous utiliserons le concept d'idéal-type pour les définir (Weber, 1965). En effet, ce concept nous permet de construire des modèles conceptuels pour mieux décrire les phénomènes sociaux en dégagant des logiques de l'action publique locale.

L'écriture de l'organisation formelle de la Maison sport-santé répond à un processus décisionnel descendant où les instances du GIP ne sont que des « *chambres d'enregistrement* » (figure 13). C'est le premier idéal-type que nous définirons. Peu informées des coulisses de l'action publique, les institutions du GIP ne sont pas en mesure de se prononcer sur les décisions du GIP et prennent peu la parole dans les instances délibératives. Ces ressources, inégales, peuvent être de plusieurs ordres, par exemple : une compétence particulière, la maîtrise de l'information concernant l'organisation, le contrôle de la communication et des informations internes, la connaissance des règles de fonctionnement (Crozier, Friedberg, 1977)³³⁷. Nous le verrons plus précisément dans le cadre de l'organisation du comité des usagers (Partie 2 chapitre 3). Ce schéma se retrouve dans le cadre de l'écriture de la convention constitutive de la Maison sport-santé (figure 13).

³³⁷ Crozier définit quatre types de pouvoir, ce sont les compétences particulières, les contacts particuliers avec l'extérieur ainsi que les deux pouvoirs susnommés : la rétention volontaire de certaines informations et la maîtrise des règles organisationnelles. (Crozier, 1963).

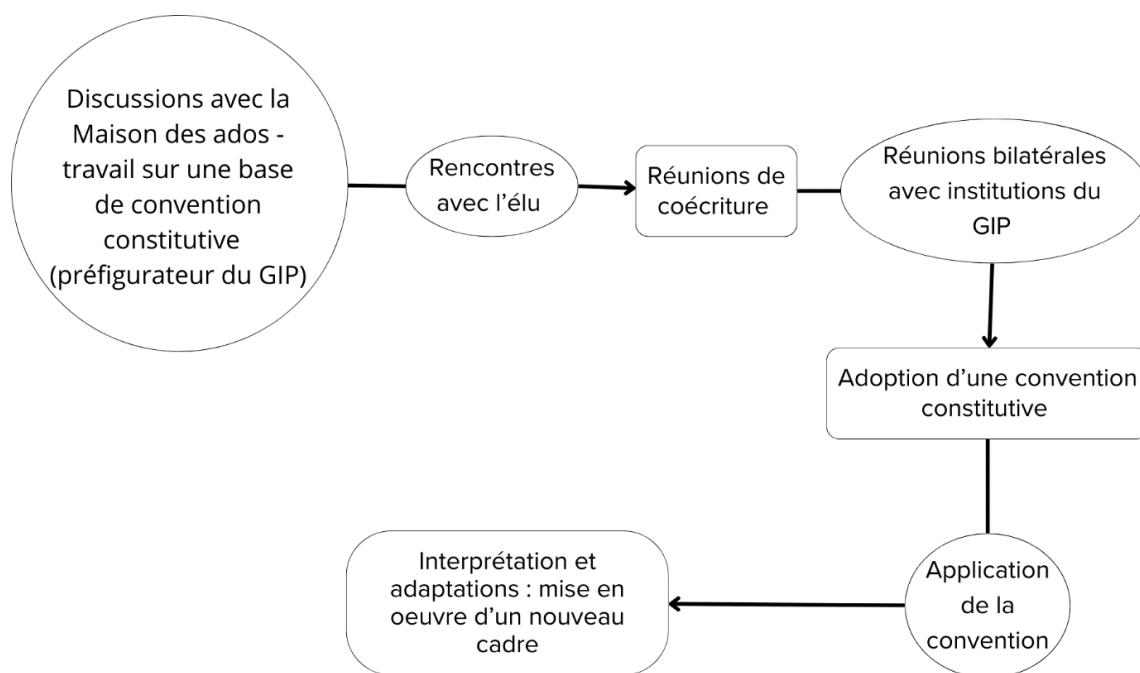


Figure 13 - Schéma du processus de décision dans le cadre de l'écriture de la convention constitutive du GIP (Blanc, P).

Mais l'analyse du discours des acteurs laisse entendre qu'il existe d'autres idéaux-types et nous permet de confirmer l'hypothèse selon laquelle l'action publique se définit majoritairement autour d'une organisation informelle ou gouvernement des couloirs (Crozier, 1963), où les acteurs sont amenés à avoir des conflits et à s'entendre autour de compromis. Ces conflits, alliances et compromis, définissent l'arène publique (Cefaï, 1996).

La régulation des interactions entre les acteurs de la Maison sport-santé suppose une organisation informelle malléable, où les acteurs se confrontent dans une régulation conjointe (Reynaud, 1997). L'étude de différents conflits au sein de la Maison sport-santé nous a montré que les acteurs coopèrent dans la résolution de problèmes et s'ajustent. Les normes et les règles sont ainsi évolutives selon les interactions et les compromis entre les partis. C'est le cas notamment dans le cadre de détermination de la feuille de route « *prévention primaire* » de la Maison sport-santé où le processus donne lieu à des interactions, des négociations et des adaptations des règles de l'organisation.

Cette régulation conjointe est permise par l'existence de zones d'incertitudes (Crozier et Friedberg, 1977) que certains acteurs savent manier. En effet, l'étude du processus décisionnel de la Maison sport-santé nous démontre que le pouvoir au sein de la Maison sport-santé est inégalement détenu. Certains acteurs exercent une action particulière dans l'action publique locale, ce sont les entrepreneurs de cause (Callon, 1986).

Par leur multipositionnement dans différentes sphères sociales, ils amènent des acteurs ou institutions à rejoindre l'action publique locale. Ils occupent une place particulière dans l'action publique (Crozier, Friedberg, 1977). Ils ont ainsi la possibilité de capter et de mobiliser des ressources à différentes échelles de l'action publique et auprès des acteurs publics et privés, individuels et collectifs (Honta, Haschar-Noé, 2011). C'est le cas par exemple de l'élue en charge de la santé.

Les agents de la Maison sport-santé sont également porteurs d'un rôle particulier dans l'action publique locale (Lipsky, 1980. Dubois, 1999). Ils participent à la définition de l'action publique locale. Ils agissent comme « *marginal sécant* » (Friedberg, 1997) et font ainsi évoluer les règles en les transgressant³³⁸. Dans le cadre de l'étude du processus décisionnel de la réforme du sport-santé, on voit le poids particulier exercé par certains agents de base de la Maison sport-santé, lesquels appliquent l'action publique locale (*figure 14*).

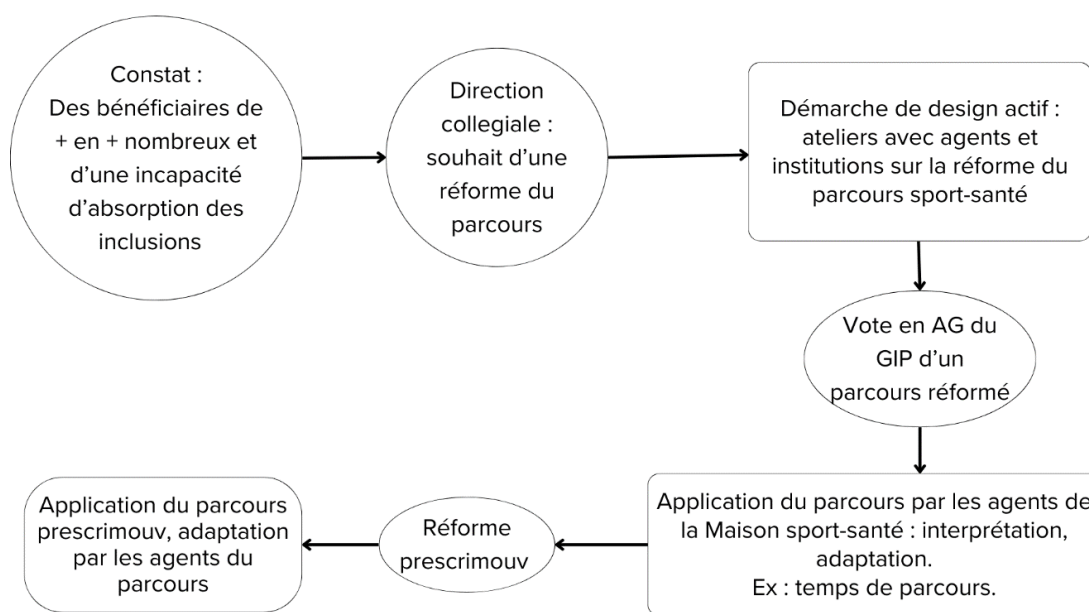


Figure 14 - Schéma du processus de décision dans le cadre de la réforme du parcours sport-santé (Blanc, P.)

³³⁸ Le marginal sécant est « un acteur qui est partie prenante dans plusieurs systèmes d'action en relation les uns avec les autres et qui peut, de ce fait, jouer un rôle indispensable d'intermédiaire et d'interprète entre des logiques d'actions différentes, voire contradictoires. ». Crozier, M. Friedberg, E. (1977). *L'acteur et le système*, Paris, Seuil.

On retrouve également ce schéma dans le processus décisionnel de prise en charge des bénéficiaires dont l'IMC est supérieur à 35 (*figure 15*). Tandis que le conseil scientifique de la Maison sport-santé a décidé d'un processus, on voit que les agents parviennent à contourner les règles formelles de l'organisation.

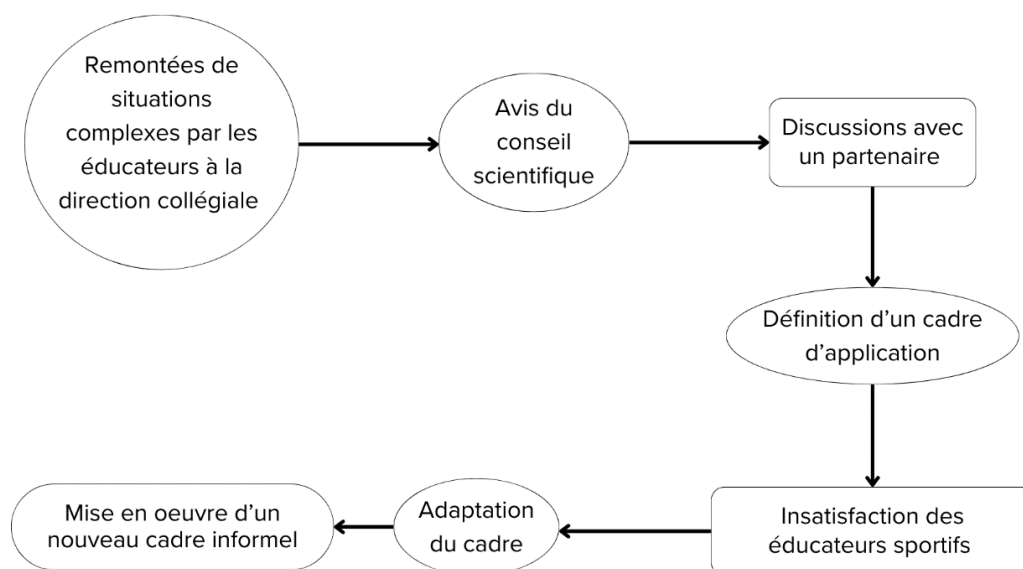


Figure 15 - Schéma du processus de décision dans le cadre de l'inclusion de bénéficiaires dont l'IMC > 35 (Blanc, P.)

L'étude des processus de décisions montre également que les interactions des acteurs ne sont pas neutres des valeurs et principes qui leur permettent d'agir et de justifier leur action (Tournay, 2005). Les acteurs sont stratégiques pour eux-mêmes et leurs institutions, mais agissent aussi par opportunisme ou selon une socialisation antérieure (Bourdieu, 1979). Cela nous pousse à dépasser le modèle de système d'action concret qui considère les acteurs uniquement comme stratégiques (Crozier, Friedberg, 1977). C'est un parcours souvent commun dans le domaine du sport-santé qui caractérise l'engagement des acteurs au sein de la Maison sport-santé. La rationalité de chaque acteur au sein de la Maison sport-santé est donc à appréhender en fonction des valeurs qui induisent ses actions (Boltanski, Thévenot, 1991. Bourdieu, 1979).

Par ces idéaux-types de processus décisionnels, nous avons vu qu'au sein de la Maison sport-santé, les acteurs forment différentes configurations au sens de Norbert Elias (1981). Ces configurations s'organisent notamment par la négociation autour de processus d'organisation formelle et par la mise en place de règles informelles (*Figure 16*).

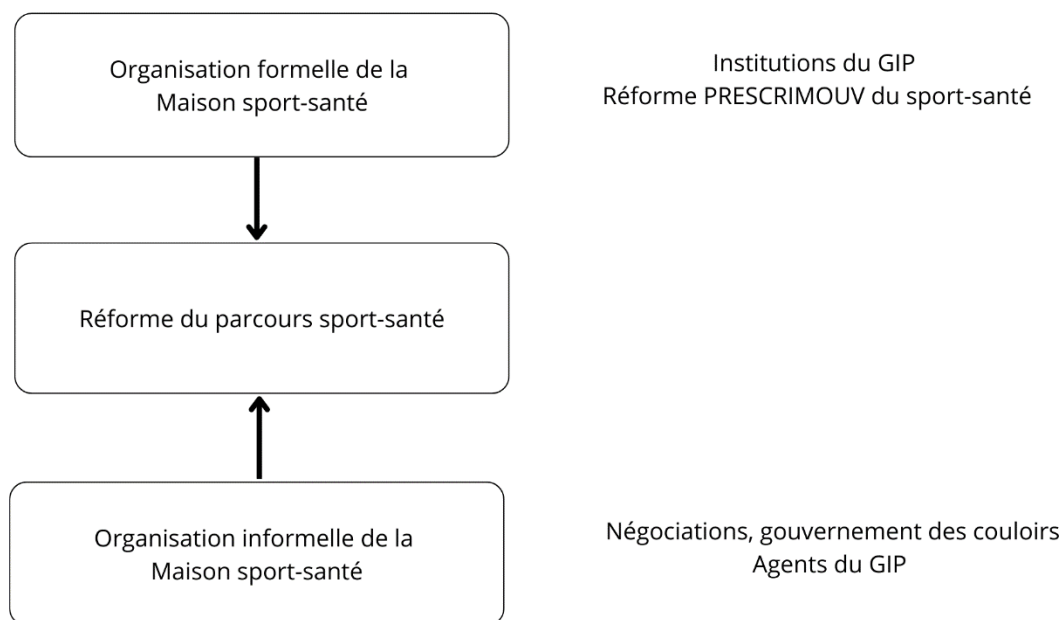


Figure 16 - Schéma du processus de régulation conjointe lors de la réforme du parcours sport-santé (Blanc, P.).

Les acteurs opèrent donc des compromis pour mieux résoudre leurs conflits. Les interactions, sur lesquelles repose et s'est construite la Maison sport-santé, relèvent ainsi de processus, de cristallisations temporaires et de relations de dépendance réciproques.

Chapitre 3 : La Maison sport-santé de Strasbourg, instrument de démocratie en sport-santé ?

Introduction du chapitre 3

Le précédent chapitre nous a permis d'étudier l'arène de l'action publique et l'engagement des acteurs de la Maison sport-santé. Il convient à présent de porter une attention particulière à des catégories d'acteurs de l'action publique locale : les patients, bénéficiaires et usagers. Dans ce chapitre, il s'agira ainsi de vérifier en quoi la Maison sport-santé de Strasbourg répond ou non aux principes d'une « *démocratie en sport-santé* » et de l'intégration de la parole des usagers. Notre analyse s'appuiera notamment sur une étude comparée des processus de démocratie en sport-santé et en démocratie sanitaire.

C'est depuis les années 1980 que la mobilisation de patients, notamment autour de la lutte contre le sida, instaure un changement dans les modalités de participation des usagers dans le contexte hospitalier. Des associations de malades se saisissent de questions qui étaient jusqu'alors réservées au pouvoir médical (Halpern, 2021). Halpern montre ainsi que ces associations développent de nouvelles formes d'expertises notamment dans le domaine de l'accès aux traitements ou encore de la recherche clinique. C'est en voulant définir les militants de la lutte contre le sida aux États-Unis qu'Epstein (1995) délimite le concept « d'expertise profane ». L'auteur définit l'expert profane comme un individu non-professionnel qui a acquis des connaissances dans un domaine et notamment dans le contexte de la lutte contre le SIDA. Ces experts profanes du SIDA sont des patients qui tirent profit de leurs expériences personnelles pour développer des compétences leur permettant de participer aux débats scientifiques et médicaux. Plus récemment, les auteurs définissent la notion d'expertise profane, lorsque des « profanes » (parents, malades, etc.) remettent en cause l'autorité des savoirs de la recherche et deviennent spécialistes de sujets les concernant (Salman, Topcu, 2015). L'expertise profane a fait l'objet d'une nouvelle appropriation par les institutions, tenues par un « *impératif participatif* » (Blondiaux, Sintomer, 2002) afin de redonner une légitimité à l'expertise institutionnelle. Ainsi, dès 1991, la loi portant sur la réforme hospitalière met en place le droit des patients dans le code de la santé publique³³⁹. Par l'ensemble de ces lois et mobilisations, le patient prend une place de plus en plus importante.

³³⁹ La Loi n° 91-748 portant réforme hospitalière du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière met en effet en œuvre dans le Code de la santé publique les droits des patients.

Le terme de démocratie sanitaire apparaît plus tardivement lors des États généraux de la santé en 1998-1999 et sera consacré par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. La démocratie en santé renvoie à « *une organisation de la société reconnaissant le droit de chacun à connaître, décider et agir pour sa santé et la protection de la santé publique* » (Tabuteau, 2016). L'appellation « *démocratie sanitaire* » ou « *démocratie en santé* » est évoquée uniquement sur le territoire français (Freyne, 2023). Dans d'autres pays, c'est plutôt le lexique du management qui intervient : on parle alors de « *gouvernance participative* » ou encore de « *participation sociale* ». Cependant, ces termes désignent les mêmes notions : la manière d'inclure les personnes au sein de l'action publique afin qu'elles puissent faire part de leur savoir et de leur expérience (Freyne, 2023). Nous parlerons ici de démocratie en santé ou de participation des usagers.

Dans le soin, la démocratie sanitaire est justifiée par la nécessité d'améliorer la qualité des soins et de réduction des inégalités sociales de santé. Elle peut en effet contribuer à une meilleure équité en santé en s'attachant à faire entendre la voix des populations marginalisées (Abelson et al., 2003). La représentation des usagers dans les instances de santé publique, hospitalières ou non, leur permet de participer, par l'intermédiaire de ces représentant-e-s, à l'élaboration des politiques de santé ou au fonctionnement des établissements de santé. Pour qu'ils puissent jouer pleinement leur rôle et faire remonter les besoins des usagers³⁴⁰, les représentants bénéficient d'informations, de formations et de l'appui de regroupements interassociatifs soutenus par les pouvoirs publics. Le représentant des usagers est le porteur de la parole des usagers dans les commissions et instances dans lesquelles il a été mandaté et lors de débats publics.

Le champ de la santé déploie également le concept de patient-expert. Cette notion emprunte à celle d'expertise profane, que nous avons définie, la croyance dans des savoirs issus de l'expérience d'une personne malade (Rusch, Aubry, Denis, 2023). Différentes notions émanent du patient-expert : on parle d'expert profane, de patient ou d'utilisateur expert, de représentant des usagers, de pair-aidance, etc., mais recouvrent la même idée : celle de la reconnaissance de savoirs liés à l'expérience.

³⁴⁰ Buffet et al. (2014). Mise en place d'un comité de représentants des usagers dans une maison de santé pluridisciplinaire : Constats, limites et perspectives. *Santé Publique*, 26, 433-441 : le souhait des usagers est souvent d'être un lien entre les usagers d'une maison de santé pluridisciplinaire et l'équipe des professionnels de santé avec le vœu d'une ouverture réciproque : faire remonter les doléances, mais aussi rendre compte des actions menées.

Le savoir expérientiel peut ainsi être défini comme « *les savoirs du patient, issus du vécu de ses problèmes de santé ou psychosociaux, de son expérience et de sa connaissance de la trajectoire de soins et services, ainsi que des répercussions de ces problèmes sur sa vie personnelle et celle de ses proches* » (Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la santé de l'Université de Montréal, 2013).

En dehors du milieu sanitaire, les processus d'intégration de la parole des usagers portent le nom de démocratie participative. Ils ont l'objectif d'une meilleure efficacité des services aux usagers afin qu'ils répondent mieux aux besoins des populations. La participation citoyenne permet ainsi, en intégrant les usagers dès l'élaboration des politiques publiques, de mieux répondre à leurs besoins (Slocum et al., 2003).

Au sein des Maisons sport-santé, nous verrons que la participation des usagers est posée comme principe porteur des structures à travers le cahier des charges de l'appel à projet national. Avant la structuration de la Maison sport-santé de Strasbourg, la participation des usagers s'organisait autour d'une prise en compte limitée de leur parole à travers des événements comme les assises européennes du sport-santé. La structuration de la Maison sport-santé engage un nouveau mouvement d'intégration de leur parole à travers la constitution du comité des usagers et l'adhésion de l'association France Assos Santé au GIP Maison sport-santé comme membre fondateur. Nous qualifierons ces processus de « *démocratie en sport-santé* ».

Cependant, l'organisation de la parole des usagers au sein de la structure pose également des questions. La première question porte sur l'organisation de la parole des usagers : faut-il une forme associative au comité des usagers ou non ? L'apport d'une expertise profane est-elle acceptée par les acteurs institutionnels de la Maison sport-santé ?

Par ailleurs, quels sont les parcours des usagers de la Maison sport-santé amenés à devenir représentants des usagers ? Que mobilisent-ils dans cet exercice et quels intérêts portent-ils ? Nous répondrons à ces questions à partir de la notion de patient expert. L'expert est entendu comme celui qui mobilise, réunit ou produit des connaissances nécessaires à la décision (Tabuteau, 2009).

« *C'est compliqué de faire vivre les instances de démocratie sanitaire.* »

Paroles du préfigurateur de la Maison sport-santé de Strasbourg lors de la réunion de travail autour de la gouvernance de la Maison sport-santé, le 5 mars 2019.

En effet, bien que des actions se développent à travers l'installation notamment de représentants des usagers, nous verrons que la mise en œuvre de tels dispositifs de représentation des usagers de la Maison sport-santé a des limites.

I. Du cadre national à la définition des instances des usagers de la Maison sport-santé de Strasbourg

L'intégration de la parole des usagers au sein des Maisons sport-santé est définie comme objectif de leur structuration au niveau national. Quels sont ces objectifs nationaux de participation des usagers et comment sont-ils appréhendés par les acteurs locaux de la Maison sport-santé ? Les acteurs de la Maison sport-santé parlent de bénéficiaires, patients, usagers, malades ; qui sont ces différents acteurs ?

A. La participation des usagers au sein des Maisons sport-santé : mise en œuvre d'un objectif national et appréhension par les acteurs locaux

Le cahier des charges de l'appel à projet national des Maisons sport-santé porte un article dédié à l'intégration de la parole des usagers nommé « *parole des usagers* ». Il prévoit différentes modalités de participation des usagers que nous distinguons en deux niveaux : le premier est celui de l'évaluation des activités mises en place à travers le déploiement d'un questionnaire de satisfaction. Nous nuancerons ici, puisque les questionnaires de satisfaction et sondages ne peuvent être qualifiés de processus de démocratie participative, car ils ne permettent pas un débat argumenté, ce qu'exige pourtant une telle démarche (Jouanno, 2023). Le second niveau est la mise en œuvre d'un comité des usagers, sans que soit déterminé son rôle et sa forme.

Encadré 39 - Extrait du cahier des charges de l'appel à projet des Maisons sport-santé concernant la participation des usagers

« 3.2 Participation des usagers

La « Maison sport-santé » doit mettre en place un mécanisme permettant d'associer les usagers à l'évaluation des activités mises en place (mise en réseau, information, définition et mise en œuvre du programme sport-santé personnalisé) et à l'ajustement de l'offre. Afin de prendre en compte leurs avis, elle organise le recueil des besoins exprimés au travers du questionnaire standard joint en annexe 2. La participation des usagers peut se structurer jusqu'à la mise en place d'un comité des usagers.

Pour les Maisons sport-santé qui seront présentes dans les territoires concernés par la politique de la ville, elles pourront utilement s'appuyer sur les conseils citoyens. Des références et outils méthodologiques pourront être proposés dans la boîte à outils pour soutenir et favoriser les démarches participatives de suivi en lien avec les usagers et habitants. »³⁴¹

L'engagement d'intégrer les usagers à la structuration des Maisons sport-santé est également rappelé dans des termes communs au cahier des charges national des Maisons sport-santé au sein du décret de mars 2022 portant sur l'habilitation des Maisons sport-santé³⁴².

« 3.4 - Participation des usagers

La Maison sport-santé associe les usagers à l'évaluation des activités mises en place (mise en réseau, information, définition et mise en œuvre du programme sport-santé personnalisé) et à l'ajustement de l'offre. Afin de prendre en compte leurs avis, elle organise le recueil des besoins exprimés.

La participation des usagers peut se structurer jusqu'à la mise en place d'un comité des usagers.

La Maison sport-santé présente dans les territoires concernés par la politique de la ville peut s'appuyer sur les conseils citoyens. »

Ces différents niveaux de participation inscrits dans l'article 3.2 du cahier des charges de l'appel à projet des Maisons sport-santé rappellent les classifications des processus de démocratie participative qui coexistent, et que nous étudierons par la suite.

Si lors des différents groupes de travail en 2019 d'élaboration du 1^{er} appel à projet des Maisons sport-santé, la chargée de mission du ministère des Sports rappelle que « *La présence d'un comité est essentielle* » (réunion du groupe de travail national d'élaboration du cahier des charges des Maisons sport-santé, 18 avril 2019) : la mise en œuvre d'un tel comité est peu fréquente au sein des structures³⁴³.

³⁴¹ Ministère des sports, Ministères des solidarités et de la santé. (2021). *Cahier des charges de l'appel à projet des Maisons sport-santé*.

³⁴² Décret n°2023-170 du 8 mars 2023 relatif à l'habilitation des Maisons sport-santé. <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2023/3/8/SPOV2234816D/jo/texte>

³⁴³ Une recherche documentaire sur internet cherchant l'existence de comités des usagers, en mars 2024, ne nous a pas permis d'en identifier.

Mais les acteurs de la Maison sport-santé de Strasbourg appréhendent également cet enjeu d'intégration des bénéficiaires au sein des instances. Ils y trouvent d'abord des intérêts pour l'action publique :

« C'est hyper important d'avoir un petit peu des retours des usagers parce que c'est eux qui, finalement, sont les bénéficiaires ultimes en fait. C'est la cible ultime de la Maison sport-santé, quoi. Donc, je pense qu'il y a un niveau de... de satisfaction et de... voilà de retour à prendre en compte quoi ! »

Entretien avec un chargé de mission du Département du Bas-Rhin, 2 mars 2021.

Ainsi, aux débuts de la structuration de la Maison sport-santé, les acteurs voient à travers la participation des usagers l'objectif d'une co-construction³⁴⁴ de l'action publique avec les principaux intéressés :

« Euh, ouais je pense c'est important quand même de voir, écouter ce qu'ils ont à dire pour pouvoir construire de la meilleur façon possible les choses. Parce qu'après, je pense que dans la construction, c'est plus dans l'évolution, les ajustements que là on va devoir un peu plus regarder auprès de nos bénéficiaires. C'est dans l'ajustement que ça va être plus intéressant, parce que du coup ça nous permettra peut-être de modifier et proposer d'autres choses auxquelles on n'avait pas pensé. »

Entretien avec l'infirmière coordinatrice de la Maison sport-santé, 1^{er} mars 2021

L'ambition est celle d'un enrichissement de la construction de l'instrument, mais aussi d'un ajustement des dispositifs et des outils d'accompagnement proposés aux usagers, rejoignant ainsi les principes d'efficience de la démocratie participative :

« Finalement, nous on propose des choses pour eux, tu vois, mais c'est comme ce que je te disais avant, on ne peut pas être à leur place. C'est eux qui vivent le truc et du coup il y a des choses... nous on l'imagine parce que c'est avec nos filtres du sport et de la santé, mais peut-être que pour eux c'est pas du tout cohérent ou viable ou faisable, donc non je pense que laisser la parole aux principaux intéressés c'est bien aussi. »

Entretien avec une chargée de mission de la Fédération Française Sport Pour Tous, 25 février 2021.

³⁴⁴ Cet objectif de co-construction est évoqué lors de la réunion constitutive du GIP, le 26 mars 2019. Il est demandé de l'ajouter au préambule de la convention constitutive du GIP.

Le directeur du GIP évoque attendre de l'intégration des bénéficiaires dans la structure une volonté de « titiller » le projet de Maison sport-santé :

« Les bénéficiaires doivent pimper la Maison sport-santé [...] Ils doivent titiller le projet de MSS ».

Directeur de la Maison sport-santé, réunion des bénéficiaires, 16 septembre 2020.

Issue d'un champ lexical familial, cette notion de « titiller » sous-entend que le directeur de la Maison sport-santé attend des bénéficiaires de « susciter une irritation ou un agacement léger, mais persistant. »³⁴⁵. Leurs contributions auraient ainsi pour objectif de questionner, voire critiquer, la Maison sport-santé. Nous verrons cependant dans l'analyse du discours des acteurs que cette volonté fait l'objet de controverses. Il s'agit ici d'un discours du directeur de la Maison sport-santé visant à recruter des bénéficiaires pour le comité des usagers, en suggérant que les missions de ce comité sont ouvertes à une large participation.

L'intégration de la parole des usagers au sein de la Maison sport-santé de Strasbourg est orientée par la connaissance des acteurs d'expériences précédentes de recueil de la parole. Pour les acteurs institutionnels du secteur sanitaire, intégrer la parole des bénéficiaires répondrait ainsi à une forme d'injonction :

« On peut plus faire de la santé sans les représentants des usagers »

Entretien avec un représentant de l'ARS Grand Est, 23 juillet 2020.

Les acteurs s'appuient sur leurs connaissances antérieures de l'ETP pour valoriser la nécessité d'une démarche de démocratie sanitaire. En effet, plusieurs institutions portent des programmes d'ETP et le programme PRECCOSS est lui-même labellisé ETP.

« C'est l'ETP qui m'a vraiment ouvert à ça... [...] finalement qu'on ne devrait jamais construire un atelier ou un programme sans patient, parce qu'en fait ça leur est destiné à eux et qui mieux qu'eux peuvent nous dire si c'est pertinent ou pas, si ça leur parle ou pas... J'ai fait des formations avec d'autres gens et comme je disais... c'est vrai je me suis rendu compte que c'étaient des gens avec d'autres points de vue et que ça pouvait être intéressant... »

Entretien avec la médecin référente de la Maison sport-santé, 1^{er} mars 2021.

³⁴⁵ Site internet : <https://www.lalanguefrancaise.com/>

L'éducation thérapeutique du patient suggère ainsi que l'« *on ne peut plus soigner sans éduquer* » (D'Ivernois, Gagnayre, 2016). Selon l'OMS-Europe (1996) elle « *vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Ceci a pour but de les aider, ainsi que leurs familles, à comprendre leur maladie et leur traitement, à collaborer ensemble et à assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge, dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie.* » L'éducation thérapeutique du patient s'appuie sur la participation du patient à son parcours de soins, mais également sur un partenariat entre le patient et le professionnel de santé afin que ce dernier joue un rôle central dans son parcours de soin (Lucidarme et al., 2023).

Du côté des professionnels du sport et de la santé comme des usagers, chacun se réapproprie les principes de l'ETP en jugeant qu'il y a un intérêt à associer les bénéficiaires aux décisions et au fonctionnement de la Maison sport-santé, afin de mieux répondre aux besoins et aux attentes des usagers, mais aussi à une nécessité de comprendre sa pathologie :

« J'estime que c'est important parce qu'il y a la voix de chacun, l'expérience de chacun et l'expérience n'a pas forcément été bonne ou ressentie de la même façon par une personne qu'une autre. Selon les pathologies, chacun peut le vivre différemment et c'est bon à savoir pour les prochains qui arrivent...Parce que les pathologies resteront les mêmes, mais les échos des gens peuvent être différents... Donc c'est bien de les faire remonter. »

Entretien avec un membre du comité des usagers de la Maison sport-santé, 19 mai 2021.

Encadré 40 - Définition de l'éducation thérapeutique du patient d'après une chargée de mission de l'ARS

« Dans une démarche d'éducation thérapeutique un patient va travailler ce qui est de ses représentations de la maladie, de ses croyances, etc... ça c'est une grande partie à mon sens de l'éducation thérapeutique pour avancer, admettre sa maladie et se prendre en main, il y a tout ce qui est des connaissances à avoir, la maladie c'est quoi exactement, le traitement à quoi il sert et donc ça contribue à ce que le patient suive correctement son traitement. »

Entretien avec la chargée de mission de l'Agence régionale de Santé, 26 janvier 2021

Les acteurs rapprochent ainsi le concept de démocratie participative au sein de la Maison sport-santé de Strasbourg aux notions et catégories qu'ils connaissent et déploient dans leurs institutions et notamment à l'hôpital : éducation thérapeutique du patient, mais également patient-expert.

« Cela fait environ 7 ans que les patients-experts existent en rhumatologie ».

Parole d'une docteure des HUS lors de la réunion formation-recherche de la Maison sport santé le 27 septembre 2019.

La notion de patient expert fait l'objet d'une forte réappropriation par les acteurs institutionnels de la Maison sport-santé de Strasbourg, en dehors également du secteur de la santé. Le développement de ces patients-experts devient un objectif de développement d'une parole des usagers au sein de la structure, mais nous verrons cependant qu'il est limité.

Le principe d'intégration des usagers au sein de la Maison sport-santé semble ainsi faire consensus entre les acteurs. De manière générale, cela rejoint un changement de paradigme de l'action publique locale qui demanderait que celle-ci fasse l'objet, tout comme les institutions, d'une plus grande démocratisation (Papadopoulos, 2000). Cependant, le caractère multiple des principes de la démocratie sanitaire et de la participation des usagers implique qu'il n'y a pas une unique définition et mise en œuvre de tels processus de démocratie du sport-santé. Si les acteurs qualifient d'« essentielle », l'intégration de la parole des usagers, cette dernière fait malgré tout l'objet de débats et amène à questionner sa mise en œuvre effective, comme l'exprime le compte-rendu des échanges d'une réunion d'écriture de la convention constitutive du GIP :

« La parole des usagers est essentielle, il est nécessaire de maintenir un dialogue permanent avec eux, reste cependant à définir la manière dont sera recueillie cette parole : faut-il des associations représentatives des usagers qui véhiculent leur parole (associations agréées par l'ARS plus légitimes) ? Faut-il recueillir la parole des usagers et la déposer auprès d'une instance de professionnels qui s'en empare ? Peut-on interroger des instances, conseils de citoyens ? »

Compte-rendu de la réunion gouvernance de la Maison sport santé, le 5 mars 2019

B. De la définition des patients et usagers du système de santé à la Maison sport-santé de Strasbourg

Lorsque l'on évoque la démocratie en santé, on sous-entend une action qui concerne les usagers du système de santé et les patients. De nombreux termes peuvent amener à définir et classer les différents rôles d'usagers des patients engagés : patient partenaire, sentinelle, ressource, chercheur, etc. La représentation des usagers de santé entend donc la représentation d'un ensemble protéiforme³⁴⁶. Le schéma ci-après, illustre la multiplicité de ces appellations au sein du Centre hospitalier régional et universitaire de Nancy (*illustration 54*).

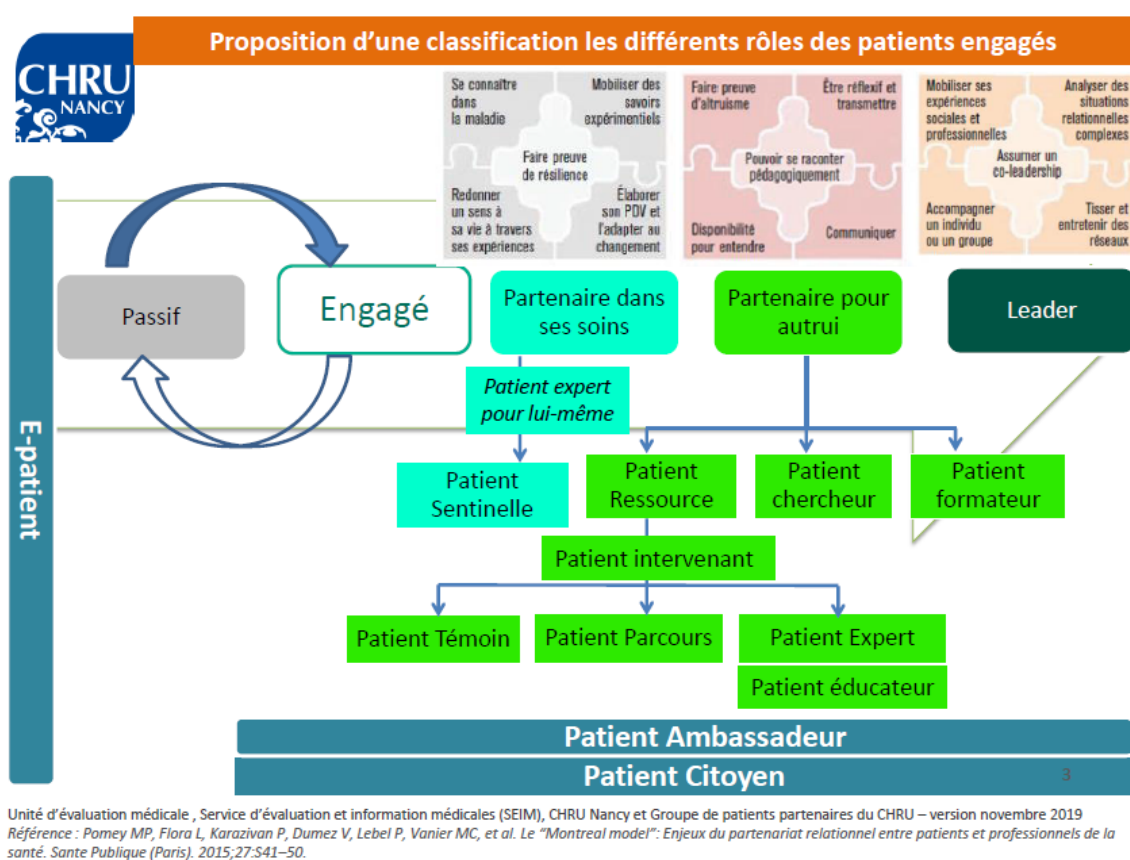


Illustration 54 – Proposition d'une classification les différents rôles des patients engagés.³⁴⁷

³⁴⁶ France Assos Santé. (2021). *Guide du représentant des usagers du système de santé*. 6^e édition. En ligne. https://www.france-assos-sante.org/publication_document/guide-du-representant-des-usagers-du-systeme-de-sante-5e-edition/

³⁴⁷ CHRU Nancy. (2019). *Présentation Powerpoint – Proposition d'une classification des différents rôles des patients engagés*.

Au sein de la Maison sport-santé de Strasbourg et comme nous avons pu l'aborder en partie 1 de ce travail, des notions coexistent pour parler des publics de la Maison sport-santé. Les personnes bénéficiant des services de la Maison sport-santé sont définies par plusieurs termes : bénéficiaires, usagers et patients.

Le patient est celui qui, du fait d'un état de santé particulier est amené à avoir recours aux soins et services de santé ou services sociaux (Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle, 2012). Le terme de patient est peu utilisé par les professionnels de la Maison sport-santé car il recouvre un lexique médical alors que les professionnels de la structure sont pour la plupart issus du monde sportif. Ce terme est ainsi, au sein de la Maison sport-santé, utilisé par les acteurs du secteur du soin et du sanitaire.

Au sein de la Maison sport-santé, le terme principalement utilisé est celui de bénéficiaire. Dans le langage des professionnels de la structure, il qualifie et définit celui qui est intégré à l'un des dispositifs sport-santé sur ordonnance ou PRECCOSS :

« Tout le monde peut être bénéficiaire, à partir du moment où il néglige sa santé. Si on néglige sa santé, son capital santé, on peut tous être un acteur, un bénéficiaire du dispositif sport santé. Il n'est pas réservé à tel ou tel public. On peut être demain comme cette personne âgée par exemple, ça peut être nous. Tout public peut être atteint d'une maladie. »

Entretien avec un éducateur médico-sportif de la Maison sport-santé, 11 décembre 2020

Si lors des échanges en prémices de la constitution de la Maison sport-santé, le 5 février 2019, les partenaires parlaient de l'implication des habitants dans le projet de Maison sport-santé³⁴⁸, cette notion n'est pas reprise par les acteurs par la suite.

L'usager, quant à lui, est la « *personne qui a recours à un service, en particulier à un service public, ou qui emprunte le domaine public* »³⁴⁹. Dans le secteur médical, est usager du service public, le patient ou son proche. Mais la sociologie définit les usagers comme un nouveau groupe d'acteurs (Jouve, 2003. Leveau et al., 2003). En effet, les politiques publiques cherchent à impliquer les usagers dans leur développement et les bénéficiaires des politiques publiques sont considérés comme contributeurs. Le concept d'un service public tourné vers l'usager implique cette transformation dans l'élaboration des politiques publiques.

³⁴⁸ GIP Maison Sport Santé. (2019). *Power-point de synthèse de la journée du 5 février 2019*.

³⁴⁹ Site internet : <https://www.larousse.fr/>

Dans son ouvrage *la vie au guichet*, Vincent Dubois (2008) montre ainsi que l'administration publique agit sous influence des interactions directes avec les usagers et que ces derniers participent aux processus administratifs en permettant aux politiques publiques de se recentrer sur les usagers. Le terme usager vient ainsi à être utilisé par les institutions, notamment dans le champ sanitaire pour remplacer d'autres termes :

« Le terme usager, représenté par la catégorie de l'usager, semble être devenu le synonyme de malade, patient, client et citoyen, qui sont aussi tous concernés par la santé » (Demeulemeester, 2000).

Au sein de la Maison sport-santé de Strasbourg, le terme usager définit le bénéficiaire d'un des dispositifs de la Maison sport-santé (PRECCOSS, sport-santé sur ordonnance et joue pour ta santé). Il identifie également une personne non-bénéficiaire, venant chercher une information dans le cadre des missions de prévention primaire de la structure :

« [...] je pense que c'est des personnes un peu comme moi... mais qui seraient pas du tout convaincues... ».

Entretien avec la médecin référente de la Maison sport santé, 1^{er} mars 2021.

Cet usager qui vient chercher de l'information est rare. La porte fermée de l'aile médicale des Bains municipaux et l'obligation de sonner à l'interphone, depuis l'ouverture des nouveaux locaux en 2023, n'invitent pas à franchir les portes de la Maison sport-santé pour obtenir une information en prévention primaire. Les personnes qui se rendent à la Maison sport-santé le font, car elles l'ont prévu : elles sont bénéficiaires ou ont l'intention de le devenir.

Dans les dispositifs de démocratie envisagés au sein de la Maison sport-santé, c'est ainsi le terme usager qui est utilisé. En réalité, la notion d'usager est confondue avec celle de bénéficiaire puisque les participants au comité des usagers sont bénéficiaires des dispositifs, principalement de sport-santé sur ordonnance. Ils ne se qualifient pas eux-mêmes d'usagers, mais parlent d'eux comme de bénéficiaires du dispositif sport-santé sur ordonnance. Plusieurs auteurs montrent ainsi que la notion d'usager peut faire référence à plusieurs catégories de personnes (personnes consultant les professionnels, personnes accompagnées, etc.), notamment dans le cadre de l'étude des conseils locaux de santé mentale (Pastant, Descamps, 2023).

Encadré 41 - Qui sont les bénéficiaires de la Maison sport-santé ?

En 2023, au sein de la Maison sport-santé de Strasbourg, 1018 adultes sont bénéficiaires du dispositif de sport-santé sur ordonnance (*illustration 55*).

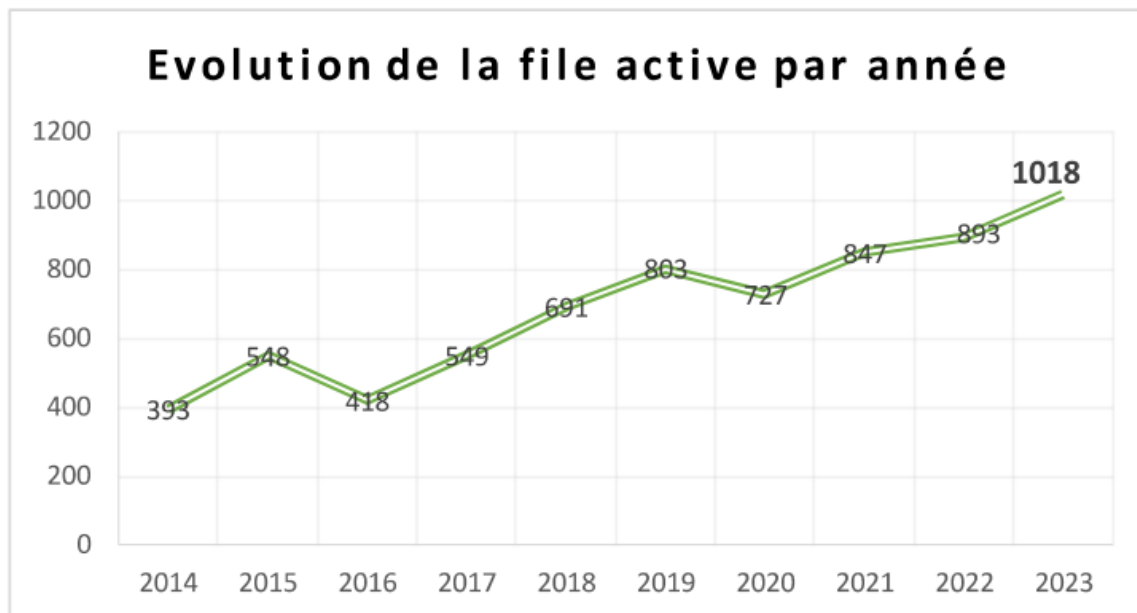


*Illustration 55 – Évolution du nombre de bénéficiaires actifs par année*³⁵⁰

En 2021, ce sont à 74 % des femmes et à 26% des hommes.

Les bénéficiaires sont pour la plupart en situation d'obésité (40%), mais également inclus sur un critère de santé mentale (30%) ou encore d'hypertension artérielle (19%). Ils peuvent également être inclus pour des problématiques de diabète (14%).

Durant les dernières années, les bénéficiaires payant une participation financière relèvent moins de la première tranche de participation (20€) que des autres tranches de participation (50 et 100€) (*illustration 56*).

³⁵⁰ GIP Maison Sport-Santé. (2023). *Rapport d'activité de la Maison sport-santé 2023*. Site internet de la Maison sport-santé. Extrait.

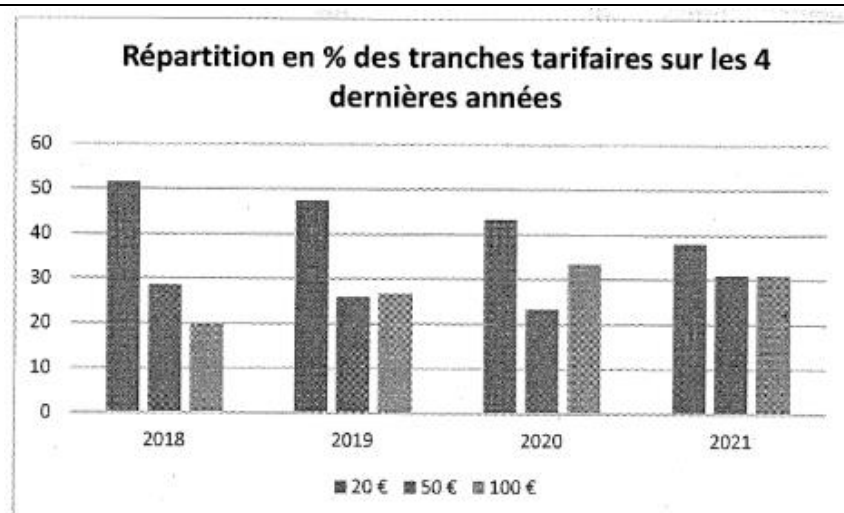


Illustration 56 – Répartition en % des tranches tarifaires sur les 4 dernières années³⁵¹

Produire des statistiques permet de mieux connaître les usagers et bénéficiaires de l'action publique locale. Pour Foucault et le concept de « gouvernement des conduites » (Foucault, 2004) que nous verrons par la suite, les outils de pouvoir que sont les statistiques permettent de mieux connaître les individus pour mieux orienter les conduites.

C. D'une intégration limitée des usagers à la mise en œuvre d'un comité des usagers à la Maison sport-santé de Strasbourg

Avant la structuration de la Maison sport-santé de Strasbourg, de premières actions avaient déjà été mises en place en faveur d'une prise en compte de la parole des usagers du dispositif, par exemple à travers des témoignages d'usagers lors des assises du sport-santé sur ordonnance. Ces prises de parole consistaient à conter, pendant les plénières, de son expérience en tant que bénéficiaire d'un des dispositifs :

« Ça a été une vraie révélation pour moi de découvrir qu'avec un coach formé aux bons gestes pour ne pas se faire mal, je pouvais travailler efficacement, progresser et ne pas me décourager ! ».

Paroles d'une représentante des usagers lors des assises du sport-santé ³⁵².

³⁵¹ GIP Maison Sport-Santé. (2022). *Délibération, AG2022-005, Assemblée générale du 4 mars 2022. Bilan du programme d'activités 2021*. https://www.maisonsportsantestrasbourg.fr/wp-content/uploads/2022/09/AG2022-005_04032022_Bilan-des-activites-2021-Programme-2022.pdf

³⁵² Synthèse de la 5^e édition des assises nationales et européennes du sport santé sur ordonnance, 10 et 11 octobre 2022

La parole des usagers était sollicitée de manière ponctuelle autour d'un événement particulier, ce que confirment le directeur de la Maison sport-santé de Strasbourg et l' élu en charge de la santé :

« On l'avait en ambition quoi. Voilà, on avait déjà récolté ici ou là des retours des usagers, qu'ils soient positifs ou négatifs. On les sollicitait déjà pour participer à des événements, à des animations pour témoigner pour des autres aussi, pour des opérations de communication. ».

Entretien avec le directeur de la Maison sport-santé de Strasbourg, 5 mai 2021.

« Depuis le début du dispositif, il a semblé important d'intégrer les bénéficiaires, notamment lors des assises 2017 et 2019, puis dans la réalisation du livret de ces assises, dans la signature des contrats locaux de santé ... »

Paroles de l' élu en charge de la santé, comité des usagers en date du 5 mai 2021.

Lors des différentes éditions des assises et également depuis la mise en œuvre de la Maison sport-santé, ces prises de paroles au sein des assises du sport-santé sur ordonnance sont maintenues (illustration 57).



Illustration 57 – Publication facebook de la Maison sport-santé relative aux assises européennes du sport-santé sur ordonnance³⁵³

³⁵³ Capture écran de la page Facebook de la Maison sport-santé relative aux assises européennes du sport-santé, 6 octobre 2021.

Mais, la création du groupement d'intérêt public de la Maison sport-santé apporte une évolution et amène une nouvelle forme institutionnelle à la participation des usagers à travers trois axes : l'intégration de l'association France Assos Santé comme membre fondateur du groupement d'intérêt public, l'institutionnalisation du comité des usagers dans la convention constitutive et celle du rôle des représentants d'usagers.

Dans un premier temps, la convention constitutive du GIP inscrit l'association France Assos Santé, association nationale d'usagers, comme membre fondateur de la structure³⁵⁴. L'association bénéficie d'une stature nationale, puisqu'elle est agréée nationalement pour la représentation des usagers à toutes les instances de santé publique (Couty, 2017). L'intégration de l'association au GIP est initialement envisagée du fait de liens personnels entre le directeur de l'association et le directeur du GIP, comme nous avons pu le voir dans le chapitre 2 de la partie 2.

En démocratie sanitaire, les associations de patients en santé *« traquent les carences du système de soins pour concevoir des actions substitutives et/ou mener des actions revendicatives ; elles réalisent leurs propres enquêtes auprès de leurs adhérents et remplissent un rôle de lanceurs d'alerte ; elles scrutent les symptômes pour améliorer les connaissances sur l'histoire naturelle des maladies ou repérer des iatrogénies »* (Gross, Ruelle, Sannié et al., 2017). Au sein de la Maison sport-santé, le rôle de l'association France Assos Santé ne peut être assimilé à cela. Ses contributions sont définies dans la convention constitutive du GIP³⁵⁵ ainsi :

- « - Participation aux instances du GIP ;
- Organisation du débat public à la Maison sport-santé (soutien logistique, apports méthodologiques, travaux préparatoires, synthèses, communication, etc.) ;

³⁵⁴ « France Assos Santé est le nom choisi par l'Union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé afin de faire connaître son action comme organisation de référence pour représenter les patients et les usagers du système de santé et défendre leurs intérêts. Forte d'une mission officiellement reconnue par son inscription dans le code de la santé publique via la loi du 26 janvier 2016, France Assos Santé a été créée en mars 2017 à l'initiative de 72 associations nationales fondatrices, en s'inscrivant dans la continuité d'une mobilisation de plus de 20 ans pour construire et faire reconnaître une représentation des usagers interassociative forte. » Site internet de France Assos Santé : <https://www.france-assos-sante.org/presentation/qui-sommes-nous/>

³⁵⁵ Groupement d'Intérêt Public Maison sport santé de Strasbourg. (2020). Convention constitutive. https://www.alsace.eu/webdelib/files/unzip/seance_122399/199_2019_09_24_convention_GIP.pdf

- *Formation des patients et représentation des usagers de la Maison sport-santé (mise à disposition de temps formateurs, logistiques, préparation des cessions, animation des cessions, mise à disposition de documentation et d'outils pédagogiques, synthèses, etc.) ;*
- *Information des publics sur le droit des usagers (supports d'information, ressources documentaires, etc.) ;*
- *Participation aux travaux d'études et de recherches ;*
- *Participation à l'animation du comité des usagers. »*

Aussi, il n'y a pas dans ces missions définies les mêmes attentes qu'en matière de démocratie sanitaire et notamment une absence de rôle de critique ou de rôle de lanceur d'alerte. L'association est attendue cependant dans une mission d'accompagnement à la participation des usagers au comité.

Selon certains acteurs, les démarches de démocratie en sport-santé au sein de la Maison sport-santé devraient s'arrêter à l'intégration de France Assos santé. Ils estiment ainsi que la représentativité des associations d'usagers est plus forte que celle de bénéficiaires :

« Le comité des usagers, c'est pas forcément des patients-experts... enfin, il peut y en avoir dedans, mais... Alors que les associations de patients malades, pour moi, c'est quand même autre chose parce que c'est quand même plus structuré, c'est associatif... [...] Enfin voilà, ils portent vraiment la parole des malades qu'ils représentent [...]. ».

Entretien avec une chargée de mission en santé publique du régime local d'assurance maladie, 29 juin 2021.

Ainsi, se pose la question de donner une unique voix de représentation des usagers à l'association France Assoc Santé. Des acteurs institutionnels notamment de la santé, habitués à la représentation d'usagers à travers des associations dans le champ de la démocratie sanitaire, expriment qu'un passage obligatoire par des associations représentatives agréées par l'Agence régionale de Santé serait bénéfique, pour donner plus de légitimité aux usagers dans leurs paroles. C'est le cas notamment des Hôpitaux universitaires de Strasbourg, ou encore des institutions représentatives de l'État en matière de santé.

Pour d'autres acteurs, qui s'appuient sur les conceptions de la démocratie participative et non sanitaire, cela n'est pas suffisant pour encourager la parole des bénéficiaires, comme l'indique l'une des représentants de la faculté des sciences du sport de Strasbourg :

« Il faut veiller à faire attention à la professionnalisation de la représentation. Le but est que la parole ne soit pas lissée, reprise par l'autre. [...] Il faut donc que les patients y trouvent un intérêt et veiller à ne pas institutionnaliser cette parole »³⁵⁶.

Chambaud et Schaetzel (2009) montrent que cette crainte de la professionnalisation des associations de représentation des usagers se vérifie sur les terrains d'études : *« Elles peuvent devenir elles-mêmes professionnelles, éloignées de plus en plus de ce savoir profane qu'elles mettent en avant. Par ailleurs, le milieu n'est pas homogène, composé de petites et grosses associations quasiment institutionnalisées et les jeux de concurrence ne sont pas absents ».*

Il y a donc un débat entre des institutions qui sont habituées à travailler avec les usagers à travers des associations, comme cela peut être le cas dans le champ du sanitaire et du soin, et d'autres acteurs institutionnels qui envisagent la participation individuelle des bénéficiaires selon les concepts de la démocratie participative. Face à ces débats, lors de l'écriture de la convention constitutive du GIP, les acteurs prennent le parti de la non-institutionnalisation de la parole des usagers et portent au sein de la convention l'existence du comité des usagers sans mentionner une quelconque obligation d'adhésion à des associations représentatives des usagers. C'est l'article 16 de la convention constitutive qui explicite le fonctionnement du comité, tout en le renvoyant assez largement à un règlement intérieur propre. Le préfigurateur du GIP définit les missions du comité ainsi :

« Le rôle du comité sera ici de représenter les usagers de la MSS (dispositifs PRECCOSS et SSSO, bénéficiaires de l'information portée par la MSS). Il sera destinataire de l'ordre du jour et des délibérations des instances de la Maison sport-santé (assemblée générale, conseil d'administration, conseil scientifique). Il disposera d'un avis sur les décisions de l'assemblée générale et du conseil d'administration, mais pourra aussi inscrire des points à l'ordre du jour de ces assemblées. Il disposera d'un pouvoir de consultation sur les décisions prises par le GIP. »

Paroles du préfigurateur du GIP, réunion du comité des usagers de la Maison sport santé, 5 mai 2021.

³⁵⁶ Représentante de la faculté des sciences du sport, réunion de constitution du GIP en date du 5 mars 2019.

Dans l'élaboration du comité des usagers de la structure, son périmètre d'intervention est notamment questionné par la Ville de Strasbourg. Elle souhaite que ses missions soient élargies sur des thématiques telles que des retours sur la qualité de l'accueil, voire une capacité d'auto-saisine quant à tout sujet relatif aux missions de la Maison sport-santé :

« Oui, c'est la démarche de participation... qui est importante, d'aller dans la démarche projet en prévention, promotion de la santé, je trouve ça super intéressant. Après, la construction n'est pas évidente, comment tu laisses l'associer, jusqu'à quel niveau... quel niveau de participation ? »

Entretien avec une chargée de mission de la direction des sports de la Ville et de l'Eurométropole de Strasbourg, 2 mars 2021

Ses missions telles que définies par le préfigurateur et l'article 16 de la convention constitutive du GIP lui permettent ce rôle d'auto-saisine. Nous verrons cependant que le comité des usagers ne s'approprie pas ce rôle. Ses missions s'appuient principalement sur des sollicitations de l'administration du GIP pour émettre un avis sur des projets structurants, comme la réforme du parcours sport-santé sur ordonnance.

Encadré 42 - Article 16 de la Convention constitutive du GIP – Le Comité des usager·ère·s

Le Comité des usager·ère·s est une instance chargée de représenter les usager·ère·s de la Maison sport-santé de Strasbourg. Dans l'attente d'une éventuelle création d'une association des usager·ère·s de la Maison sport-santé, les usager·ère·s qui souhaitent siéger au comité peuvent en manifester le souhait auprès du groupement. Les parents des enfants bénéficiaires des actions de la Maison sport-santé peuvent également y siéger. Les conditions de fonctionnement du comité pourront être régies par un règlement intérieur propre.

Le comité des usager·ère·s se réunit au moins une fois par an.

Ses avis concernant les points à l'ordre du jour de l'assemblée générale et du conseil d'administration sont joints aux délibérations communiquées aux membres de l'assemblée générale et du conseil d'administration. Il peut demander à mettre à l'ordre du jour du CA ou de l'AG un des point-s. Il émet un avis et est consulté sur tout projet structurant au sein de la Maison sport-santé de Strasbourg. Il peut s'autosaisir de tout sujet concernant le projet stratégique et/ou l'objet du groupement. Il se réunit systématiquement en amont de l'assemblée générale, du conseil d'administration et/ou du conseil scientifique.

Il est destinataire de l'ordre du jour et des délibérations proposées à l'assemblée générale et au conseil d'administration, une semaine avant leur réunion. Il peut émettre des avis sur ces délibérations, lesquelles sont transmises aux membres de l'assemblée générale et du conseil d'administration. Il émet un avis, sur les travaux réalisés au cours de l'année précédente et sur le programme d'activité de l'année à venir. Cet avis est présenté en assemblée générale par un·e représentant·e du comité élu en son sein.

Il siège en assemblée générale et au conseil d'administration. Il veille à la bonne présentation des avis du comité des usager·ère·s en assemblée générale et en conseil d'administration.

Le comité des usager·ère·s présente un rapport annuel devant l'assemblée générale.

Malgré la détermination de ses missions par la convention constitutive du GIP (donner son avis sur les décisions, s'autosaisir de sujets stratégiques et émettre des avis sur les délibérations), le périmètre d'intervention du comité n'est pas clair pour les bénéficiaires. Ainsi, alors que les bénéficiaires sont interrogés sur leur rôle en tant que membres du comité des usagers lors des olympiades de la Maison sport-santé³⁵⁷ (illustrations 58 et 59), ils évoquent plusieurs raisons : sortir de la sédentarité, suivre mieux les dispositifs, favoriser la motivation, encourager la participation (figure 17).

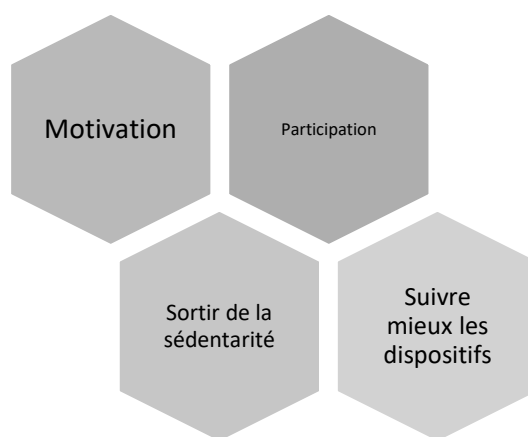


Figure 17 - Réponses des bénéficiaires lors des olympiades sport-santé, à la question « quelle est l'utilité du comité des usagers ? », le 3 juillet 2021.

³⁵⁷ Atelier mené dans le cadre des olympiades de la Maison sport-santé auprès des bénéficiaires de sport-santé, samedi 3 juillet 2021. Cet événement a pour objectif de faire découvrir aux bénéficiaires de la Maison sport-santé plusieurs activités physiques.

Les missions qui sont ici identifiées par les bénéficiaires quant au rôle du comité des usagers sont éloignées des principes posés par la convention constitutive du GIP. Les bénéficiaires intègrent ici un discours institutionnel porté sur leurs objectifs au sein du parcours de sport-santé sur ordonnance : sortir de la sédentarité par exemple, mais ont des difficultés à s'approprier les missions du comité des usagers.



Illustration 58 - Les olympiades de la Maison sport-santé, 3 juillet 2021 ³⁵⁸

³⁵⁸ Capture écran du Facebook de la Maison sport-santé de Strasbourg, juillet 2021.



Illustration 59 - Les olympiades de la Maison sport-santé, valorisation sur les réseaux sociaux de la Maison sport-santé, juillet 2021³⁵⁹

Le flou qui peut exister autour des missions du comité des usagers est une limite à l'engagement de certains bénéficiaires : « *Le cadre n'est pas clair* » ; « *on ne sait pas ce qu'on peut faire ou pas* »³⁶⁰. Pour eux, cela participe à une forme de démotivation à s'engager au sein du comité des usagers. Crozier et Friedberg, à travers l'étude des systèmes organisationnels montrent ainsi que l'absence de cadre clair ou de règles claires peuvent entraîner des désengagements des acteurs. L'engagement des acteurs est donc intimement lié à la capacité d'une organisation à identifier des règles du jeu claires (Crozier, Friedberg, 1977). L'absence de cela au sein de la Maison sport-santé ne permet pas aux bénéficiaires une participation sur le long terme. Par ailleurs, la convention constitutive ne pose pas de principes sur les moyens octroyés au comité des usagers et renvoie à l'existence d'un règlement intérieur³⁶¹. Nous verrons par la suite que ces moyens limités constituent un frein à l'exercice de la mission des représentants des usagers et que l'absence d'institutionnalisation du comité des usagers permet à l'administration de la de maintenir un meilleur contrôle de la prise de parole des usagers au sein de la structure.

³⁵⁹ Capture écran du Facebook de la Maison sport-santé de Strasbourg, juillet 2021.

³⁶⁰ Atelier mené dans le cadre des olympiades de la Maison sport-santé auprès des bénéficiaires de sport-santé, samedi 3 juillet 2021.

³⁶¹ En 2024, la rédaction d'un règlement intérieur du comité des usagers de la Maison sport-santé n'a pas encore été réalisée.

Encadré 43 - Le comité des usagers PRECCOSS

L'article 16 de la convention constitutive régit le fonctionnement du comité des usagers de la Maison sport-santé, sans que cela soit précisé dans la convention constitutive, le comité des usagers de la Maison sport santé se décompose en deux instances :

- Le comité des adultes, qui regroupe des bénéficiaires adultes du dispositif sport-santé sur ordonnance ainsi que les parents du dispositif PRECCOSS ;
- Le comité des usagers des enfants PRECCOSS (*illustration 60*).

Ce dernier comité se met en œuvre à partir de 2020 avec pour objectif de consulter les jeunes inclus dans le dispositif sur les modalités de mise en œuvre du dispositif, les activités proposées, voire la mise en place d'activités spécifiques pendant les vacances. Sa périodicité prévue est de 1 fois tous les 15 jours.

Il se nomme « comité des jeunes » et n'a pas d'existence juridique propre. Il émane de la volonté du coordonnateur sportif de la Maison sport-santé de prendre en compte la parole des enfants du dispositif. L'animation est d'abord assurée par les éducateurs sportifs du dispositif PRECCOSS puis par l'association Unis Vers le Sport, dans le cadre de sa contribution.

À travers les entretiens de parents d'enfants PRECCOSS, on voit que les parents avaient identifié la nécessité d'un tel comité auprès de leurs enfants :

« Par exemple, si on réunissait tous ces enfants de... On pourrait essayer de les recontacter... »

Entretien avec un parent de bénéficiaire PRECCOSS, en date du 19 mai 2021.

Plusieurs réunions se déroulent durant les années 2021 – 2022, cependant le comité des usagers PRECCOSS peine à mobiliser des jeunes du dispositif et seulement 1 à 4 jeunes sont présents.

Le GIP Maison sport-santé sollicite alors les associations sportives qui accueillent les jeunes du dispositif pour qu'ils accompagnent les jeunes à découvrir ce comité :

« Depuis la fin de l'année 2021 nous avons mis en place un conseil des jeunes destiné à les rendre davantage acteurs de leur parcours. »

Extrait du mail du coordinateur sportif de la Maison sport-santé, accompagné d'un tract de présentation du conseil, en date du 11 janvier 2022³⁶².

³⁶² Ce tract, réalisé par la Maison sport-santé, invite ainsi les jeunes à rejoindre le conseil afin de proposer des idées pour le dispositif, organiser des événements pour les bénéficiaires de PRECCOSS, participer à des événements et défis sportifs.

Avec le départ de l'éducatrice qui prenait en charge son animation au sein de l'association Unis Vers le Sport, le comité des usagers PRECCOSS tombe en désuétude.

Aussi, nous avons fait le choix de ne pas porter notre étude sur les usagers du comité PRECCOSS. D'abord, car il touche à un public enfant, ce qui nous amènerait à des préoccupations déontologiques spécifiques, mais également, car son absence d'institutionnalisation et de missions dédiées ne nous permet pas d'engager une réflexion théorique.

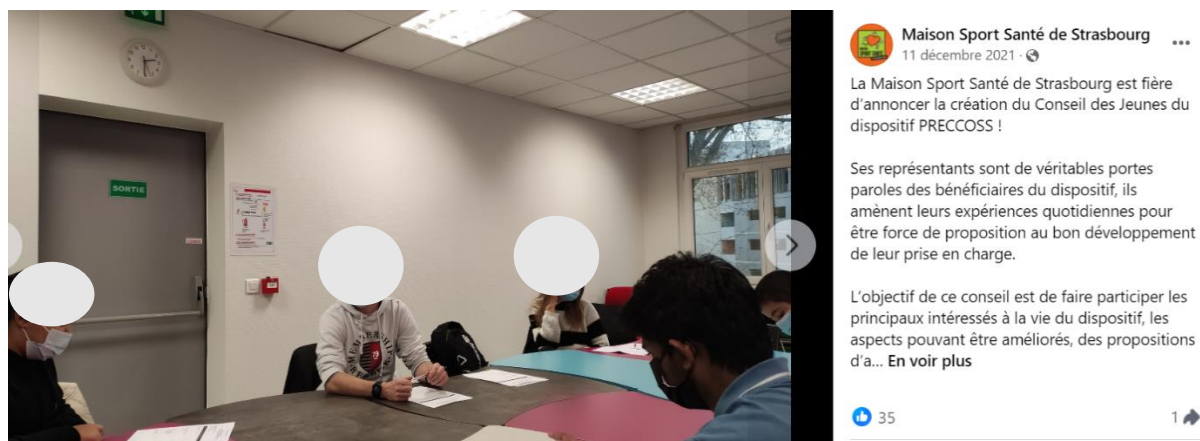


Illustration 60 – Photo d'une réunion du comité des jeunes PRECCOSS³⁶³

La convention constitutive du GIP consacre également l'existence d'un représentant des usagers dans ces termes : « [...] Cet avis est présenté en assemblée générale par un-e représentant-e du comité élu en son sein. Il siège en assemblée générale et au conseil d'administration. Il veille à la bonne présentation des avis du comité des usager-ère-s en assemblée générale et en conseil d'administration. »³⁶⁴. Ses missions sont différentes de celles du comité des usagers, notamment pour le président de France Assos Santé, qui s'appuie sur ses connaissances en démocratie sanitaire :

« Moi j'essaye de faire en sorte qu'on ne confonde pas usagers et représentants d'usagers. Le représentant des usagers, la fonction que son appellation définit... c'est-à-dire... il représente les usagers, alors il a un rôle en fait... qu'il lui est assigné dans les statuts et voilà... Alors que les usagers, c'est à un moment donné l'ensemble en fait des personnes qui vont intervenir sur les dispositifs de la Maison du sport et de la santé. » Entretien avec le président de France Assos Santé, 15 mars 2021.

³⁶³ Capture écran du Facebook de la Maison sport-santé de Strasbourg, décembre 2021.

³⁶⁴ Article 16 de la Convention constitutive du GIP – Le Comité des usager-ère-s

En effet, au sein de la démocratie sanitaire, les rôles des représentants des usagers sont identifiés à travers différentes missions³⁶⁵ :

- S'impliquer, au nom des usagers, dans l'administration ou l'organisation d'un établissement de santé, d'un réseau de santé, d'un réseau de soins ou d'une caisse primaire d'assurance maladie
- Contribuer à l'amélioration de la vie quotidienne du patient, faire le lien entre les patients et les professionnels de santé dans le respect de ses droits
- Participer, au nom des usagers, à l'élaboration des politiques de santé au niveau national/ régional/ local et siéger dans différentes instances de santé publique
- Faire valoir les droits des personnes malades – patients hospitalisés ou bénéficiaires de soins, usagers, victimes d'accidents médicaux
- Partager au sein de son association la dimension collective de la représentation.

Mais la convention constitutive du GIP ne détermine pas clairement le rôle des représentants des usagers de la Maison sport-santé. Il est simplement précisé que ce représentant des usagers est membre du conseil d'administration et de l'assemblée générale avec voix consultative, permettant de présenter les avis du comité des usagers devant ces instances.

Comme nous avons pu l'exprimer, cette absence de cadre clair est un frein motivationnel à l'engagement des bénéficiaires, et ce d'autant plus que la convention constitutive ne définit pas clairement le nombre de représentants des usagers. Leur nombre fait ainsi l'objet de plusieurs évolutions. En effet, les premières prises de contact avec les bénéficiaires volontaires pour porter la parole des usagers au sein de la Maison sport-santé ont lieu en avril 2021. Ils sont alors deux et sont rapidement assimilés à des représentants des usagers auprès de l'administration de la Maison sport-santé voire des autres bénéficiaires. Cependant, afin d'apporter plus de formalisme à leur désignation, l'élue en charge de la santé souhaite réunir un comité des usagers pour rappeler ses missions et demande que ce comité désigne en son sein des représentants à la suite d'un appel à candidature :

« Il est important de faire les choses dans l'ordre »

Extrait des paroles du directeur du GIP lors d'une réunion de préfiguration du comité des usagers de la Maison sport-santé, 6 avril 2021.

³⁶⁵ Site internet de l'ARS PACA : <https://www.paca.ars.sante.fr/mission-et-droits-du-representant-des-usagers>

Le comité des usagers de la Maison sport-santé se réunit donc officiellement pour la première fois en visioconférence, du fait de la crise de la Covid_19, le 5 mai 2021. Le directeur de la Maison sport-santé présente alors les missions des représentants des usagers au comité :

« Et puis il y a la question des représentants des usagers. Parce que qui dit comité, ... Il y aura le comité et les représentants des usagers. [...] Ces représentants seront amenés à siéger aux instances du groupement d'intérêt public : le conseil d'administration, l'assemblée générale, le conseil scientifique et avoir un rôle important. Leur pouvoir d'être consulté sur tous les sujets stratégiques de la maison est donc là, on a souhaité avec le docteur [NOM], que ce mode de représentation soit le plus ouvert possible, c'est-à-dire qu'il y a pas un nombre maximal de représentants, donc on... voilà. Si aujourd'hui, des bonnes volontés sont là, ben on les saisira et on pourra travailler avec »

Paroles du directeur de la Maison sport-santé lors du comité des usagers du 5 mai 2021.

Alors que des volontaires sont sollicités pour s'impliquer dans le déploiement du comité et devenir représentants des usagers, 5 nouvelles personnes et les 2 bénéficiaires précédemment engagés se portent volontaires. Cela porte à 7 le nombre de représentants des usagers désignés le 5 mai 2021. À la suite de cette réunion, l'un des deux anciens représentants des usagers préfigurant jusqu'alors le comité alerte l'administration du GIP sur la nécessité de préciser à ces représentants une différence entre faire partie du comité et représenter le comité :

« Je pense qu'il est important de faire comprendre aux candidats du comité des usagers la différence entre : faire partie du comité des usagers et représenter le comité des usagers. Une définition explicite serait la bienvenue. »

Échanges avec un représentant des usagers en date du 27 mai 2021.

Il émet à travers son discours une crainte de n'être plus en relation exclusive avec la Maison sport-santé. Ses propos trouvent écho dans l'encadré ci-dessous, qui précise à travers le guide du représentant des usagers du système de santé, la différence portée par l'association France Assos Santé entre la notion de participation et celle de représentation.

Encadré 44 - De la différence entre participant et représentant

« C'est la différence entre participation et représentation : la participation se fait de manière directe, la personne concernée va intervenir directement et prendre la parole, tenir un discours à la première personne du singulier. Le représentant, quant à lui, rend présent ce qui est absent et prend la parole au nom de plusieurs personnes. À travers lui, c'est l'ensemble des usagers qui s'expriment (lui y compris, car il est aussi usager), porteurs ou non d'une pathologie. Il parle pour (au nom de) et pour (en faveur de) l'ensemble des usagers, présents et absents. Ce mécanisme de représentation est permis par le mandat qui lui est donné, par la loi, notamment du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. »³⁶⁶

Plusieurs réunions ont lieu par la suite, d'abord avec les deux représentants engagés auparavant, puis avec l'ensemble des représentants et notamment l'association France Assos Santé, afin d'envisager un plan de formation des représentants et de travailler sur la définition de leur rôle. Cependant, devant la difficulté à trouver des créneaux communs entre les représentants, des liens privilégiés se sont perpétués entre l'équipe administrative de la Maison sport-santé et les deux représentants des usagers plus anciennement nommés. Par la suite, des désengagements pluriels de la part des représentants et la nécessité pour l'équipe administrative de la Maison sport-santé d'avoir un contact privilégié et direct avec un unique représentant des usagers, ont conduit à favoriser les échanges avec une représentante des usagers. Cette usagère a d'ailleurs été nommée par certains membres de l'équipe de la Maison sport-santé comme la « présidente » du comité des usagers. Valérie Morales nous montre ainsi que dans les groupes sociaux, les plus établis imposent leurs règles aux plus marginaux qui sont également les groupes les plus récents. Ainsi, ils imposent par les règles de fonctionnement une hégémonie dans leur champ (Morales, 2013). Ils constituent le groupe des « établis » au sein du mouvement sportif (Elias & Scotson, 1965).

³⁶⁶ France Assos Santé. (2021). *Guide du représentant des usagers du système de santé*. 6^e édition. En ligne. https://www.france-assos-sante.org/publication_document/guide-du-representant-des-usagers-du-systeme-de-sante-5e-edition/

Enfin, la participation des usagers est aussi inscrite comme un axe central du projet de Territoire de santé de demain³⁶⁷. France Assos Santé y développe le projet de mobilisation communautaire. Selon l'association, la santé communautaire est animée d'impératifs de prévention, elle a pour objectif d'améliorer la santé des populations en mobilisant les ressources et les acteurs au niveau local. Elle implique un haut niveau de participation à la fois des citoyens, des professionnels de santé et des institutions afin de penser ensemble les solutions les plus adaptées. Certains acteurs s'engagent dans la facilitation de cette démarche, notamment par la mise en œuvre de démarche de design actif, que nous avons précédemment défini. C'est le cas des Hôpitaux universitaires de Strasbourg, dont la contribution contient une participation à la mise en œuvre d'une telle démarche pour faciliter l'appropriation du lieu de Maison sport-santé par les usagers. Un premier travail est réalisé en ce sens avec la Fabrique de l'Hospitalité autour de la question du parcours usager au sein de la Maison sport-santé.³⁶⁸

Encadré 45 - Vers la détermination de différents niveaux de la participation des usagers au sein de la Maison sport-santé ?

Il existe ainsi au sein de la Maison sport-santé différents niveaux de participation des usagers que l'on peut répertorier dans la figure ci-dessous (*figure 18*).

³⁶⁷ Blanc, P. (2019). *Compte-rendu de réunion, 4 avril 2019, projet Territoire de santé de demain*. Notes personnelles.

³⁶⁸ Blanc, P. (2020). *Réunion du 19 juin 2020 avec la Fabrique de l'Hospitalité concernant notamment le projet immobilier de la Maison sport-santé, avec les agents de la Ville de Strasbourg*. Notes personnelles.

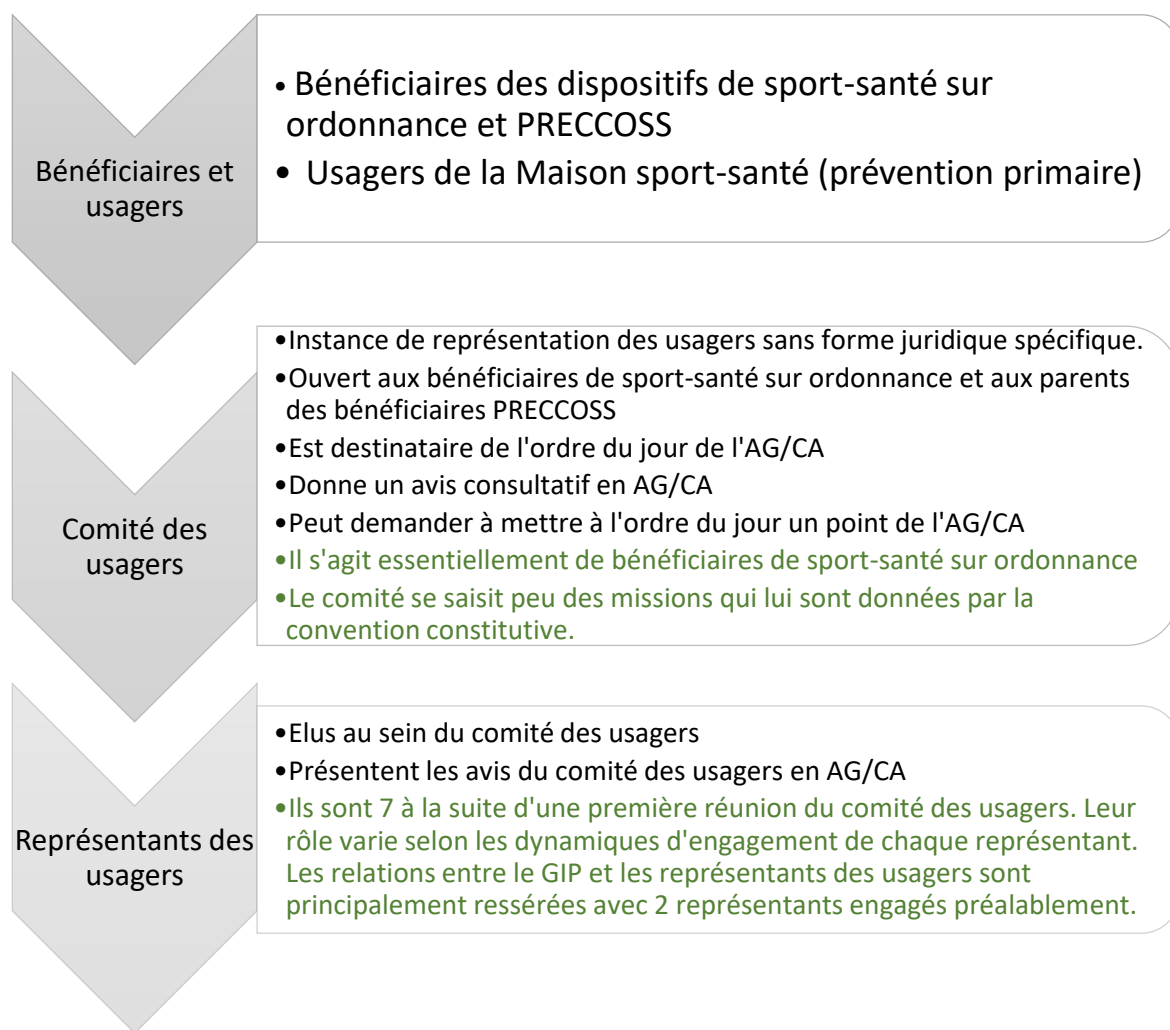


Figure 18 – Schéma représentant les différents niveaux des dispositifs de participation des usagers au sein de la Maison sport-santé, Blanc, P.

Nous ne faisons pas figurer au sein de ce schéma l'adhésion au sein du GIP de l'association France Assos Santé, car nous avons vu que ses missions sont plus institutionnelles que dans les processus de démocratie sanitaire. Nous ne faisons pas apparaître également la notion de patient expert dans ce schéma, car nous discuterons la mise en place de ce concept au sein de la Maison sport-santé. Nous confronterons par la suite ces modalités de participation aux échelles de participation existantes (comme celle d'Arnstein, 1969).

II. L'institutionnalisation du comité des usagers et de la représentation d'usagers de la Maison sport-santé : vers un encadrement de la parole des bénéficiaires ?

Si la mise en place d'un comité des usagers de la Maison sport-santé marque une nouvelle étape du déploiement de la participation des bénéficiaires au sein de la structure, cette intégration n'est pas sans générer des tensions. Entre le souhait de certains acteurs d'assurer un encadrement institutionnel sur l'action des usagers et la nécessité d'intégrer leur parole au sein de la Maison sport-santé, des conflits se dévoilent entre des expertises aux légitimités parfois concurrentielles.

A. La structuration du comité des usagers comme instrument de « gouvernement des conduites » ?

Le terme de « *gouvernement des conduites* » est associé à Michel Foucault (1978). Il entend que le pouvoir peut orienter, structurer et influencer le comportement des individus sans avoir recours à la coercition. Il s'agit ainsi d'étudier à travers cette partie comment la structuration du comité des usagers peut amener à orienter et réguler le comité des usagers.

La question de l'institutionnalisation du comité des usagers est, entre autres, l'une des questions qui fait débat au sein des réunions d'écriture de la convention constitutive du groupement d'intérêt public. L'une des questions posées est notamment la forme juridique du comité des usagers, comme l'exprime l'élue en charge de la santé : doit-elle être associative ou peut-elle être libre ?

« Dans l'idéal, tout le monde est membre du comité des usagers. Peut-être une fois par un an il dit un truc ou une fois tous les deux ans il écrit un mot... Je pense qu'il ne faut pas que ce soit un truc fermé de gens qui deviennent professionnels de la représentation du sport santé... Bien sûr il en faut, mais je pense que c'est vraiment important, que c'est vraiment ouvert quoi ».

Entretien avec l'élue en charge de la santé, 19 février 2021.

La crainte d'une parole professionnalisée, déjà exprimée par les acteurs institutionnels lorsqu'il s'agissait de limiter la participation des usagers à l'intégration de France Assos Santé, est à nouveau mise en avant dans ce discours. L'élue en charge de la santé redoute qu'une forme trop institutionnalisée, associative, conduise à une professionnalisation du discours des usagers, et implique une participation amoindrie des usagers³⁶⁹.

Des bénéficiaires indiquent, lors d'échanges informels autour de la construction du comité des usagers, ne pas souhaiter une « *institutionnalisation* ». On voit ici que leurs discours sont influencés par ceux des acteurs institutionnels qui cherchent à orienter leurs propos vers une certaine forme du comité des usagers, rappelant la notion de gouvernement des conduites (Foucault, 2004). Selon eux, le comité ne doit pas être une instance autonome et associative, en tout cas dans un premier temps. Cet avis est partagé lors de la constitution du comité des usagers par une représentante des usagers de la Maison sport-santé :

« C'est mieux qu'il n'y ait pas d'institutionnalisation du comité des usagers sous forme associative ... c'est plus libre ».

Paroles d'une représentante des usagers lors de la réunion des bénéficiaires, 16 septembre 2020.

L'étude de dispositifs de démocratie participative montre en effet que les dispositifs, lorsqu'ils sont institutionnalisés, peuvent devenir formels et rigides, décourageant l'engagement réel des citoyens et leur esprit d'initiative (Fung, 2004).

Dans l'écriture de la convention constitutive du GIP de la Maison sport-santé, les bénéficiaires ne sont pas consultés. Les dispositifs de participation des usagers (incluant leur rôle et leur pouvoir) sont ainsi définis en amont et sans eux. Mais, la non-institutionnalisation du comité des usagers sous forme associative est un débat qui n'est pas figé et qui revient sur la scène du GIP.

³⁶⁹ Blanc, P. (2019). *Compte rendu de réunion du 5 mars 2019 sur la gouvernance de la Maison sport-santé*. Notes personnelles. Il est évoqué dans les échanges la nécessité à ne pas institutionnaliser la parole des usagers et de trouver l'équilibre entre leur libre parole et son inscription dans le fonctionnement.

Lors de la première réunion du comité des usagers le 5 mai 2021, le directeur de la Maison sport-santé dit ainsi :

« Peut-être que votre comité des usagers est là, s'installe aujourd'hui et pourrait se structurer en association qui demanderait à être une association membre du groupement d'intérêt public. À ce moment-là, en tant que membre du groupement d'intérêt public, vous pourriez, enfin l'association qui représenterait les usagers, pourrait avoir voix délibérative. Mais on n'en est pas encore là, mais ça pourrait être une évolution. »

Paroles du directeur de la Maison sport-santé, le 5 mai 2021 lors du comité des usagers.

Quelques semaines plus tard, la représentante des usagers ayant le plus d'ancienneté dans l'action publique locale requestionne la constitution d'une association lors d'une rencontre avec France Assos Santé le 17 juin 2021 :

« Une représentante des usagers : et si on veut se transformer en association, vous pouvez aider ?

Directeur de France Assos Santé : on peut vous aider à réfléchir à ce sujet. Vous parlez d'association, mais ce n'est peut-être pas la meilleure formule. Quand on a voulu le comité, on l'a voulu très informel...

Directeur de la Maison sport-santé : faut-il créer une association et comment ? Si c'est le sujet on se tromperait d'objectif. Le comité vient de s'installer et on est au début de l'histoire. [...]

Une représentante des usagers : on nous a fait miroiter que si on était une association, on avait voix au vote (au CA/AG du GIP).

Directeur de France Assos Santé : quand on a réfléchi les statuts on a pensé à ça : une place importante des usagers. L'université estimait qu'elle n'avait pas assez de voix, par rapport à d'autres structures, puis les HUS : pourquoi ils n'en avaient pas 6, etc. Puis le conseil départemental aussi. Quand on pousse cette question, cela laisse peu d'espace à la question du comité des usagers alors qu'ils sont une part importante des effectifs. On a réfléchi. Il faut un autre mécanisme moins politique. Cela nécessite un autre travail : on n'y va pas par la voix, mais par la consultation obligatoire du comité des usagers pour les dossiers stratégiques.

C'est le seul avis qui est donné sur les dossiers stratégiques. Politiquement : c'est plus efficace que d'être représenté par une voix.

Directeur de la Maison sport-santé : le pouvoir d'avis systématique pour les avis ce n'est pas rien ; vous êtes informé à ce qui se passe dans la Maison, ce n'est pas une chambre d'enregistrement. Et pouvoir à demander des points à l'ODJ des instances. »

Échanges lors d'une rencontre entre les représentants des usagers, France Assos Santé et l'administration de la Maison sport-santé, le 17 juin 2021.

À travers ce discours, on observe que le directeur de la Maison sport-santé et le directeur de France Assos Santé affirment qu'ils ont donné une place importante aux usagers en encourageant l'absence d'institutionnalisation du comité des usagers. Ils soutiennent une même théorie : dire que la consultation obligatoire du comité des usagers sur les dossiers stratégiques est plus importante qu'avoir une voix délibérative au sein des instances par la constitution d'une association. Mais l'absence de règles et de structures claires du comité des usagers renforce le pouvoir des acteurs dominants, de l'institution, car il agit comme cadre limitatif à l'expression et à la participation des usagers (Crozier, Friedberg, 1977). Ce sont les acteurs institutionnels dominants qui maîtrisent les processus de la participation des usagers (Bourdieu, 1979). L'absence d'institutionnalisation du comité sous forme associative peut ainsi créer une inégalité entre des institutions qui maîtrisent les règles de la Maison sport-santé et des usagers qui dépendent de l'administration pour le bon exercice de leurs missions. Cela introduit un flou quant aux missions et rôles du comité des usagers, pouvant entraîner un désengagement de ces derniers. On observe dès lors un surinvestissement de l'administration de la Maison sport-santé dans la mise en œuvre du comité, à travers l'organisation des réunions, l'écriture des comptes-rendus de ces réunions ou encore la sollicitation d'usagers pour porter la parole du comité lors de différents événements ; tant de travaux qui devraient être portés par le comité lui-même.

Pour certains acteurs institutionnels de l'action publique locale, la Maison sport-santé doit garder ainsi le contrôle sur la parole des usagers et notamment sur les désignations des représentants d'usagers :

« Alors il faut pas qu'ils se désignent eux-mêmes représentants des usagers... parce que je trouve que c'est prétentieux et pas révélateur... Il y a... je pense... à France Assos Santé notamment, on est sur des usagers patients qui peut être un bon filtre, notamment avec des patients experts... qui... à priori ont quand même passé ce filtre-là ».

Entretien avec le responsable des programmes stratégiques, pôle de compétitivité Biovalley France, 22 février 2021.

Il y aurait alors un tri, une sélection à réaliser quant aux usagers qui seraient intégrés dans les instances consultatives de la Maison sport-santé :

« Mais alors il faut être très vigilant sur les gens que tu vas intégrer dans ces espaces de discussion et d'influence... Pas tomber sur des gens qui soient véhéments, mais qui soient plutôt dans des démarches... pas juste des gens qui viennent critiquer pour critiquer, mais qui ont rien à proposer... Il faut que ça soit des gens qui soient dans une démarche constructive... donc là, il faut vraiment réussir à établir la confiance avec les gens de manière générale... Identifier les personnes qui ont envie d'aller de l'avant et qui vont être les ambassadeurs... Alors tu en auras qui vont critiquer, tu peux pas avoir 100% d'adhésion, mais c'est d'être au maximum dans l'adhésion des personnes... C'est pas un sujet facile... [...] Là du coup t'es dans une démarche plus constructive, mais des gens qui viennent en disant c'est de la merde et qui proposent rien c'est pas intéressant... Mais ça tu le vois dans la pratique... Donc il faudra effectivement peut-être leur confier des petites missions au démarrage, et plus on voit où la confiance s'établit, de les faire monter en responsabilité dans la maison... ».

Entretien avec le responsable des projets stratégiques, Pôle de compétitivité Biovalley France, 22 février 2021.

Cet acteur oppose dans son discours des usagers qui pourraient être dans la co-construction à d'autres qui seraient dans la critique. Il invite les acteurs institutionnels de la Maison sport-santé à jouer un rôle dans l'identification des « ambassadeurs », que nous étudierons par la suite. Il entend ainsi confier des missions, petit à petit, à ces bénéficiaires, afin de pouvoir tester si leur rôle reste dans la co-construction et non dans la critique.

Son discours rejoint celui d'autres professionnels de la Maison sport-santé qui craignent que le comité des usagers ne devienne un bureau des réclamations :

« Alors moi le comité des usagers quand on me dit ça, on voit ça un peu comme le bureau des réclamations quoi... »

Entretien avec la médecin référente de la Maison sport-santé, 1^{er} mars 2021.

Dans les processus de démocratie participative, il y a une crainte affirmée et partagée par les acteurs institutionnels que le comité des usagers ne devienne une tribune (Buffet et al., 2014) : un espace public et visible où les usagers pourraient librement exprimer et partager leurs opinions sur l'action publique locale.

Par ailleurs, le premier extrait de l'entretien du responsable des projets stratégiques nous montre que la vision de cet acteur de l'intégration des usagers rejoint la notion de représentation des usagers en santé. En effet, au sein des différentes instances de démocratie sanitaire telles que les commissions de conciliation et d'indemnisation (CCI), les commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC), les conférences de santé, etc., il faut être membre d'une association agréée au niveau national ou régional. Une, puisqu'une association est agréée au niveau national ou au niveau régional si sa demande d'agrément a reçu un avis favorable de la commission nationale d'agrément. Cette dernière apprécie si les conditions imposées par le législateur sont remplies et donne un avis au ministre chargé de la Santé (niveau national) ou aux directeurs généraux des agences régionales de santé (niveau régional). Ces autorités prononceront alors l'agrément pour cinq ans ou le refus d'agrément. C'est le ministre de la Santé ou le directeur de l'agence régionale de santé (ARS) qui, sur proposition des associations sollicitées, désigne les représentants des usagers dans les instances de santé publique ou hospitalières. De la même manière que le montrent Buffet et ses co-auteurs en 2014 dans le cas des associations de santé, une association d'usagers peut ainsi apparaître comme un garde-fou à une possible ingérence des bénéficiaires (Buffet et al., 2014).

Pour conclure, on voit que le comité des usagers se structure au sein de la Maison sport-santé de manière à orienter les conduites des usagers (Foucault, 2004). Ces normes sont plutôt acceptées par les bénéficiaires des dispositifs, car ce sont ceux qui détiennent le pouvoir au sein de la Maison sport-santé qui peuvent imposer leurs normes aux autres qui les acceptent comme légitimes (Bourdieu, 1979).

B. Des craintes de conflits d'expertises entre bénéficiaires et acteurs institutionnels de la Maison sport-santé

Si les acteurs institutionnels souhaitent encadrer la participation des bénéficiaires c'est également parce que la participation et l'investissement des bénéficiaires dans les instances de démocratie participative de la Maison sport-santé ne sont pas sans constituer des conflits d'expertises. Comme nous avons pu le rappeler en introduction de ce chapitre, c'est Epstein (1995) qui délimite le concept d'expertise profane dans le cadre des premiers mouvements militants de lutte contre le sida aux États-Unis. On définit l'expert profane comme un individu non-professionnel qui a acquis des connaissances dans un domaine notamment scientifique et médical.

Les craintes de se voir dessaisir de son expertise professionnelle apparaissent plus particulièrement dans le discours de professionnels de la Maison sport-santé qui jouissent d'une expertise spécifique. C'est le cas par exemple dans les métiers médicaux portés au sein de la Maison sport-santé et notamment par la médecin référente. À travers son discours, elle indique que la notion de patient-expert est par exemple une « *ineptie* » pour elle :

« Alors moi clairement pour moi le patient-expert au début, en tant que médecin, c'était une ineptie... clairement... mais moi je reviens bien de loin... A l'époque je travaillais seule comme médecin... L'infirmière me disait ce qu'elle devait faire... J'avais pas de mépris pour les gens, mais je comprenais pas le travail pluridisciplinaire voilà... [...] »

Entretien avec la médecin référente de la Maison sport-santé, 1^{er} mars 2021.

La notion d'expertise d'usage, de patient-expert, entraîne d'autant plus d'inquiétudes qu'elle réactive, pour certains acteurs, des oppositions entre médecine empirique, rationnelle, scientifique et expérience vécue (*Erlebnis*) ou contre connaissance de l'expérience instruite, rationalisée, conceptualisée, modélisée et théorisée (*Erfahrung*). On note ainsi une opposition entre la médecine entendue comme un pouvoir traditionnel et rationnel et le patient qui serait, quant à lui, doté d'une parole passionnelle. En effet, historiquement, les professions médicales agissent en protection de leurs expertises afin de maintenir une sorte de monopole sur la gestion des soins (Freidson, 1970). Certains professionnels de santé émettent ainsi des résistances face à l'introduction de savoirs dits profanes fondés sur d'autres types de connaissances, en l'espèce les savoirs expérientiels.

Pourtant le mouvement d'intégration de la parole des usagers, comme nous avons pu l'observer, réforme en profondeur le champ du soin. Les malades deviennent porteurs d'une autre parole et des acteurs à part entière de leur parcours de soin³⁷⁰. La maladie entraîne bien souvent des bouleversements dans la vie quotidienne, mais également dans les formes de savoir des individus touchés (Carricaburu, Ménoret, 2004).

Les craintes de conflits d'expertises touchent également les acteurs institutionnels du champ sanitaire. Un représentant du régime local d'assurance maladie affirme ainsi qu'il y aurait des choses dont les bénéficiaires auraient la maîtrise et d'autres qui resteraient l'apanage des professionnels :

« Ça, je suis un peu perplexe, hein, c'est... Ça dépend comment on voit ça, quel va être le rôle de ce comité d'usagers, ça peut pas être quelque chose qui impulse des décisions... À la rigueur c'est plus une possibilité donnée aux usagers de pouvoir donner leur point de vue sur le fonctionnement et d'éventuellement de faire des propositions sur des actions que peut faire la Maison du sport-santé... Mais je suis toujours très dubitatif sur les comités des usagers et des choses comme ça... parce que ça peut très vite devenir un endroit où on décide de choses dont on n'a plus la maîtrise... »

Entretien avec un représentant du régime local d'assurance maladie, 28 juin 2021

Dans le champ du sport également, on craint un conflit d'expertise. Une éducatrice sportive de la Maison sport-santé se place ainsi en défense de son expertise professionnelle et personnelle et craint que l'intégration des bénéficiaires chamboule un ordre de connaissances qui serait déjà établi :

« Faire attention aussi peut-être à ce que chacun ait sa place dans le sens où je dis pas qu'ils aient pas de connaissances ».

Entretien avec l'éducatrice sport santé sur ordonnance, 19 février 2021

Son intervention illustre que pour les éducateurs sportifs, la dynamique d'intégration de la parole des usagers peut également être vécue comme une remise en question possible d'une expertise technique que les éducateurs sportifs ont acquis au cours de leur formation professionnelle et de leur expérience.

³⁷⁰ D'après le concept d'*identity spread*, l'identité étendue. On appelle « *identité étendue* » celle que les autres attribuent à une personne en fonction de son handicap ou de sa maladie, alors que les malades chroniques ont une perception d'eux-mêmes bien plus large. Même porteurs d'une maladie chronique, ils sont aussi parents, maris, amis, professionnels, etc. (Strauss, A-L. (1975). *Chronic Illness and the Quality of Life*. Mosby, 1975, 160p.).

Jusqu'à présent, les éducateurs sportifs étaient donc seuls à pouvoir concevoir et organiser leurs programmes d'activités physiques. La posture des professionnels peut ainsi être une barrière à la mobilisation des publics notamment en l'absence de posture « *d'aller vers* » (IREPS, 2024). Les éducateurs, souhaitant être avertis des comités des usagers et des sujets abordés, ne désirent pas que le comité puisse prendre des décisions³⁷¹. Dans une position de défense de leurs expertises, ils peuvent éviter de parler à certains bénéficiaires de l'existence du comité, montrant une certaine défiance au partage d'information auprès des patients (Abelson, Martin, Gauvin, 2011).

La posture des professionnels joue donc un rôle important dans la mobilisation des bénéficiaires au sein des instances de démocratie. La participation des usagers à la Maison sport-santé implique donc de sensibiliser les professionnels à la redéfinition des frontières du savoir et à reconnaître de nouvelles formes d'expertises à travers l'expert profane.

L'acceptation d'une nouvelle forme d'expertise profane par les professionnels de la Maison sport-santé est encouragée par la démarche de l'ETP, qui s'appuie sur un changement de paradigme dans le champ médical. La médecin référente de la Maison sport-santé illustre cet infléchissement qui peut exister dans le domaine médical ainsi :

« C'est l'éducation thérapeutique du patient qui m'a vraiment ouvert à ça... J'ai fait des formations avec d'autres gens et comme je disais... c'est vrai je me suis rendu compte que c'était des gens avec d'autres points de vue et que ça pouvait être intéressant. »

Entretien avec la médecin référente de la Maison sport-santé, 1^{er} mars 2021.

Ziegler analyse comment l'ETP modifie la relation de pouvoir traditionnelle entre les soignants et les soignés (Ziegler, 2014). Elle renverse d'abord une relation hiérarchique verticale où le médecin est sachant et le patient passif : le malade devient acteur de son parcours de soin. Ainsi, L'ETP induit ainsi de nouvelles formes de coopération et de partage des savoirs qui déplace les frontières de la compétence.

³⁷¹ Ce souhait émane du discours des éducateurs sportifs lors d'une réunion du dispositif sport-santé sur ordonnance en avril 2021.

Auprès des éducateurs sportifs, la démarche de l'ETP est plus complexe à amener notamment, car le programme sport-santé sur ordonnance n'est pas labellisé ETP par l'Agence Régionale de santé. Ces professionnels, au contraire des professionnels de PRECCOSS, n'interviennent donc pas dans un programme d'ETP et ne sont pas, pour certains, formés à l'ETP. Une démarche de formation à l'ETP de l'ensemble des agents de la Maison sport-santé a lieu entre 2020 et 2023.

III. Des représentants d’usagers dans l’action publique locale : portraits, ressources, compétences et quête d’intérêts

Au sein de la Maison sport-santé, les bénéficiaires engagés dans le comité des usagers ou la représentation des usagers ont des parcours personnels et des trajectoires socioprofessionnelles variées. Ils mobilisent, dans leur engagement, différentes ressources et compétences qui leur permettent notamment d’avoir des positionnements particuliers au sein de l’action publique locale.

A. Portraits croisés de représentants d’usagers : des parcours familiaux et professionnels complexes à la pratique du sport comme revanche

Les usagers qui s’engagent au sein du comité ou dans la représentation d’usagers portent dans leurs parcours professionnels et personnels, mais également dans leur rapport à l’activité physique, des logiques d’engagement fortes. Ce premier portrait nous permet d’envisager le parcours d’une bénéficiaire de 40 ans, touchée depuis son enfance par la lutte contre l’obésité.

Encadré 46 - Portrait d’une bénéficiaire au parcours engagé dans la lutte contre l’obésité, 19 février 2021

Âgée de 40 ans, elle est bénéficiaire du dispositif depuis juin 2018. Elle travaille actuellement à la SNCF comme cadre financier à Strasbourg. Auparavant, elle a fait des études en communication (BTS). Elle a rejoint la SNCF au service de communication régionale puis a exercé de nombreux métiers : guichets, contrôle, etc. Elle pilote aujourd’hui les projets d’infrastructures, dans un service gestion-finance. Sa mère était éducatrice spécialisée et son père informaticien. Elle a intégré le dispositif par rapport à l’obésité. Elle avait déjà tenté d’aller voir différents dispositifs au niveau d’associations, mais n’avait pas réussi à persévérer. Avant de rejoindre sport-santé sur ordonnance, elle s’était renseignée sur la prise en charge de l’obésité au niveau national. Elle a parlé du dispositif à son médecin traitant. Au sein de sa famille, les personnes étaient sportives et engagées dans le milieu associatif, sa mère ayant notamment un brevet d’État de sport adapté. Elle se décrit comme ayant été la fainéante de la famille.

À partir de 9 ou 10 ans, « *les kilos ont commencé à venir* ». Sa mère a ainsi commencé à ne pas la nourrir de la même manière que son frère.

Ce portrait met en lumière le parcours complexe, professionnel et familial, de cette bénéficiaire, représentante des usagers. Son parcours professionnel est d'abord marqué par une diversité professionnelle forte, mais en même temps une certaine stabilité, car elle a exercé différents postes certes, mais au sein de la même entreprise.

Ce qui marque particulièrement son portrait, c'est son expérience personnelle de l'obésité dès l'enfance. L'obésité semble avoir influencé son rapport au corps et à sa propre discipline. Au sein de sa famille, le sport a toujours été présent. Sa mère était, par exemple, engagée dans le sport adapté. Cette dynamique familiale a pu être ressentie par la bénéficiaire comme une pression à faire du sport, dans une famille où tous étaient sportifs. Cela se voit notamment lorsqu'elle se qualifie de « *fainéante de la famille* ». Elle souligne un sentiment d'échec, de non-conformité au modèle familial. L'obésité a participé à sa stigmatisation pendant son enfance, on le voit lorsqu'elle dit que sa mère ne la nourrissait pas autant que son frère :

« *Ma mère elle a dit ah ben non les céréales que j'achète pour ton frère, toi tu n'as pas le droit de les manger, mon frère avait le droit de se resservir [...]* ».

Entretien avec cette bénéficiaire, 19 février 2021.

Face à son obésité, elle s'est renseignée sur les dispositifs existants et a démarché son médecin traitant pour rejoindre le dispositif de sport-santé sur ordonnance. Elle démontre ainsi une volonté de prendre en charge sa santé. Cette volonté de rejoindre les dispositifs émane souvent des bénéficiaires eux-mêmes qui en parlent à leur médecin traitant : « *Très souvent, ce sont les publics qui font la démarche de demander à leur médecin traitant de leur prescrire du sport sur ordonnance, plutôt que l'inverse.* » (Oualhaci, 2023).

Aussi, si les médecins sont souvent présentés comme acteurs clés de la promotion de la santé (Pellegrin, 2014), ce sont les bénéficiaires qui jouent un rôle important dans leur engagement dans sport-santé sur ordonnance (Lutrat, 2022).

Une bénéficiaire de sport-santé sur ordonnance, inscrite dans le comité des usagers affirme ainsi :

« Alors par hasard, j'avais vu un article dans le journal, j'ai pas prêté attention plus que ça au début et quand j'ai fait un bilan santé suite à des problèmes physiques, ben je me suis rendu compte que donc je le savais, mais que j'étais en surpoids et donc du coup j'ai eu ça en tête... Je me suis dit, sport santé, ça me dit quelque chose et j'en ai parlé à mon médecin qui lui m'a fait une ordonnance du coup et qui m'a dirigé vers sport santé... »

Entretien avec une bénéficiaire de sport santé sur ordonnance, 19 mai 2021.

Certains usagers ont un parcours marqué par de multiples formations, ce sont d'ailleurs souvent ces derniers qui se portent volontaires pour devenir représentants des usagers. Ces personnes profitent d'une certaine aisance à parler en public issue de leur parcours personnel et professionnel pour intervenir au sein de réunions institutionnelles.

Encadré 47 – Portrait d'un représentant d'usagers : un parcours professionnel éclectique, le 18 janvier 2021

Il a débuté sa carrière auprès de son père, dans la dorure à la feuille d'or. Après avoir travaillé dans la création d'abat-jours, il a rejoint le secteur du prêt-à-porter, puis un vendeur de meubles à Strasbourg. Quand il a quitté Strasbourg pour suivre sa femme, cadre commerciale, il a repris ses études dans une école commerciale textile. Il a travaillé en tant que cadre par la suite dans la société Lesieur Cotten, puis dans le groupe LVMH. Il a repris ses études au conservatoire national des arts et métiers, alors qu'il était âgé de 48 ans. Ce choix était justifié pour lui : *« parce que comme on m'envoyait tout le temps des nouvelles recrues (HEC, ESSEC, ...), donc je me rendais bien compte que je ne parlais pas du tout le même langage ... »* (Entretien réalisé le 18 janvier 2021).

Ces parcours, tout comme celui de la représentante d'usagers, témoignent d'une évolution professionnelle éclectique. La mère de ce bénéficiaire travaillait dans le domaine commercial et son père était artisan. Alors qu'il sentait un écart de langage « *je ne parlais pas du tout le même langage* » avec des nouvelles recrues, ce bénéficiaire a repris des études à 48 ans, montrant une forte détermination dans sa carrière. Les études participent ainsi selon lui à l'exercice d'une légitimité dans le monde professionnel.

Quand il était enfant, les sports lui étaient « interdits » à cause de problèmes de santé :

« J'ai commencé à l'âge de quatre ans par des rhumatismes articulaires aigus et on pensait que j'avais la polio, parce que j'étais très très mince, et donc pendant six mois on m'a traité pour la polio jusqu'à ce qu'un interne me fasse une prise de sang et découvre que j'avais pas du tout la polio et que j'avais des rhumatismes articulaires aigus... ».

Entretien avec ce bénéficiaire, le 18 janvier 2021

Il est inclus dans le dispositif sport-santé depuis 1 an ½ pour d'autres raisons de santé, puisqu'il a du cholestérol³⁷². Il nous indique ainsi que sa première réaction, quand sa médecin lui a dit de faire du sport, était d'être surpris.

Les portraits des représentants des usagers et membres du comité des usagers laissent entendre différents rapports entretenus avec l'activité physique. La sociologie porte un intérêt particulier aux processus de socialisation dans le sport. La socialisation est entendue comme : « *l'ensemble des processus par lesquels l'individu est construit, on dira aussi formé, modelé, façonné, fabriqué, conditionné, par la société globale et locale dans laquelle il vit, processus au cours desquels l'individu acquiert, apprend, intériorise, incorpore, intègre, des façons de faire, de penser et d'être qui sont situées socialement* » (Darmon, 2007). Plusieurs auteurs montrent que la famille joue un rôle important dans la transmission du goût à l'activité physique, et notamment les mères (Grassler, 2021).

³⁷² Le cholestérol ne constitue pas en tant que tel un critère d'inclusion au dispositif sport-santé sur ordonnance. Ce bénéficiaire a donc dû être inclus pour une autre pathologie que le cholestérol.

Ces transmissions familiales contribuent au façonnement de *l'habitus* que Bourdieu qualifie comme une « *loi immanente, déposée en chaque agent par la prime éducation, qui est la condition non seulement de la concertation des pratiques, mais aussi des pratiques de concertation, puisque les redressements et les ajustements consciemment opérés par les agents eux-mêmes supposent la maîtrise d'un code commun et que les entreprises de mobilisation collective ne peuvent réussir sans un minimum de concordance entre l'habitus des agents mobilisateurs et les dispositions de ceux dont ils s'efforcent d'exprimer les aspirations* » (Bourdieu, 2000, p. 272).

Dans les portraits des deux représentants que nous avons étudiés, on voit qu'il s'agit d'un rapport conflictuel dans l'enfance à l'activité physique. Ils vivent la reprise de l'activité physique dans leur parcours, comme une sorte de « *revanche* » (Le Breton, 1991).

David Le Breton montre, dans ses recherches, que l'activité physique peut aussi être saisie par les individus comme une réappropriation de leur corps notamment lorsque ces personnes ont eu une enfance marquée par une expérience négative ou l'absence d'expérience de l'activité physique. L'activité physique intervient ainsi comme un défi personnel ou une revanche sur l'enfance après une rupture temporelle marquée par l'absence d'une pratique sportive.

Leurs parcours professionnels et personnels témoignent ainsi d'une logique d'engagement et de recherche de sens. L'activité physique est saisie chez ces acteurs comme une dynamique profonde de transformation.

B. De la mobilisation de ressources pour devenir représentants des usagers vers l'auto-sélection de bénéficiaires « *compétents* »

Les bénéficiaires engagés au sein du comité des usagers ou dans la représentation des usagers jouissent d'une expertise acquise par la pratique et l'expérience, on parle d'expertise profane³⁷³. Cette expérience se traduit par une connaissance des dispositifs, de la maladie, des bienfaits de l'activité physique pour la santé. L'expérience acquise apparaît comme une ressource dans la représentation d'usagers.

³⁷³ Comme nous avons pu le définir, on entend par expertise profane un individu non-professionnel qui a acquis des connaissances dans un domaine (Epstein, 1995). L'auteur étudie cette notion notamment dans le contexte de la lutte contre le SIDA.

D'autres ressources sont également mobilisées dans cet exercice et qui émanent de leur propre légitimité, de compétences acquises (questionnement, information, consultation, affirmation de sa parole), mais aussi de la reconnaissance (traitement et considération) de leur légitimité à s'engager par les autres, en particulier par des professionnels du sport et de la santé.

Dans leur parcours d'engagement en tant que représentant d'usagers ou au sein du comité des usagers, la maladie est centrale chez les bénéficiaires. Elle est constitutive de leur expertise profane, que nous avons déjà définie. La maladie chronique est un élément majeur de rupture ou une situation qui entraîne des bouleversements dans les structures de la vie quotidienne et dans les formes de savoirs des individus touchés (Bury, 1982). Elle apparaît pour les bénéficiaires engagés comme une opportunité d'apprentissages, d'acquisitions de savoirs et d'expériences intimes liés au vécu.

Pour les patients, l'acquisition de savoirs expérientiels renvoie à la reconnaissance morale, à l'accès à des données, mais aussi à une compréhension de sa pathologie et de son parcours de soins.³⁷⁴ Les perspectives des bénéficiaires dans leurs engagements sont donc construites vis-à-vis de leurs « *métier de malade* » (Gross, Ruelle, Sannié et al., 2017).

Les représentants des usagers identifient qu'une bonne connaissance de sa maladie et de son parcours médical est une connaissance inhérente à leur fonction :

« *Je peux parler du dispositif, de gens qui sont malades, et aussi en obésité [ouais] et donc du coup je vais communiquer sur ça, mais pas juste en pleurnichant parce que je suis pas bien dans ma... mes kilos en trop, mais en disant je fais quelque chose de chouette, il existe quelque chose de chouette... et du coup c'est me revaloriser moi-aussi en me disant ben je fais quelque chose pour moi et pour les autres aussi* »

Entretien avec une bénéficiaire du dispositif sport-santé sur ordonnance, le 19 février 2021.

³⁷⁴ L'utilisateur-expert en APAS est un double expert : il est à la fois un expert de lui-même, c'est-à-dire de sa vie avec la maladie, mais aussi expert d'une ou des activités physiques adaptées à son état de santé par l'observation de son corps et des réactions de celui-ci pendant et après des séances de pratique physique. Il accumule un « *savoir expérientiel (issu de la connaissance de la maladie [et de l'activité physique] in vivo)* » (Boudier, F., Bensebaa, F. & Jablanczy, A. (2012). L'émergence du patient-expert : une perturbation innovante. *Innovations*, 39, 13-25. <https://doi.org/10.3917/inno.039.0013>). Lutrat, F. (2022). *Sport sur ordonnance : de la prescription à l'engagement des bénéficiaires dans le dispositif. Parcours de vie et expériences de malades chroniques à Strasbourg*. Thèse de doctorat, Université de Strasbourg.

Pourtant, contrairement aux représentants en démocratie sanitaire, où il est nécessaire d'avoir un savoir expérientiel et des savoirs savants dans le domaine de la santé (Gross, Ruelle, Sannié et al., 2017), ces derniers semblent ici moins évidents. Les bénéficiaires engagés n'ont pas de compétences spécifiques dans le domaine de la santé. Au-delà de sa connaissance de sa maladie, c'est plutôt la connaissance des dispositifs qui apparaît comme constitutive d'une ressource essentielle à l'engagement. Les bénéficiaires les plus engagés au sein du comité sont aussi ceux qui sont dans le dispositif depuis plusieurs années :

« En tant qu'ancien bénéficiaire, j'ai cette légitimité de parler de mon expérience, de faire remonter tout ce que j'ai entendu pendant les 3 ans où j'étais sport santé... »

Entretien avec une bénéficiaire du dispositif sport-santé sur ordonnance, le 19 mai 2021.

Ainsi, certains bénéficiaires disent manquer de recul sur le dispositif et de connaissances pour s'engager dans la représentation d'usagers :

« Peut-être que je m'engagerai quand j'aurai plus d'expérience, je suis pas assez ancienne dans le dispositif [...] ».

Témoignage de bénéficiaires, dans le cadre des olympiades menées par la Maison sport-santé, le 3 juillet 2021.

Ou encore :

« Je ne suis pas assez intégrée dans le dispositif, je n'ai pas assez de recul »

Témoignage de bénéficiaires, dans le cadre des olympiades menées par la Maison sport-santé, le 3 juillet 2021.

Chez certains représentants des usagers, c'est la confrontation avec d'autres représentants plus expérimentés qui entraîne leur désengagement dans la représentation :

« Je suis venu sans rien connaître de ce travail déjà fait, je ne m'investirai pas dans certaines choses, je ne le vois pas comme ça non plus ce comité-là. Je me trouve trop novice. »

Extrait des paroles d'une représentante des usagers lors d'échanges concernant la formation avec France Assos Santé, le 17 juin 2021.

L'engagement des bénéficiaires dans la représentation d'usagers est également intimement lié à leur parcours personnel. Aussi, la littérature montre que les patients impliqués dans la représentation des usagers sont souvent des acteurs associatifs et engagés (Massé, 2005).

Ils ont des expériences similaires dans leur vie privée : citoyens actifs, engagés dans le monde associatif, syndical ou sportif (Buffet et al., 2014). C'est le cas d'une représentante des usagers, qui affirme être engagée au sein de syndicats dans son parcours professionnel et au sein de conseils d'écoles dans sa vie familiale :

« Pourquoi pas ? Après, il faudra un peu de temps, parce que j'ai déjà beaucoup d'activités associatives en dehors du Comité des usagers »

Entretien avec un membre du comité des usagers de la Maison sport-santé, le 4 mai 2021.

Une autre bénéficiaire affirme également être engagée dans la sphère associative et professionnelle :

« Je suis vice-présidente de deux assos...Et avant, je faisais de la radio associative aussi...Et quand j'étais plus jeune, j'avais plus d'assos... Par exemple, au travail, je fais partie du CHSCT depuis 20 ans...Donc j'étais délégué syndical aussi il fut un temps »

Entretien avec une bénéficiaire du dispositif sport-santé sur ordonnance, le 19 mai 2021

Une représentante des usagers, explique par exemple son engagement au sein de la Maison sport-santé par un contexte familial où l'engagement était présent :

« Après je pense que c'est peut-être là... l'origine de mes parents, ils étaient souvent beaucoup engagés dans le monde associatif, donc j'ai vécu ça enfant et... [...] y a peut-être quelque chose comme ça de là... la répétition, on aime bien s'engager dans les choses ».

Entretien avec une représentante des usagers, 19 février 2021.

Elle s'engagera ainsi, par la suite, en tant que représentante d'usagers de la Maison sport-santé. Les auteurs en sociologie politique montrent ainsi que la socialisation politique est en partie transmise par les parents, les enfants intégrant ces normes de l'engagement (Percheron, 1974).

Les compétences mobilisées par les représentants des usagers et le comité des usagers tendent à la professionnalisation du rôle même de représentants des usagers et à son institutionnalisation. Certains usagers déploient, dans l'exercice de la représentation, des compétences techniques particulières comme la réalisation de supports de communication afin d'engager les autres bénéficiaires à s'engager (*illustration 61*).



Illustration 61 – Flyer réalisé par les représentants des usagers, appel à volontariat³⁷⁵

Cette professionnalisation s'illustre également par la recherche d'un nom à attribuer au comité des usagers par une représentante des usagers : « *Place au sport* », « *cœur de sport* », « *ose et bouge !* », « *Cobess* »³⁷⁶.

³⁷⁵ Flyer réalisé par les représentants des usagers de la Maison sport-santé, 2021.

³⁷⁶ Échanges avec une représentante des usagers en date du 8 février 2021.

« On a pu réfléchir et faire une première ébauche de ce qu'on pourrait y faire et comment on voit les choses, à construire maintenant avec l'équipe : identité, nom du comité, faire vivre le comité, etc. [Elle distribue le flyer]. Il faut voir comment on a envie de s'engager, porter un projet pour faire vivre le collectif. Il faut imaginer pendant le dispositif et conduire les bénéficiaires vers l'après ».

Une représentante des usagers, lors d'une rencontre avec l'association France Assos Santé ayant pour objectif de parler de la formation des représentants, 17 juin 2021.

Ou encore par la demande de réalisation de cartes de visite :

« Je voulais savoir s'il était possible de faire des cartes de visites. Ça ne me dérange pas d'en faire par moi-même, mais voir si on en fait sous la charte graphique de la MSS ou si on fait libre. »

Échanges avec une représentante des usagers, en 2021.

Une représentante des usagers affiche ainsi sur son profil Facebook, la mention « *représentante du comité des bénéficiaires du sport-santé* » en complément de celle de son emploi (*Illustration 62*).

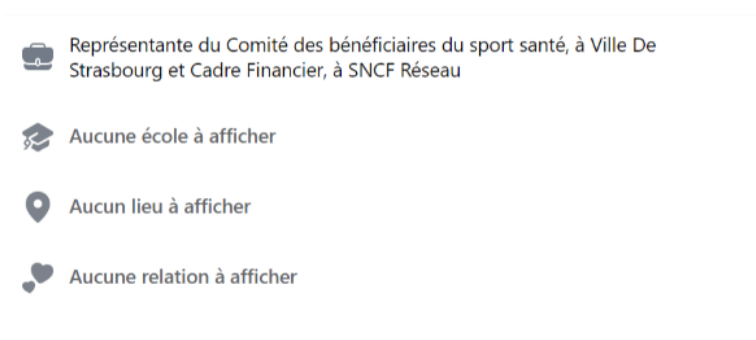


*Illustration 62 - Profil Facebook public d'une représentante des usagers de la Maison sport-santé*³⁷⁷

Cette professionnalisation exclut des usagers qui ne se sentiraient pas compétents à devenir représentants d'usagers, les plus profanes.

« Plus les décisions sont prises par l'expert et moins elles peuvent l'être par le profane ».
(Freidson, 1970).

³⁷⁷ Capture écran Facebook du profil public d'une représentante des usagers, en 2021.

Cette demande de professionnalisation est induite des missions qui incombent au comité des usagers et aux représentants des usagers ainsi que de l'organisation administrative et institutionnelle du groupement d'intérêt public. Des compétences spécifiques sont recherchées par les acteurs administratifs de la Maison sport-santé envers les représentants des usagers et les membres du comité des usagers. Ces derniers doivent pouvoir porter une parole et rédiger des avis sur les décisions du GIP.

Les agents administratifs et institutionnels jouent un rôle important dans la constitution du sentiment de légitimité des représentants des usagers : *« le plus souvent la permutation de profane à expert est le fruit d'une reconnaissance publique des compétences citoyennes ainsi que de l'attitude des élus à l'égard de ces nouveaux acteurs de l'action publique locale »* (Morales, 2013). La reconnaissance du GIP des compétences des représentants des usagers participe à leur légitimation. Elle consolide leur position au sein des instances du GIP, face aux autres partenaires et cela leur donne accès à des ressources et des informations. La question de la reconnaissance des usagers est déterminante dans l'efficacité des dispositifs participatifs (Ghadi, Naiditch, 2006).

Carman montre que dans les organisations de santé, l'engagement des patients dépend de la culture institutionnelle plus ou moins ouverte et réceptive aux points de vue des patients. L'organisation peut ainsi faciliter ou non la participation active des patients (Carman et al., 2013). La question du langage institutionnel, et de sa compréhension, apparaît par exemple comme structurelle pour l'engagement des bénéficiaires dans la représentation d'usagers. Alors que les usagers sont peu à l'aise pour parler ou présentent de manière inadaptée leurs intérêts, des auteurs décrivent ainsi que les associations de représentants d'usagers permettent de dépasser le manque de ressources cognitives des usagers (Gusmano, 2009). Le langage est comme un instrument de pouvoir, et sans sa maîtrise, les plus démunis se retirent du jeu (Bourdieu, 1982) ou se rallient aux plus puissants (Gusmano, 2009). Des bénéficiaires expriment ainsi la crainte de manquer de compétences, notamment en matière d'éloquence ou d'adoption de règles de prises de paroles de l'institution :

« Il faut de l'éloquence ».

Parole d'Alvyn, jeune bénéficiaire de PRECCOSS, réunion du 1^{er} conseil des jeunes de PRECCOSS, mercredi 22 décembre 2021.

La légitimité des représentants des usagers se construit en rapport avec l'institution. Sont légitimes ceux qui sont capables de représenter, d'analyser des données, de se concerter et d'être force de propositions (Buffet et al., 2014) (comme nous avons pu le voir dans le chapitre 3, II.A). Pour comprendre par exemple les documents budgétaires présentés au sein des instances du groupement d'intérêt public, une représentante des usagers mobilise des compétences professionnelles acquises par ailleurs :

« Moi je me sens tout à fait à ma place, je me dis pas, ah non, nous on est concerné par rien, je trouve que tout est intéressant, bon après quand ça parle de finances, après... moi c'était possible de par mon activité professionnelle, d'un point de vue financier c'est intéressant [...] »

Entretien avec une représentante des usagers, 19 février 2021.

Cette recherche de compétences spécifiques des représentants des usagers dans le cadre de leur parcours professionnel explique que les profils soient principalement des cadres ou des professions où se retrouvent ces compétences particulières. La justification d'une expérience antérieure liée à une vie professionnelle passée apparaît pour les acteurs comme une légitimation de leur engagement dans la représentation d'usagers :

« Je suis toute novice dans le comité. J'ai intégré sport-santé en novembre, je connaissais bien la structure avant, car j'étais médecin de santé publique. [...] Je veux bien participer pour donner de mon temps et faire connaître, évoluer. »

Paroles d'une représentante des usagers, rencontre avec France Assos Santé concernant la formation des représentants des usagers, le 17 juin 2021.

Par ailleurs, si elle n'est pas constitutive d'une compétence, la disponibilité des représentants des usagers est essentielle à leur engagement. On retrouvera parmi les représentants des usagers, comme l'entretien ci-dessus le montre, de nombreux retraités. Nous décrirons par la suite cette notion de temps disponible dans l'engagement.

Ainsi, afin de devenir représentant des usagers au sein de la structure : il faut posséder à la fois un sentiment de compétence et être légitimé par l'administration de la Maison sport-santé. Cela nous amène à constater que tous les bénéficiaires ne se sentent pas compétents à devenir représentants des usagers. Certains s'autocensurent et n'osent pas s'engager, jugeant ne pas avoir la compétence de le faire, ou n'étant pas socialisés aux codes de la participation au sein de la Maison sport-santé (Godrie, 2021).

Les conditions de la participation au comité des usagers et dans la représentation d'usagers sont ainsi inégalitaires (Carricaburu, Ménoret, 2004). Ces différentes analyses nous amènent à questionner la représentativité des représentants des usagers (Ghadi, Naiditch, 2001) : les usagers qui s'engagent dans la représentation sont-ils les plus légitimes et représentatifs ou n'ont-ils pas seulement le sentiment d'être compétents ?³⁷⁸

Ceux qui participent à la représentation des usagers sont également ceux qui répondent aux exigences de la représentation d'usagers et au comité d'usagers d'après l'administration de la Maison sport-santé. Ces compétences recherchées agissent comme un filtre au sein d'une file active de bénéficiaires qui pourrait s'engager dans l'action publique. Elles encouragent également la professionnalisation des fonctions de représentants d'usagers (Lascoumes, 2001 : 93). Un bénéficiaire qui entre dans les critères administratifs de la Maison sport-santé est légitimé. Nous verrons cependant par la suite que cela ne suffit pas à le légitimer, il faut également qu'il porte un discours spécifique sur l'action de la Maison sport-santé.

Nous avons ainsi illustré ces notions dans la figure ci-dessous (figure 19).

³⁷⁸ Buffet, S., Vuattoux, P., Baudier, F., Peseux, Y., Magnin-Feysot, C. & Perrot, J. (2014). Mise en place d'un comité de représentants des usagers dans une maison de santé pluridisciplinaire : Constats, limites et perspectives. *Santé Publique*, 26, 433-441 : un des difficultés ressenties peut ainsi être la question de la représentativité des représentants des usagers.

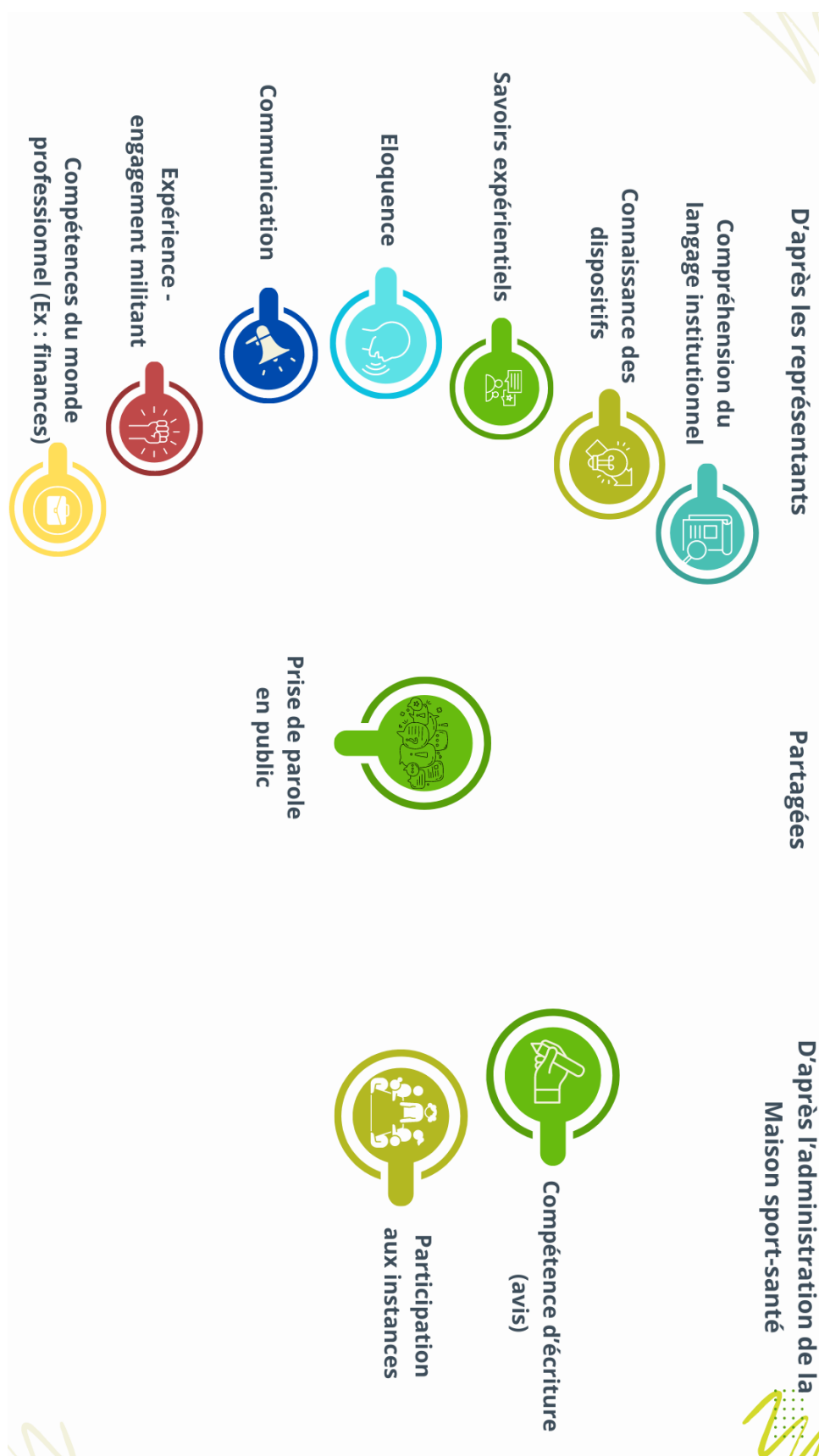


Figure 19 - Schématisation des compétences pour la représentation d'utilisateurs selon les utilisateurs et l'administration de la Maison sport-santé.

C. Des représentants d'usagers qui poursuivent des intérêts dans leur engagement

Les bénéficiaires qui s'engagent au sein du GIP poursuivent différents intérêts. Pour certains, l'engagement au sein du GIP est facteur de rétributions³⁷⁹. Ces rétributions peuvent être la familiarisation avec certains processus liés au dispositif, un lien avec l' élu en charge de la santé, etc. Elles ne sont pas matérielles, car ces dernières ne sont pas prévues dans la convention constitutive, mais relèvent principalement de rétributions symboliques et morales de leur engagement :

« On a une place à part entière, mais différente : il faut pas tous être alignés pour exister. À chaque fois : effort de [L' élu en charge de la santé] de dire attention il y a des représentants qui sont là, bonjour, on est content de vous avoir. C'est une place différente, mais pas diminuée. »

Propos d'une représentante des usagers lors d'une rencontre avec France Assos Santé concernant la formation des représentants des usagers, 17 juin 2021.

Au sein des processus de démocratie participative, les auteurs nous montrent ainsi que la participation peut être saisie par les citoyens comme un moyen de renforcer leur position sociale (Bourdieu, 1979). Bourdieu parle alors du concept d'intérêt qui peut être symbolique notamment pour renforcer un capital social, symbolique ou culturel. Ainsi, pour certains individus, l'engagement bénévole associatif permettra alors d'obtenir au sein de la société une position différenciée et une identité valorisée (Bourdieu, 1992).

Pour d'autres bénéficiaires, s'engager dans la représentation d'usagers permet par exemple de compléter des savoirs déjà acquis, lors de leur « métier » de malade ou proche malade (Gross, Ruelle, Sannié et al., 2017). Pour certains bénéficiaires, il s'agit ainsi à travers ces processus participatifs de développer de nouvelles compétences qu'ils pourront transposer sur le marché du travail (Laville, 2007).

Certains bénéficiaires profitent également de ces temps d'échanges avec l'équipe administrative de la Maison sport-santé pour appuyer leurs projets personnels ou professionnels.

³⁷⁹ Nous définirons la rétribution comme la contrepartie qu'obtient un individu ou un groupe d'individu en réponse à une contribution ou à un comportement. Site internet : <https://www.cnrtl.fr/lexicographie/r%C3%A9tribution>

C'est le cas par exemple d'un bénéficiaire qui a sollicité l'équipe de la Maison sport-santé afin de défendre le projet d'une formation en soins énergétiques holistiques et de le proposer, par la suite, aux bénéficiaires de la Maison sport-santé :

« Je rebondis sur le projet de [X] qui projetait « passer de l'autre côté de la barrière » pour te dire que je suis jusqu'en novembre prochain, une formation diplômante pour devenir thérapeute en soins énergétiques holistiques (en dehors de mon métier d'enseignant et très prochainement en complément de retraite). Pour rejoindre l'idée que j'avais émise dans mes réponses à savoir « qu'il faut soigner le corps, sans oublier l'esprit », je pourrais aussi apporter mes compétences au sein de la maison Sport Santé si des usagers sont intéressés par ce type de soins. [...] »

Extrait d'un mail d'un bénéficiaire, en date du 27 mai 2021.

Certains représentants le deviennent, car ils ont donc la capacité de mettre en forme leurs revendications (Tabuteau, 2016).

Enfin, la recherche d'un lien social et d'un nouveau réseau de sociabilité est un intérêt fort de l'engagement des bénéficiaires dans le comité des usagers ou la représentation d'usagers. S'engager est considéré comme une opportunité de rencontrer d'autres bénéficiaires et d'élargir son cercle de sociabilité. Les bénéficiaires trouvent ainsi dans le comité des usagers ou la représentation d'usagers des nouvelles amitiés :

« Je me suis dit ben qu'est-ce qu'on peut faire, monter une association c'est pas forcément évident, j'avais déjà fait une petite page Facebook privée et en fait finalement le groupe qui s'est constitué, c'est des amies que je me suis faite dans mes activités à moi... »

Entretien avec une représentante des usagers, le 19 février 2021.

Comme le montre également cet extrait du comité des usagers du 5 mai 2021 :

« Je trouve que c'est une excellente idée de faire ce dispositif. Parce que moi ça m'a permis de renouer avec le sport. J'ai rencontré des personnes aussi, j'ai fait connaissance avec des personnes comme [NOM], [NOM], [NOM]. Et d'autres encore. On a gardé un lien et c'est formidable parce que c'est non seulement, on fait du sport, mais on apprend aussi à connaître des gens et il y a des liens qui se qui se créent. Donc voilà, donc moi, je suis disposé. Voilà à venir en aide et à participer à ce comité. Voilà. »

Parole d'une membre du comité des usagers, ancienne bénéficiaire du dispositif de sport-santé sur ordonnance, Comité des usagers, 5 mai 2021

C'est également le cas pour ce bénéficiaire du dispositif de sport-santé sur ordonnance, représentant des usagers :

« Alors, ce dispositif m'a permis de rencontrer d'autres personnes, des personnes qui sont plus durement touchées que moi et, il y a des amitiés qui se sont créées et des envies qui se sont mises en place, c'est-à-dire que on s'est posé la question à quelques-uns "et après sport-santé on fait quoi" ? »

Entretien avec un représentant des usagers, le 15 mai 2021.

Le rapport de Oualhaci (2023) précise ainsi que : *« Une fois inscrits, les usagers ont du mal à quitter le dispositif, parce qu'ils ont trouvé au sein de la MSS un lieu de sociabilité plaisant. »*.

Encadré 48 - Vers la création d'une communauté de bénéficiaires ?

L'administration de la Maison sport-santé à travers son discours parle ainsi de la création d'une « communauté de bénéficiaires » (illustration 63).

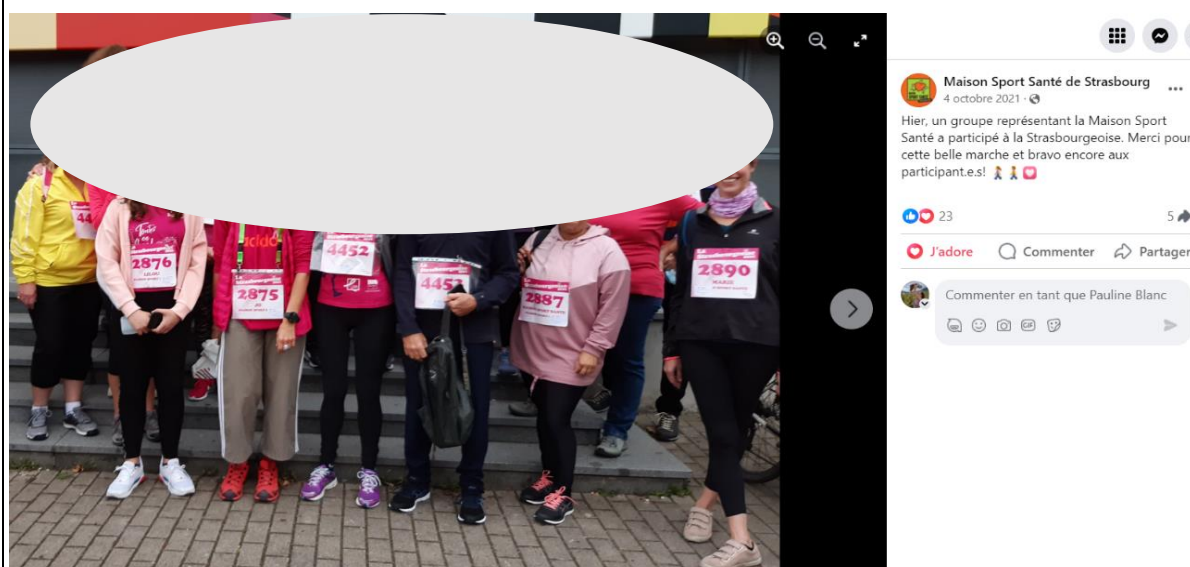


Illustration 63 - Publication Facebook de la Maison sport-santé à un événement sportif³⁸⁰

Ou encore à travers cette publication Facebook (Illustration 64).

³⁸⁰ Capture écran de la page Facebook de la Maison sport-santé, le 4 octobre 2021, à l'occasion d'une course intitulée « La strasbourgeoise ».

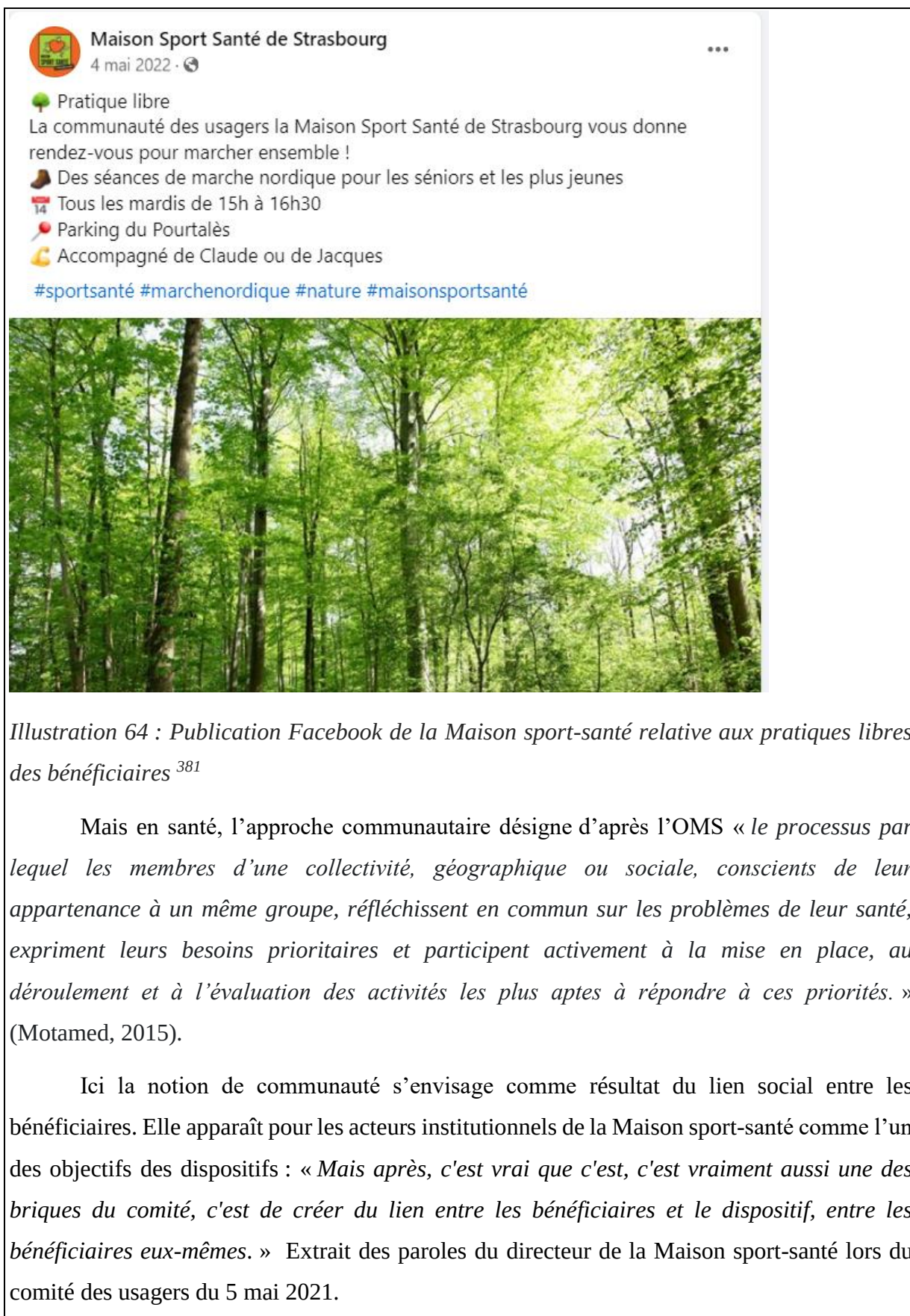


Illustration 64 : Publication Facebook de la Maison sport-santé relative aux pratiques libres des bénéficiaires ³⁸¹

Mais en santé, l'approche communautaire désigne d'après l'OMS « le processus par lequel les membres d'une collectivité, géographique ou sociale, conscients de leur appartenance à un même groupe, réfléchissent en commun sur les problèmes de leur santé, expriment leurs besoins prioritaires et participent activement à la mise en place, au déroulement et à l'évaluation des activités les plus aptes à répondre à ces priorités. » (Motamed, 2015).

Ici la notion de communauté s'envisage comme résultat du lien social entre les bénéficiaires. Elle apparaît pour les acteurs institutionnels de la Maison sport-santé comme l'un des objectifs des dispositifs : « Mais après, c'est vrai que c'est, c'est vraiment aussi une des briques du comité, c'est de créer du lien entre les bénéficiaires et le dispositif, entre les bénéficiaires eux-mêmes. » Extrait des paroles du directeur de la Maison sport-santé lors du comité des usagers du 5 mai 2021.

³⁸¹ Capture écran de la page Facebook de la Maison sport-santé, le 4 mai 2022, concernant les pratiques libres des usagers.

Le responsable du pôle accompagnement, en février 2022 lors d'une réunion du comité des usagers, désigne ainsi la création de cette communauté comme un des objectifs du comité des usagers : « *Il faut travailler la communauté, faire vivre le club du comité des usagers, etc.* »
Extrait des paroles du responsable du pôle accompagnement lors de la réunion du comité des usagers du 21 février 2022.

Des auteurs montrent cependant que si le dispositif permet la création de lien social, les relations qui sont développées dans son cadre restent superficielles et cloisonnées notamment du fait de la grande diversité d'âges, de milieux sociaux, d'origine, de profession, de rapport à l'activité physique et de santé des bénéficiaires (Lutrat, 2022).

Ainsi, les différents exemples mis en exergue au sein de cette partie nous démontrent que l'engagement dans la représentation d'usagers est rarement désintéressé (Blondiaux, 2008).

IV. De la représentation des usagers au sein de la Maison sport-santé aux ambassadeurs de l'action publique locale

Les dispositifs de représentation des usagers qui se mettent en place au sein de la Maison sport-santé soulignent des limites que l'on identifiait déjà dans les processus de démocratie participative ou sanitaire en général. Au sein de la Maison sport-santé, cela se traduit également par différentes conceptions entre les représentants des usagers du rôle du comité des usagers ou de leurs représentations. L'étude de ces limites nous amène à requalifier la représentation d'usagers au sein de la Maison sport-santé par le concept d'ambassadeur.

A. L'identification des limites à l'exercice d'une parole des usagers de la Maison sport-santé

La consolidation de la prise en compte de la parole des usagers au sein de la Maison sport-santé n'est pas chose aisée. Dans un premier temps, le comité des usagers et la représentation des usagers peinent à mobiliser des bénéficiaires des dispositifs. Par exemple, si le comité des usagers est dédié à la fois aux bénéficiaires du dispositif sport-santé sur ordonnance et aux parents de PRECCOSS, il ne réunit que peu de parents de PRECCOSS. L'une des représentantes d'usager est parent d'enfant PRECCOSS, mais elle intervient dans le comité des usagers d'abord, car elle est bénéficiaire de sport-santé sur ordonnance. Elle se présente ainsi au comité des usagers du 5 mai 2021 ainsi :

« Et bien bonsoir, moi je suis [Prénom NOM]. Je suis bénéficiaire du sport santé depuis plus de 2 ans. Je connais aussi le dispositif PRECCOSS puisque ma fille a été bénéficiaire pendant un an et donc j'ai participé à différentes activités et également aux assises. »

Extrait des paroles d'une bénéficiaire, représentante des usagers, lors du comité des usagers du 5 mai 2021.

Une mère d'enfant PRECCOSS s'étonne ainsi lors d'un entretien de ce peu de mobilisation de parents du dispositif PRECCOSS :

*« À cette réunion que j'ai insisté, j'étais la seule représentante du dispositif PRECCOSS, là encore une fois j'ai été choquée *rires* j'ai dit mon dieu, mais il y a que des personnes qui font du sport santé sur ordonnance ? J'ai été étonnée de voir qu'il y avait pas d'autres parents ... il faut vraiment qu'il y ait plus d'investissement de la part des parents ».*

Entretien avec un parent du dispositif PRECCOSS, le 3 mars 2021.

De plus, les bénéficiaires qui ont marqué leur intérêt à s'engager peinent à maintenir un haut niveau d'engagement dans l'action publique :

« A la base on était deux, moi et [L'autre représentant des usagers], on s'appelait de temps en temps. Une fois que la MSS s'est vraiment installée en fin d'année dernière : on s'est retrouvé à 7, mais on n'a jamais réussi à se voir : pas dispo, certains n'avaient pas répondu, etc. [...] Jamais une réunion tous ensemble. [...] Ce n'est pas évident de construire quelque chose quand tu es tout seul. ».

Une représentante du comité des usagers, compte-rendu d'une réunion sur le comité des usagers, 21 juin 2022.

Cela est d'autant plus vrai au sein du comité des usagers. Alors que les premières réunions du comité des usagers rassemblent une vingtaine de personnes, plusieurs réunions font face à un manque de mobilisation des usagers. C'est l'une des raisons pour lesquelles notre recherche s'intéresse principalement aux représentants d'usagers, car ce sont les seuls bénéficiaires qui tentent de s'engager sur un temps long au sein de la Maison sport-santé. Les temps courts d'engagement des bénéficiaires au sein du comité des usagers ne permettent pas de fédérer un groupe et de construire une dynamique d'engagement au sein du comité. Ce constat est d'autant plus actuel que la réforme locale du parcours sport-santé sur ordonnance réduit le temps d'inclusion des bénéficiaires de trois ans à une seule année. Cette réduction du temps de parcours amenuise les possibilités de développer une connaissance plus fine des dispositifs et du fonctionnement de la Maison sport-santé. De ce fait, les usagers ont peu de temps pour s'impliquer réellement tout en développant leurs connaissances et compétences de l'action publique.

Les bénéficiaires des dispositifs ont ainsi du mal à donner un avis sur les projets de la Maison sport-santé qui ne les concernent pas directement ou qu'ils ne connaissent pas. Une bénéficiaire de sport-santé sur ordonnance, présente en réunion du comité des usagers en juin 2022, déclare d'ailleurs ne pas se sentir concernée par les autres actions de la Maison sport-santé et ne vouloir parler que de sport-santé sur ordonnance.

La question du statut de l'utilisateur qui s'engage dans cette représentation se pose en principal frein à l'engagement. Dans le système de santé, il est possible, en tant que représentant des usagers, de s'absenter de son travail pour participer aux réunions des instances de santé publique ou hospitalières. L'employeur doit ainsi libérer le représentant durant ses réunions dans la limite de neuf jours ouvrables par an. L'État compense le manque à gagner du représentant des usagers en cas de diminution de sa rémunération. Cette rémunération est initiée par le décret n°2005 du 6 septembre 2005. Ce décret précise les modalités de prise en charge des frais liés à la participation de ces représentants : indemnités, remboursement de frais de déplacement, compensations financières. Il est renforcé par un second, en 2016, le décret n°2016-726, qui prévoit notamment la rémunération des représentants d'utilisateurs lorsqu'ils participent aux réunions comme compensation financière³⁸².

Mais au sein de la Maison sport-santé, aucun statut du représentant d'utilisateur ou de l'utilisateur au sein du comité ne fait pas l'objet d'un tel encadrement. Or, Olivier Fillieule (2005) montre à travers l'étude des processus d'engagement militants que si ces derniers éprouvent des difficultés à maintenir un engagement sur le long terme, c'est notamment pour des raisons économiques. La rémunération des usagers permet de stabiliser un engagement bénévole, mais également une démocratisation de la participation puisque ce ne sont pas seulement ceux qui ont les ressources économiques suffisantes qui vont participer (Bourdieu, 1979).

Ainsi, la rémunération des représentants des usagers pose question auprès des acteurs administratifs de la Maison sport-santé. Certains ne souhaitent pas cette rémunération, du fait de la possible création d'un lien contractuel entre le bénéficiaire et la Maison sport-santé : *« attention au lien de subordination induit par le contrat »*.³⁸³

³⁸² « L'article L. 1114-3 du CSP permet aux salariés membres d'une association qui siègent dans les instances hospitalières ou de santé publique, de s'absenter pour participer aux réunions, tout en percevant, en cas de diminution de leur rémunération du fait de ce mandat, une indemnité de l'État compensant totalement ou partiellement cette baisse. L'employeur est tenu d'accorder au représentant des usagers le temps nécessaire pour participer aux réunions des instances dans lesquelles il siège, dans la limite de neuf jours ouvrables par an, temps des trajets inclus. ». Site internet : <https://www.paca.ars.sante.fr/mission-et-droits-du-representant-des-usagers>

³⁸³ Blanc, P. (2019). *Compte-rendu de réunion*, 4 avril 2019, projet Territoire de santé de demain. Notes personnelles.

Cette crainte est souvent amenée par les bénéficiaires eux-mêmes, comme l'indique la représentante des usagers dans le comité des usagers du 21 février 2022 :

« Il ne faut pas que ce soit une motivation, ce serait un biais. Si quelqu'un s'engage c'est parce qu'il a envie de porter la parole. La rémunération me ferait même peur... ».

Extrait des paroles d'une représentante des usagers lors du comité des usagers du 21 février 2022.

Derrière cet argument se cache l'idée tant chez les acteurs administratifs de la Maison sport-santé que chez cette représentante des usagers, qu'une rémunération des représentants des usagers conduirait à rendre la parole des usagers moins légitime : soumise à un lien contractuel qui affaiblirait sa neutralité ou poursuivie par l'intérêt monétaire. La représentante des usagers craint ce qui s'apparente à la notion de « *marchandisation de l'expertise citoyenne* » (Blondiaux, 2008). Blondiaux montre que la rémunération de l'utilisateur peut transformer son rapport à l'institution, affaiblir ses revendications et l'amener à devenir une sorte de technicien de la participation.

Les acteurs sont conscients de cette difficulté financière dans l'engagement des bénéficiaires :

« Parce que aujourd'hui, c'est voilà... les usagers ou les habitants qui vont se mobiliser pour le faire de façon bénévole... À un moment donné, le bénévolat s'étioule, et c'est logique... Donc, sans doute à un moment ou un autre... Dans les... dans les instances du GIP, il y aura un débat, faut-il gratifier ou reconnaître de façon ou d'une autre ce rôle... »

Extrait d'entretien avec le directeur de la Maison sport-santé, le 5 mai 2021.

Cela illustre notamment que le processus de co-conception, habitants – professionnels, est difficile à mettre rigoureusement en œuvre, notamment du fait d'un paramètre peu souvent pris en compte : le temps habitant (Mannoni, 2008). Des études montrent ainsi qu'il est difficile de trouver des créneaux horaires adaptés à la fois aux agendas des professionnels et des usagers (Stipanici et al., 2017). Les réunions du comité des usagers et des instances de la Maison sport-santé se tiennent pour la plupart en journée ou relativement tôt en fin de journée, écartant une grande partie des bénéficiaires qui travaillent ou ont une charge familiale.

L'administration de la Maison sport-santé sait que cette organisation de réunions en journée n'est pas optimale pour les représentants d'usagers :

« C'est pas sûr que les 7 d'entre vous [Représentants des usagers] soyez systématiquement disponibles aux horaires de ces fameuses instances. Là, on a fait un comité en soirée pour essayer de s'assurer d'une présence. En général, les conseils d'administration, c'est le vendredi matin. J'imagine que certains d'entre nous travaillent ou ont des enfants ou des contraintes. Voilà donc au moins à 7, je pense qu'il y en aura au moins un disponible ».

Paroles du directeur de la Maison sport-santé, lors d'une réunion avec les représentants des usagers, le 5 mai 2021.

Le rapport IGAS en 2011 pointait déjà la disponibilité comme difficulté dans la participation des usagers en l'absence de rémunération (Brechat et al., 2006). Les représentants des usagers doivent donc faire face à la gestion d'un temps quotidien contraint pour le bon exercice de la représentation (Buffet et al., 2014). Ainsi, l'absence de statut financier limite l'engagement pérenne dans la représentation des usagers aux seuls bénéficiaires qui jouissent d'une certaine disponibilité professionnelle et personnelle ou qui sont retraités. Pour ces derniers, l'engagement au sein du comité des usagers est notamment dicté par leur envie d'occuper du temps disponible :

« Qu'est-ce que je recherche exactement ? M'occuper, m'occuper surtout parce que bon, je suis très occupé dans la journée comme ça et je suis pas une personne qui peut être assis devant la télé, j'aime pas ça ; j'aime bien le soir, mais pas la journée ; donc moi, c'est m'occuper, trouver une occupation. Je suis président du conseil syndical là où j'habite. »

Entretien avec un membre du comité des usagers de la Maison sport-santé, le 19 mai 2021.

Cet entretien nous démontre également ce que nous avons pu observer auparavant sur les rétributions à l'engagement. Dans l'étude du bénévolat, Laville (1994) montre que l'engagement bénévole est rarement altruiste et il permet notamment à des personnes, retraitées, de rester actives et de rompre une sorte d'isolement social en s'engageant.

La maladie et le parcours de soin des bénéficiaires jouent un rôle particulier dans leur engagement au sein du comité des usagers. Si la maladie est une porte d'entrée au sein du dispositif de sport-santé sur ordonnance, un critère d'inclusion, c'est aussi parfois une raison de rupture ou de pause dans l'engagement. Un bénéficiaire particulièrement actif dans la représentation d'usagers a ainsi été contraint d'abandonner son rôle du fait d'une maladie soudaine. La maladie peut créer une dynamique temporelle propre et notamment des ruptures³⁸⁴ dans une trajectoire de malade et une carrière spécifique de pratiquant d'activité physique (Becker, Strauss, 1956). Lutrat montre qu'indirectement, la maladie entraîne une régression de la pratique d'activité physique : « *En effet, par la reconfiguration du temps liée à la maladie chronique, les temps de loisirs et notamment les temps dédiés à la pratique physique sont largement réduits voire supprimés.* » (Lutrat, 2022, p184). La maladie prend donc plus de place dans l'emploi du temps du bénéficiaire qui n'envisage pas de s'engager au sein du comité des usagers. Elle devient une limitation à l'engagement au sein du comité des usagers, trop chronophage pour ces malades :

« Si on est engagé on doit être toujours présent pour assister à toutes les réunions, à tous les engagements... Alors que ce que je veux c'est seulement venir quand je suis invitée à assister à une réunion... J'observe et quand j'ai un mot à dire je le dis... Je ne peux pas m'engager parce que je suis trop fatiguée... »

Entretien avec une bénéficiaire de sport-santé sur ordonnance, le 3 avril 2021.

Par ailleurs, pour certains bénéficiaires, la maladie porte un poids si important dans leur parcours qu'il semble compliqué de prendre du recul pour porter la parole de tous, au-delà de sa propre expérience (Weber, 2017). Borkman (1976) distingue l'expérience, constituée du récit à la première personne, le savoir expérientiel, qui contient une appréhension mentale de l'expérience et l'expertise expérientielle : la compétence de mobiliser le savoir expérientiel pour apporter des réponses à des problèmes. Les discours des bénéficiaires sont constitués principalement d'expériences et non d'expertises expérientielles : cela se traduit notamment par de nombreux discours en comité des usagers portés par les usagers et commençant par « moi je », « je », etc.

³⁸⁴ Barth, N. & Lefebvre, B. (2016). S'engager dans une activité physique pour apprendre à gérer sa maladie : l'exemple de deux expériences de patients. *Santé Publique*, 1, 109-116. <https://doi.org/10.3917/spub.160.0109>

En février 2023 par exemple, alors que le parcours sport-santé sur ordonnance est réformé et ne donne plus lieu qu'à une activité, une bénéficiaire prend la parole en comité des usagers :

« Je voudrais vous faire part de mon expérience, je souhaite que 2 activités puissent être maintenues dans le dispositif, mais également que les créneaux d'activités changent de manière moins régulière ! » elle conclue son propos par *« Je parle pour moi, mais pas que pour moi »*.

On voit ainsi qu'en l'absence de prise de recul, les comités des usagers et les représentants des usagers peuvent faire l'objet de défense d'intérêts personnels.

« L'enjeu principal de la participation porte sur la formation d'une citoyenneté active et informée » (Blondiaux, 2008).

La formation joue un rôle important dans cette capacité de prise de recul, mais renforce également le sentiment de compétence des bénéficiaires^{385 386} qui souhaitent être mieux outillés afin de s'engager au sein du comité des usagers ou dans la représentation d'usagers. C'est l'article 1114-1 du code de la santé publique, qui prévoit un droit à la formation pour les représentants des usagers dans les instances hospitalières ou de santé publique : *« Les représentants des usagers dans les instances mentionnées ci-dessus ont droit à une formation leur facilitant l'exercice de ce mandat. »*.³⁸⁷ La loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, précise ainsi que le projet de formation doit permettre aux représentants de jouer tout leur rôle dans les instances concernées.

³⁸⁵ Ce besoin de formation est relayé par des bénéficiaires comme par exemple lors d'une réunion du comité des usagers le 21 février 2022. Blanc, P. (2022). *Compte-rendu d'une réunion du comité des usagers*, 21 février 2022. Notes personnelles.

³⁸⁶ Blanc, P. (2023). *Compte-rendu d'une réunion comité des usagers*, 9 février 2023. Notes Personnelles : Quand on demande aux bénéficiaires leurs attentes sur le comité des usagers, il est évoqué : *« À la fois une action de soutien, de formation de groupe, de synergie entre les usagers actuels et anciens. »*

³⁸⁷ Article L1114-1 Modifié par LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 74

Les objectifs de la formation doivent être de : connaître et maîtriser le système de santé au niveau national et régional notamment face à la réorganisation du système de santé de 2009 ; être en mesure de contribuer à l'élaboration, au suivi et à l'évaluation des décisions dans le domaine de la santé ; se positionner et se faire entendre en tant qu'acteur du système de santé ; échanger avec les autres représentants des usagers et partager des connaissances et expériences mutuelles ; participer activement au fonctionnement des établissements de santé et médico-sociaux et enfin être en mesure de participer à la définition d'une politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge et de gestion des risques³⁸⁸. Cette formation est obligatoire pour les représentants d'usagers depuis le 1 juillet 2016 et a vocation à aborder ce programme ambitieux en seulement deux jours. Cependant, l'acquisition de tels savoirs prend souvent plusieurs années et former un représentant d'utilisateur ne permet nécessairement pas d'atteindre un haut niveau d'expertise. Rabeharisoa et Callon montrent, à propos de la notion de patient expert, à travers l'étude de l'association française contre les myopathies et la recherche (1999), que pour devenir experts, les patients doivent pendant plusieurs années interagir avec des professionnels, collecter des informations et construire des réseaux de soutien. Au sein de la Maison sport-santé, ce sont les acteurs du secteur sanitaire qui rappellent la nécessité de former les patients pour l'exercice de leurs missions de représentations :

« Et je pense que c'est très très important d'associer les patients, de les faire monter en compétence, aussi pour qu'ils communiquent, qu'ils s'expriment et aient eux-mêmes des notions pour pouvoir participer aux formations. »

Entretien avec la chargée de mission de l'agence régionale de santé, 26 janvier 2021

L' élu en charge de la santé est conscient de ces besoins en formation, facteurs de la réussite d'une bonne implication des usagers dans leurs missions de représentation :

« Alors il faut mettre de l'argent dans la formation des gens, il faut les former aux enjeux, expliquer comment ça se passe, les finances, les budgets, et puis que ça soit entendu au plus haut niveau. »

Entretien avec l' élu en charge de la santé (19 février 2021)

³⁸⁸ Agence régionale de santé et Direction générale de la santé (2011). Cahier des charges de la formation pour les représentants des usagers siégeant dans les diverses instances régionales et locales du système de santé.

Au sein de la Maison sport-santé, la formation des usagers est envisagée avec France Assos Santé. Pour rappel, cela fait partie des contributions sur lesquelles s'est engagée l'association dans son adhésion au groupement d'intérêt public : « *Formation des patients et représentation des usagers de la Maison sport-santé (mise à disposition de temps formateurs, logistiques, préparation des cessions, animation des cessions, mise à disposition de documentation et d'outils pédagogiques, synthèses, etc.)* » (Extrait de la convention constitutive du groupement d'intérêt public de la Maison sport-santé de Strasbourg, 2019).

Une première réunion organisée en 2021 entre les représentants des usagers de la Maison sport-santé et l'association, porte justement l'objectif d'organiser cette offre de formation. France assos santé présente aux représentants des usagers la possibilité de créer des formations spécifiques et sur mesure, par exemple sur le recueil de l'expression des usagers. Alors qu'est donnée la liberté aux représentants d'usagers de s'entretenir avec France assos santé pour parler des formations à mettre en place, les représentants ne se saisissent pas de cette opportunité. Aucune formation n'émane des échanges et n'a pu être réalisée à ce jour. Cela peut s'expliquer par le fait que les représentants des usagers ont du mal à appréhender leurs missions et ne sont pas en mesure de mesurer leurs besoins précis de formations.

Lors de la réunion ainsi, les représentants ne posent aucune question sur leurs possibilités de formations, mais détournent les discussions sur des sujets annexes comme la transformation du comité en association. Pourtant, au cours du comité des usagers du 21 février 2022, une représentante des usagers identifie ces formations comme nécessaires :

« Il faut qu'on soit formé sur le recueil des plaintes, à la MSS. Le mot est un peu fort, mais comment recueillir la parole de l'usager : se professionnaliser un petit peu »

Extrait des paroles d'une représentante d'usagers lors du comité des usagers du 21 février 2022.

Ainsi, les usagers engagés dans la représentation manquent d'outils pour comprendre pleinement leurs missions et les exercer au sein des instances du GIP.

Enfin, le dernier point que nous aborderons pour parler des limites dans l'exercice d'une démocratie sanitaire au sein de la Maison sport-santé est celui de l'inégal accès à l'information. Ferron (2016) montre que le rééquilibrage des inégalités de pouvoir entre les publics et les professionnels est au fondement des démarches participatives. Ainsi, l'asymétrie des connaissances rend difficile aux patients la construction d'une parole (Fainzang, 2006).

Les comités des usagers qui se réunissent en 2021 jusqu'en 2023 portent l'objectif de présenter aux bénéficiaires les dispositifs de la Maison sport-santé, les informer :

« Donc on a prévu juste une petite présentation pour que tout le monde soit au même niveau d'information sur le projet en lui-même, ses avancées, ses actions. »

Extrait des paroles du directeur du GIP lors d'une réunion avec le comité des usagers le 5 mai 2021.

Les représentants des usagers intègrent que les comités des usagers n'ont pas vocation à être des lieux de débats, mais plutôt des lieux d'information :

« [...] De manière générale, ce comité des usagers est plutôt descendant, les bénéficiaires ne viennent pas avec des revendications, mais des demandes d'information et le reste de l'ordre du jour est dédié à des informations de la part de la MSS : programme des assises européennes du sport-santé, programme de recherche, etc. »

Extrait du procès-verbal des usagers en comité des usagers de la Maison sport-santé, le 22 septembre 2022.

Par exemple, ce second comité des usagers du 22 septembre 2022 avait pour ordre du jour les points suivants : point sur le projet immobilier de la MSS, présentation du rapport d'activité 2022 et retour sur les questionnaires de satisfaction. Les comités des usagers permettent à ces derniers de poser de multiples questions, comme nous le montre l'extrait de compte-rendu suivant :

« - Qui finance la MSS, si elle n'est plus un service de la Ville de Strasbourg ?

o La MSS est à présent un groupement d'intérêt public (GIP), qui regroupe divers partenaires et financeurs. Le GIP reprend, depuis le 01/01/2021, les dispositifs anciennement portés par la ville de Strasbourg : le SSsO et PRECCOSS. Le GIP a un budget d'environ 2 millions d'euros par an et compte 25 employés, sous différents statuts.

- Le cahier des charges de la MSS : a-t-il été retravaillé ?

o Le cahier des charges a évolué pour correspondre à celui demandé lors de la labellisation en Maison Sport Santé. Il apparaît dans la convention constitutive de la MSS. Il y en a 436 à ce jour.

- Quel pourcentage la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) prend-elle en charge sur le parcours ?

o La CPAM subventionne pour le moment peu les parcours du SSsO, la ville de Strasbourg et l'Agence régionale de santé en sont les financeurs principaux. Le coût d'un parcours d'un bénéficiaire du SSsO est d'environ 400€ par an.

[...]

- Vos critères d'inclusion ont été élargis ?

o En cohérence avec le nouveau protocole du dispositif Prescri'mouv, les critères d'inclusion ont évolué. Voici la liste des situations permettant l'inclusion au dispositif SSsO :

- *Pathologie éligible à une ALD 30*
- *Santé mentale*
- *Obésité (IMC > 30)*
- *Trouble musculosquelettique*
- *Covid-long*
- *Hypertension artérielle*
- *Femmes enceintes (4e au 9e mois de grossesse) et post accouchement (jusqu'aux 9 mois de l'enfant)*
- *Personne de plus de 60 ans en perte d'autonomie et/ou sédentaire (référence GIR 5 et 6)*
- *Aidant familial (non professionnel) d'une personne âgée dépendante ou handicapée de son entourage »*

Extrait du compte-rendu du 1^{er} comité des usagers de la Maison sport-santé, 22 septembre 2022.

En cela, la présence d'un membre de l'administration de la Maison sport-santé au sein du comité des usagers semble importante pour les membres du comité, car cela permet d'apporter de nombreuses informations sur les actions portées par la Maison sport-santé. Cependant, cette présence peut aussi être limitante pour l'exercice d'une parole d'utilisateur. L'animation par l'administration du comité des usagers, comme c'est le cas au sein de la Maison sport-santé (où le comité est animé par un agent) peut comporter un risque de contrôle institutionnel.

Blondiaux (2008) montre que pour être crédibles, les dispositifs de participation citoyenne doivent être indépendants et que l'animation par l'administration de tels processus réduit l'espace d'autonomie nécessaire aux usagers pour exprimer leurs critiques. Mais l'agent chargé de l'animation et du suivi du comité des usagers de la Maison sport-santé porte le souhait que le comité des usagers puisse s'auto-organiser :

« On aimerait bien qu'il s'organise, se réunisse lui-même, décide de l'ordre du jour »
Paroles de l'agent recueillies à la suite du comité des usagers du 22 septembre 2022.

L' élu ouvre ainsi la réunion du comité des usagers du 5 mai 2021 par ces mots :

« D'ailleurs avant que je vous quitte et que [Le directeur] dirige ce comité qui ensuite aura sa vie. On vous aidera à l'animer, mais vous aurez toute latitude à donner des avis sur les modes d'organisation des avis, sur les projets, de proposer vous-même des projets d'amélioration, d'extension, de fonctionnement, donc de façon formelle ou informelle ou vous aurez des représentants et aussi de façon plus, on va dire interactive par téléphone, par mail, par texto. ».

Extrait des paroles de l' élu en charge de la santé, le 5 mai 2021 lors de la réunion du comité des usagers.

Cependant, les usagers restent en attente de l'organisation de la Maison sport-santé des comités des usagers et d'une orientation de leurs missions et ne se saisissent pas de cette liberté :

« Comme on n'a pas d'expérience, on ne sait pas quelle direction prendre. Il faut des gens qui nous disent que c'est pas forcément le plus adapté. »

Propos d'une représentante des usagers lors d'une rencontre avec France Assos Santé concernant la formation des représentants des usagers, 17 juin 2021.

Au-delà de la quantité d'information donnée aux bénéficiaires, il s'agit de questionner l'intelligibilité de ces informations. Or, le langage des acteurs institutionnels de la Maison sport-santé est loin d'être compréhensible pour tous : utilisation de nombreux acronymes, référence à des documents administratifs, etc. Les démarches participatives, lorsqu'elles utilisent un vocabulaire trop technique, peuvent ainsi être limitantes (Ghadin, Naiditch, 2006). Selon Chantal Jouanno, l'adaptation de la forme de la communication aux publics, l'identification claire des points de controverse permettent la mise en capacité des acteurs quels qu'ils soient afin qu'ils comprennent les enjeux du projet (Jouanno, 2023).

Les délibérations des conseils d'administrations, négociées en amont des réunions sont ainsi bien souvent incompréhensibles par des non spécialistes (Chambaud, Schaetzel, 2009). Les auteurs montrent également que les données transmises et représentées le sont sous des formes peu attractives voir illisibles à des non professionnels. Par exemple, les représentants d'usagers participent aux instances qui votent les budgets, décident de la gestion de la masse salariale de la Maison sport-santé et l'information employée est parfois technique.

Le rapport d'activité sur lequel ils doivent se prononcer est également long et dense puisqu'en 2022 par exemple, il fait 95 pages. Ce document comprend, outre un bilan d'activité annuel des dispositifs, des informations sur l'organisation des instances de la Maison sport-santé ou encore des données budgétaires et comptables. Ces informations sont complexes à comprendre, comme le montre cette illustration (*illustration 65*).

4.1 Le budget global de la MSS

Exécution 2022	Montants
Dépenses de fonctionnement	1 609 498,66 €
Recettes de fonctionnement	1 668 186,85 €
Résultat de fonctionnement	58 688,19 €
Dépenses d'investissement	29 495,09 €
Recettes d'investissement	36 978,29 €
Résultat d'investissement(hors report BE 2021)	7 483,20 €
Résultat d'investissement (avec report BE 2021)	- 6 602,17 €

L'année 2022 se conclut par la production d'un excédent d'exploitation de 58 688,19 €, constitué par les résultats par destination suivants :

Destination	Résultat comptable
Joue Pour Ta Santé	-37,20 €
Budget général	41 683,21 €
PRECCOSS	3 997,93 €
SSSO	13 044,25 €

Cette conclusion relativement positive de l'exercice 2022 s'explique principalement par des reliquats de subvention non utilisés (du fait du décalage temporel de certaines actions), mais qui seront mobilisés ultérieurement dans le cadre de la continuité des actions initiées par la Maison Sport Santé de Strasbourg.

L'année 2022 a également vu apparaître de nouveaux partenaires qui ont pu apporter des contributions financières ou en nature aux dispositifs et actions en place (CPAM du Bas-Rhin par exemple), ou soutenir des projets nouveaux (Novo Nordisk et l'Eurométropole de Strasbourg dans le cadre du projet de renforcement de la présence de la Maison Sport Santé de Strasbourg dans les Quartiers Prioritaires de la Ville).

C'est également un exercice où les différentes contributions des membres du Groupement ont pu être consolidées et intégrées aux actions de la Maison Sport Santé de Strasbourg, offrant ainsi une offre de services plus complète et dynamique.

La clôture comptable 2022 offre à la Maison Sport Santé de Strasbourg un plus grand confort dans la gestion de sa trésorerie, permettant d'une part de reprendre le déficit comptable réalisé en 2021 et d'autre part d'augmenter son fonds de roulement.

Illustration 65 - Extrait du rapport d'activité 2022 de la Maison sport-santé de Strasbourg.

La complexité de l'information à comprendre induit un engagement partiel des bénéficiaires dans la représentation, illustrant que la mobilisation des bénéficiaires peut être limitée lorsqu'ils ne disposent pas de ressources nécessaires (Evans, McGaha, 1998).

Ainsi, les limites que nous avons pu observer à l'engagement des bénéficiaires dans le comité des usagers ou dans la représentation rendent la mobilisation autour des dispositifs de recueil ou d'expression de la parole des usagers, difficile. Le comité des usagers s'est ainsi réuni pour la dernière fois le 9 février 2023 et la représentante des usagers la plus engagée dans ses fonctions a quitté son rôle en octobre 2023³⁸⁹.

Le rapport d'activité de la Maison sport-santé, en 2023, expose ainsi :

*« [La représentante des usagers] a quitté la présidence du comité des usagers en octobre 2023. Nous sommes dans l'attente de l'intégration de nos nouveaux locaux afin de proposer une réunion en présentiel avec de nouvelles perspectives (permanences physiques du comité, participations aux actions de sensibilisation du grand public, ... ».*³⁹⁰

Gaxie (1978) montre que si certains citoyens ne s'inscrivent que ponctuellement dans les dispositifs de participation, c'est notamment en raison d'un inégal accès aux ressources que sont par exemple l'information et le temps disponible. On parle alors d'engagement intermittent, notion qui marque les dispositifs de participation citoyenne contemporains. Les nouvelles formes d'engagement seraient moins permanentes et plus éclatées : l'engagement est éphémère, opportuniste et intermittent (Ion, 1997).

Encadré 49 - La Covid_19 limitant le développement du comité des usagers et des représentants des usagers

La Maison sport-santé de Strasbourg se structure parallèlement à la pandémie de Covid_19, alors que le confinement débute le 17 mars 2020 (mars – mai 2020). Les activités des dispositifs de sport-santé sur ordonnance seront mises en pause pendant plusieurs semaines.

L'activité physique fait l'objet de mesures spécifiques : elle est autorisée dans un rayon de 1 km autour du domicile, limitée à 1 h et l'ensemble des parcs, gymnases, salles de sport, piscines et autres équipements sont fermés.

³⁸⁹ Il semble cependant qu'il soit envisagé de réunir à nouveau le comité des usagers de la Maison sport-santé à l'automne 2024, suite à l'envie de plusieurs bénéficiaires de s'y engager.

³⁹⁰ GIP Maison Sport-Santé. (2023). *Rapport d'activité de la Maison sport-santé 2023*. Site internet de la Maison sport-santé.

Par la suite, des mesures de limitation des réunions, contacts, se déploient pendant plusieurs mois. L'activité physique en collectif reste interdite dans un premier temps, de premières activités extérieures font l'objet de dérogations spécifiques pour le sport-santé.

Le deuxième confinement (octobre – décembre 2020) voit à nouveau l'activité physique limitée et les activités physiques organisées et collectives restent interdites. Le 3^e confinement reprend ces dispositions (avril 2021).

Ces mesures sont particulièrement limitatives pour les malades, jugés à risque de la Covid_19. Collectivement, l'enjeu devient de protéger les plus fragiles (Caillé, 2023).

Ce n'est qu'en juin 2021 que les activités de la Maison sport-santé ont pu reprendre pleinement.

Face à cela, le souhait de structurer une parole des usagers, qui est émis dès les premiers échanges en 2019 autour de la convention constitutive de la Maison sport-santé et qui devait se mettre en place au printemps 2020, est mis en pause.

La première rencontre entre les usagers de la Maison sport-santé, face aux risques sanitaires, a lieu en mai 2021 par visioconférence. Elle mobilise 25 personnes environ. Ce n'est qu'en septembre 2022 que le comité des usagers se réunira pour la première fois en présentiel.

La mobilisation d'usagers est difficile tant pour les éducateurs sportifs qui souhaitent informer les usagers de l'existence du comité des usagers que pour les représentants qui aimeraient organiser leurs modalités de fonctionnement.

La Covid_19 limite également la possibilité de créer des liens interpersonnels pourtant essentiels dans la mobilisation autour du comité des usagers. Lors du comité des usagers du 21 février 2022, les usagers font ainsi le constat de ce manque de convivialité du fait de la Covid_19 :

« Le côté convivial, on l'a pas beaucoup vécu pour l'instant. C'est sûr, avec la Covid ce n'est pas évident ! »

Paroles d'une représentante d'usagers au comité des usagers du 21 février 2022.

B. Des interprétations sur le rôle du comité des usagers qui divisent les représentants des usagers

Nous avons vu que les règles propres aux missions du comité des usagers ne permettent pas d'en définir avec précision des objectifs, ainsi les acteurs institutionnels, administratifs ou encore les bénéficiaires, interprètent ces missions. Mintzberg (1973) dit que les individus peuvent interpréter différemment les rôles³⁹¹. Aussi, il persiste chez les représentants des usagers une marge de manœuvre liée à leurs choix stratégiques (Crozier et Friedberg, 1973). En étudiant les représentants syndicaux au niveau local, Fortin-Bergeron, Hennebert, et Doucet (2019) nous rappellent que ces choix sont influencés par les propres attentes des acteurs, leurs objectifs également (Crozier et Friedberg, 1973). Cela laisse entendre que des groupes non homogènes sont constitués de personnes qui portent des points de vue différents (Ischer et Saas, 2019), rendant la collaboration plus difficile entre eux.

Les représentants d'usagers identifient et priorisent différents rôles à leurs fonctions dont représenter la Maison sport-santé, communiquer avec les usagers ou encore agir en critique de son action. Au début de la structuration de la représentation des usagers, une représentante des usagers affirme ne pas porter le même projet pour son « mandat » que le deuxième représentant. L'une souhaite défendre les projets de la Maison sport-santé et l'autre les critiquer. La confrontation de ces rôles crée des désaccords entre eux :

« Bon ben alors moi vraiment pour euh... peut-être j'ai l'impression, c'est pas forcément évident pour moi de travailler avec [Représentant des usagers], par exemple, parce que je pense qu'on a déjà pas la même histoire, la même vision des choses... mais alors moi je ne le vois pas du tout... j'dis pas que [Représentant des usagers] a cette vision-là, mais moi je la vois pas genre syndicaliste quoi [ouais], je la vois pas où à chaque fois que je viens, je vais dire y a ça qui va pas et pourquoi ci, pourquoi ça, ça fait partie du jeu aussi, mais... pour moi j'ai vraiment envie de... bon parce que si peut-être euh... le fait de participer aux activités, c'était déjà quelque chose que je faisais naturellement, c'est-à-dire ben on discute entre nous, comme j'avais assez la tchatche, ben les gens des fois, y me disaient et ben moi j'ai qu'une seule activité, j'en ai pas deux, j'sais pas trop, ... »

Extrait de l'entretien avec une représentante des usagers, le 19 février 2021.

³⁹¹ Les rôles sont définis par Mintzberg comme un ensemble organisé de comportements associés à une fonction ou une position particulière.

On voit à travers son discours sa critique d'une vision qu'elle qualifie de « *syndicaliste* » de la représentation des usagers portée par l'autre représentant des usagers. Ce discours plus revendicatif, le deuxième représentant l'exprime en revenant sur son intervention aux assises européennes du sport-santé dans lesquelles il était intervenu :

« J'avais mis le doigt sur certaines choses dont je n'ai toujours pas de réponses aujourd'hui et je sentais bien que mes questions embarrassaient, mais je suis là pour faire prendre conscience de certaines choses et comment les régler. »

Extrait d'entretien d'un représentant des usagers, le 18 janvier 2021.

Ou encore :

« à partir du moment où on commence à avoir des idées ou des réflexions sur quelque chose, on devient un élément gênant. J'ai toujours été un élément gênant dans toutes les boîtes où j'ai été, parce que justement je mettais le doigt sur ce qui n'allait pas, et là en l'occurrence, là où j'ai mis le doigt, c'est qu'est-ce qu'il se passe après sport-santé ? Donc quel est le taux de retour au sport après sport-santé ? Quand je pose ces questions-là... » Extrait d'entretien d'un représentant des usagers, le 18 janvier 2021.

D'autres représentants rejoignent cette vision d'un comité des usagers plus revendicatif et affirment ainsi :

*« Il faut que vraiment il y ait plus d'investissement de la part des parents. Moi je vous le dis tout de suite, je veux pas être représentante d'une assemblée muette, d'une assemblée endormie, qui attend qu'on lui apporte tout sur un plateau et après se sert, moi ça m'intéresse absolument pas. Moi j'ai besoin que ça bouge, moi j'aime pas les gens mous *rires*, moi ça m'énerve. »*

Extrait d'entretien avec une membre du comité des usagers, le 3 mars 2021.

Cependant, ces discours sont marginalisés au profit de ceux de représentants qui ne souhaitent pas entrer dans une opposition avec la Maison sport-santé :

« On n'a pas vocation à être un organe de contrôle, de délation. S'il y a des problèmes il faut voir d'abord avec les éducateurs. On n'a pas vocation à donner juste des critiques, il faut être constructif ».

Paroles d'une représentante des usagers lors d'une rencontre avec les agents de la Maison sport-santé, le 16 octobre 2020.

« Le rôle attendu de l'utilisateur dans le réseau n'est visiblement pas celui d'une critique radicale du système. Le processus d'intégration de l'utilisateur peut aussi être compris comme une forme de légitimation des autres acteurs du système qui l'accueillent – ici les professionnels ». (Autès, 2014) ³⁹²

Ainsi, les acteurs institutionnels craignent l'expression d'un discours critique chez les représentants des usagers. Selon eux, les représentants ou bénéficiaires qui porteraient un tel critique ne seraient pas forcément représentatifs des usagers :

« Alors, la question avec ce genre de comité, c'est que c'est souvent les mêmes personnes qu'on retrouve et c'est... enfin sans être péjoratif, c'est un peu comme des fois dans les syndicats, ce sont les gens les plus vindicatifs qui vont se constituer en groupes, qui vont parler, ce sont les gens qui sont le plus à l'aise à l'oral. »

Entretien avec un chef de projet en développement sportif de la Collectivité européenne d'Alsace (CEA), 2 mars 2021

Ou encore :

« Bah un peu ça en fait... enfin, est-ce qu'un comité des usagers représente vraiment les usagers ? Est-ce que les usagers qui y sont..., sont..., sont peut-être... deviennent trop experts au bout d'un moment... ils deviennent presque associatifs. Voilà et je suis assez d'accord avec ça en fait... Mais c'est, c'était un peu ça... et je me dis qu'il doit pas y avoir que ça, parce que y'en a... qui y seront jamais dans le comité des usagers pour différentes raisons et on va pas forcer les gens à aller dans le comité des usagers... Donc il faut, je pense, trouver d'autres choses... D'autres recueils de la parole... »

Entretien avec une chargée de mission en santé publique du régime local d'assurance maladie, 29 juin 2021

Ou bien :

« Bon, il faut se méfier des représentants, parce que des fois, c'est peut-être ceux qui parlent le plus fort qui arrivent à l'être... et qui ne sont pas forcément représentatifs des autres... ».

Entretien avec la vice-présidente de la Ligue contre le cancer du Bas-Rhin, 4 mars 2021.

³⁹² Autès, E. (2014). La démocratie sanitaire à l'épreuve de la psychiatrie : comment "faire une place" à un "usager" dans un réseau de professionnels en santé mentale ? *Anthropologie & Santé*, 8, <https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.1311>

La représentativité devient un argument permettant de délégitimer, selon les acteurs institutionnels, un discours critique de l'organisation.

Cela amène les acteurs institutionnels à vouloir cadrer le choix des représentants d'utilisateurs :

« Alors forcément, si on se retrouve à 100 utilisateurs, il faudra des représentants... Je veux dire, voilà... Après si on est en petit comité, c'est différent, mais ça me paraît très intéressant... Par contre, il faudra, je pense un tout petit peu donner les moyens de cadrer le choix du représentant... parce que peut être que celui qui parle plus fort sera leader et que du coup voilà, il pourra représenter les autres sans forcément les représenter justement... Donc, est-ce qu'il faut mettre en place un système d'élections ou quoi... Voilà ça, c'est une question à poser... Donc tout dépend de la taille du groupe... ».

Entretien avec une chargée de mission de l'Éducation nationale, 23 février 2021.

Finalement, si les discours critiques au sein du comité des utilisateurs ou des représentants des utilisateurs sont plutôt rares, c'est également principalement du fait d'un phénomène d'autocensure des bénéficiaires. Elisabeth Noëlle-Neumann parle de spirale du silence (1989) : par peur de se retrouver isolés ou stigmatisés, ceux qui ne partagent pas une opinion majoritaire, préfèrent ne pas prendre de risque d'émettre des avis minoritaires. Ils s'inscrivent dans une logique d'autocensure.

Foucault (1978) rappelle ainsi que le gouvernement des conduites incite les individus à autoréguler leurs comportements selon les normes dominantes. Cela est d'autant plus vrai dans une dynamique de groupe : au sein des comités des utilisateurs, dans lesquels participent des représentants des utilisateurs ayant une certaine expérience voire des compétences dans la prise de parole en public, les utilisateurs ont tendance à se conforter à l'expression dominante. L'organisation structurelle du comité des utilisateurs amène donc à la recherche de consensus et à la validation de propositions qui respectent les objets et thèmes légitimes notamment (Berger, 2008). Les participants dont les avis sont minoritaires se mettent eux-mêmes en retrait de l'action publique locale. C'est le cas par exemple en décembre 2021 lors de la reprise des activités de sport-santé à la suite du Covid_19, alors que la Maison sport-santé exige la détention d'un pass sanitaire pour pouvoir maintenir sa présence dans le dispositif sport-santé sur ordonnance.

L'un des représentants des usagers, jusqu'alors défenseur des dispositifs, entre en opposition avec la Maison sport-santé qu'il critique vivement dans des échanges mails. Regrettant « *l'absence de soutien* » des représentants des usagers, il dit « *démissionner* » de la représentation d'utilisateur. Cette situation donne lieu à des conflits entre les représentants des usagers entre deux positions : se positionner en défense de ce représentant ou le critiquer.

Un discours marginalisé au sein du comité des usagers ou des représentants d'utilisateurs ne fédère pas autour de lui.

Hirschmann (1970) montre ainsi que face à une organisation ne répondant plus à ses attentes, un individu aura trois types de comportements : quitter l'organisation, exprimer ses revendications ou rester loyal. La plupart des usagers qui ne trouvent pas dans le comité des usagers ou la représentation d'utilisateurs une réponse à leurs attentes quittent les structures de la Maison sport-santé silencieusement.

C. Vers la mobilisation du concept d'ambassadeurs de la Maison sport-santé

« Pour moi, ils peuvent avoir un rôle de courroie de transmission ou d'ambassadeur, peu importe comment on les appelle, notamment ceux qui voudraient s'impliquer... On attend des représentants des usagers de favoriser la circulation de l'information pour tout un chacun quoi... »

Extrait d'entretien avec le directeur de la Maison sport-santé, le 5 mai 2021.

Au sein de la Maison sport-santé, les agents administratifs et acteurs institutionnels qualifient les représentants d'utilisateurs, d'ambassadeurs. Cette notion d'ambassadeur fait l'objet d'une réappropriation par les usagers eux-mêmes :

« [Un ambassadeur] Donc, dans le cadre de sport-santé... C'est dans sa communauté, que ce soit sur Facebook, sur Internet, dans son école, dans son clan, il représente sport-santé... Donc c'est ça pour moi l'ambassadeur, donc il va en parler... Il va dire que c'est bien... Il va dire... Il va porter les valeurs de sport santé et pour moi c'est ça un ambassadeur... »

Entretien avec une bénéficiaire de sport-santé sur ordonnance, le 19 mai 2021.

La notion d'ambassadeur évoque dans la sociologie des dynamiques complexes et révèle surtout une conception de la fonction de représentants d'utilisateurs. Nous verrons qu'elle peut être analysée sous plusieurs angles que nous allons envisager.

Pour les représentants d'usagers et les acteurs institutionnels de la Maison sport-santé, être ambassadeur c'est d'abord parler autour de soi du dispositif en le promouvant. Ils se rapprochent en ce sens d'entrepreneurs de morale au sens de Becker (1985). Leurs discours montrent en effet qu'ils cherchent à importer une vision normative des dispositifs de sport-santé comme des dispositifs où il faut être inclus ; devenant de véritables porte-drapeaux de la structure.

Autour d'eux, ils encouragent leurs proches à rejoindre les dispositifs :

« Ben j'en parle à ma fille, j'en parle autour de moi, mes amis, j'en parle, j'en parle quand on a une discussion avec des amis, bon ben ça sort sur le tapis, donc voilà. »

Entretien avec un membre du Comité des usagers de la Maison sport-santé, 19 mai 2021

Lors de la réunion du comité des usagers du 5 mai 2021, les témoignages en ce sens sont nombreux :

« Mon beau-frère, ma belle-sœur et ainsi de suite, donc on est tout un groupe, famille qui font partie du sport-santé »

Paroles d'un usager du dispositif de sport-santé sur ordonnance, le 5 mai 2021.

Ou encore :

« [...] Je peux vous dire que moi j'essaye de polluer un maximum de personnes en leur vantant les bienfaits du sport-santé ».

Extrait de paroles d'un bénéficiaire de sport-santé sur ordonnance lors du comité des usagers du 5 mai 2021.

Certains bénéficiaires motivent leur participation au comité des usagers pour « *aider autour d'eux* ». Aider ici, c'est faire rejoindre le dispositif PRECCOSS :

« Ben là, je suis là... pour qu'on puisse me donner un peu enfin, pourquoi je puisse les aider aussi à... Aha ! Rejoindre en fait le dispositif pour leurs enfants. »

Paroles d'une mère de bénéficiaire de PRECCOSS, le 5 mai 2021.

Ou encore :

« Des amis autour de moi sont assez réticents, je suis là pour les aider à rejoindre le dispositif pour les enfants »

Paroles d'une mère de bénéficiaire de PRECCOSS, le 5 mai 2021 lors du comité des usagers de la Maison sport-santé

L'ambassadeur a un rôle important de mobilisation, celui d'encourager d'autres citoyens à rejoindre les dispositifs de la Maison sport-santé. Le Tallec qualifie ainsi les représentants d'usagers en santé de « *groupe de lobby* » (Le Tallec, 2003).

Cette capacité de mobilisation des ambassadeurs s'accompagne d'une large mission de communication que rappelle l'élue en charge de la santé : « *Leur parole en tant qu'utilisateur du sport-santé est une parole puissante et authentique qui illustre avec force le plaisir à trouver de la mise en mouvement et qu'il faut continuer d'associer au processus politique et aux actions de communication* » (Feltz, 2021).

Les ambassadeurs s'approprient cette mission très largement. Le procès-verbal du comité des usagers du 22 septembre 2022 dispose ainsi que :

« Les missions du comité sont la concertation sur les axes de développement de la MSS, et également la représentation des usagers lors des événements de la MSS comme les assises du sport-santé ou la journée olympique-paralympique par exemple. [...] »

Extrait du procès-verbal des usagers en comité des usagers de la Maison sport-santé, le 22 septembre 2022.

Le porte-parolat autour des dispositifs se déroule auprès des familles et cercles de sociabilité, comme nous l'avons vu, mais également dans le cadre de manifestations. Lors du comité des usagers de février 2023, une représentante des usagers affirme ainsi dans son mot introductif :

« Le comité des usagers a besoin de personnes pour faire valoir et promouvoir SSSO, mais également dans le cadre des manifestations. Il est important de discuter avec les futurs bénéficiaires, de répondre aux questions, d'échanger. »

Paroles d'une représentante des usagers en comité des usagers du 9 février 2023.

Elle conclut en invitant la Maison sport-santé à être plus vigilante dans sa communication auprès des ambassadeurs afin qu'ils puissent être présents aux événements : *« Pour ça, il est important de prévenir le comité des usagers en amont des manifestations afin de favoriser leur présence »*.

Laissant à voir que la portée des événements est importante dans la mobilisation des usagers, chez de nombreux représentants d'usagers, l'engagement comme ambassadeur débute par une prise de parole aux assises européennes du sport-santé :

« ... j'ai dit que j'étais intéressée et du coup c'est là à l'été qu'on a commencé à constituer un petit groupe de gens, de bénéficiaires qui allaient participer aux assises et donc ça... c'est ce qui s'est fait, donc moi... j'avais pris la parole en plénière »

Entretien avec cette bénéficiaire, 19 février 2021.

C'est également le cas pour cette autre bénéficiaire du dispositif sport-santé sur ordonnance :

« J'ai témoigné aux assises avec [Représentante des usagers] et 2 autres personnes... C'était un peu flippant de passer après Madame la ministre, Monsieur le maire, mais après ça s'est vite passé... Je suis même sortie dans les DNA, je suis contente... Je dis, pourquoi moi... Ouais non, mais je m'en fiche... Mais c'est vrai que ouais, le fait de se préparer pour les assises du sport-santé, ça m'a fait quand même travailler sur tout ce qui était avant sport-santé et les résultats que j'ai eu aussi ».

Entretien avec une bénéficiaire du dispositif sport-santé sur ordonnance, le 19 mai 2021.

Pour d'autres, l'écoute de ces témoignages est un vecteur de motivation à l'engagement au sein du comité des usagers, illustrant cette capacité mobilisatrice des ambassadeurs par leurs prises de parole publiques :

« Quand j'ai vu les témoignages aussi, enfin quand j'ai entendu les témoignages au micro, je me suis dit, ben oui, c'est vers ça qu'il faut aller, c'est ce qu'il faut reproduire et donc je me suis dit "pourquoi pas témoigner à mon tour" ».

Entretien avec un représentant d'utilisateur, 4 mai 2021.

La valorisation des ambassadeurs s'illustre également sur les réseaux sociaux, où différents portraits témoignent d'expériences positives de bénéficiaires (illustrations 66 et 67).



Illustration 66 - Portrait de bénéficiaires - Patricia³⁹³



Illustration 67 - Portrait de bénéficiaire – Brigitte³⁹⁴

³⁹³ Capture écran de la page Facebook de la Maison sport-santé, portrait de Patricia, 17 mai 2023.

³⁹⁴ Capture écran de la page Facebook de la Maison sport-santé, portrait de Brigitte, 11 avril 2022.

La « *renaissance de Patricia* », le sport-santé comme « *antidépresseur* », ou encore les yeux qui « *pétillent* » de Brigitte, illustrent parmi d'autres portraits des expériences réussies du dispositif de sport-santé sur ordonnance.

Pour l'administration de la Maison sport-santé, les ambassadeurs ont un rôle de courroie de transmission : un intermédiaire entre les bénéficiaires et l'administration de la Maison sport-santé :

« Pour moi, ils peuvent avoir un rôle de courroie de transmission ou d'ambassadeur, peu importe comment on les appelle, notamment ceux qui voudraient s'impliquer... On attend des représentants des usagers de favoriser la circulation de l'information pour tout un chacun quoi... »

Entretien avec le directeur de la Maison sport-santé, 5 mai 2021.

Une représentante des usagers parle ainsi de son rôle, en entretien comme cela :

« le but n'est pas de devenir expert de la MSS, mais un relai, accompagner »

Extrait d'un entretien le 21 février 2022.

Il s'agit d'entrer en médiation entre le bénéficiaire et l'administration de la Maison sport-santé, pour parler du parcours de sport-santé et accompagner les personnes :

« Un rôle peut être de... Je sais pas... Peut-être apporter mon témoignage... Parler justement à des gens qui ont peut-être des doutes... Leur dire non, vous inquiétez pas, vous serez bien encadrés, vous serez bien entourés, on vous fera faire du sport en fonction de ce que vous êtes capable de faire...Voilà peut-être échanger avec des personnes qui ont des doutes sur le dispositif, qui savent peut-être pas et qui n'osent peut-être pas en parler à des gens, à des professionnels... »

Entretien avec une représentante des usagers, le 18 mai 2021.

Cette question nous rappelle qu'il est nécessaire d'interroger la notion de patient-expert au sein de la Maison sport-santé.

Encadré 50 - D'une conception promue par les acteurs du concept de patient-expert à son application interrompue

Comme nous avons pu l'étudier, lors de la structuration de la Maison sport-santé, les acteurs institutionnels appellent de leurs vœux la création de patients-experts. Cela est posé comme objectif de la structuration de la parole des usagers au sein de la Maison sport-santé.

Le responsable des projets stratégiques du pôle de compétitivité Biovalley France décrit ainsi le patient-expert comme :

« [...] C'est le patient qui a envie de faire profiter ses pairs de son expérience et qui prend pas son cas pour une généralité, il prend surtout pas... Il est pas omniscient, il détient pas de vérité absolue... Donc c'est quelqu'un qui a vécu sa pathologie, qui a une certaine conscience de la pathologie et des problématiques qui y sont liées, mais qui fait pas de son cas une généralité...C'est quelqu'un qui a envie de transmettre et quelqu'un qui est dans une démarche de construction et pas de critique systématique... »

Entretien avec le responsable des projets stratégiques, Pôle de compétitivité, Biovalley France, 22 février 2021.

Les acteurs se montrent vigilants sur les étapes qui amèneraient à reconnaître institutionnellement le concept de patient expert au sein de la Maison sport-santé :

« Moi, je suis très intéressé par cette notion-là et on est très vigilant. Je pense qu'il faut d'abord, avant de parler de patients-experts, de patients-ressources, parce que je pense à mon avis à différents crans dans cette dimension-là, parce que... Mais c'est aussi pour ça qu'on attend, notamment la contribution de France Assos Santé là-dessus hein. [...] Et après, le chemin pour aller vers la notion de patient expert est plus, selon moi, longue, parce que ça veut dire des formations à la clé... Peut être même une forme de gratification ou de reconnaissance... »

Entretien avec le directeur de la Maison sport santé de Strasbourg, 5 mai 2021.

Dans son discours, le directeur reconnaît ainsi les difficultés de mise en œuvre de ce concept.

Au sein de la Maison sport-santé, différentes conceptions du patient-expert coexistent. Pour les acteurs du champ du sport, qui découvrent ce concept, le patient-expert pourrait constituer une sorte de patient collaborateur occasionnel ou bénévole du service public.

Ce patient fait partager son savoir, son expérience et ses compétences acquises à travers le parcours de soin lié à sa pathologie et à travers les dispositifs de la Maison sport-santé :

« Alors, c'est ce qu'on appelle des patients-experts, c'est-à-dire quelqu'un qui était déjà dans le dispositif et elle a une expérience, donc elle peut agir sur certains leviers, ça permet aux instances les plus hautes de pouvoir changer de directions, d'orientations, être en fait en constant échange avec le terrain et l'administratif. Je crois que c'est vraiment important de ne pas être dans une sorte de tour d'ivoire où tout vient d'en haut et on ne sait pas ce qu'il se passe en bas. »

Entretien avec un éducateur médico-sportif du dispositif PRECCOSS, 11 décembre 2020

Le patient expert tire son expertise de son parcours et de son expérience directe de malade, en l'occurrence au sein de sport-santé sur ordonnance, se rapprochant ainsi de la notion d'expertise profane. Ainsi, l'élue, à travers son discours, affirme que le patient-expert doit permettre un retour d'expérience notamment aux médecins :

« Et puis il y a dans la formation... on a beaucoup travaillé sur ça, les patients-experts. Donc on a des patients-experts du sport-santé qui doivent pouvoir expliquer au médecin comment on motive quelqu'un à aller faire de l'activité physique...Voilà, ça c'est des retours d'expériences vraiment intéressants... dans la communication aussi bien sûr... »

Entretien avec l'élue en charge de la santé (19 février 2021).

Cependant, lorsque l'élue parle d'un rôle dans la communication, il montre que selon lui, le patient-expert peut être un ambassadeur, notion que nous définissons dans ce chapitre.

Pour les acteurs de la santé, du soin et du sanitaire, le patient-expert s'ancre dans une vision portée par l'éducation thérapeutique du patient et dans leur expérience de patients-experts au sein des structures de santé. La volonté de « montée en compétence » du patient rejoint les objectifs de l'ETP d'après Dehling (2017), lequel dit que l'ETP permet de hisser le patient au rôle d'acteur, comme l'illustre ce discours :

« La notion de patient-expert c'est une notion que j'aime beaucoup...[...]Et je pense que c'est très important d'associer les patients, de les faire monter en compétence, aussi pour qu'ils communiquent, qu'ils s'expriment et aient eux-mêmes des notions pour pouvoir participer aux formations. Être partie prenante au même titre que les professionnels de santé sur des interventions, des formations... »

Entretien avec une représentante de l'ARS Grand Est, 26 janvier 2021

Ainsi, le patient-expert permet d'accéder à un degré supérieur de connaissance et de maîtrise de sa maladie :

« On en a à l'hôpital par exemple, et c'est aussi parfois des professionnels... enfin c'est des professionnels... ils sont devenus professionnels représentants des usagers. Et par exemple, moi à l'hôpital, on va essayer d'avoir un comité patient. Enfin vraiment, le patient-expert, on va un peu plus loin parce que représentants d'usagers, je vois bien qu'ils sont devenus un peu, ils sont très bien hein... Mais parfois ils ont professionnalisé leur représentation, je trouve ».

Entretien avec une praticienne des Hôpitaux universitaires de Strasbourg (HUS),
le 4 mai 2021

Les acteurs qui ont déjà accompagné le développement de patients-experts, en santé, voient essentielle la montée en compétence ou « capacitation ». Elle se rapproche de l'*empowerment*, que l'on définit comme le fait de donner aux patients les moyens et les compétences nécessaires pour qu'ils puissent participer à leur prise en charge. Certains auteurs disent ainsi que les dispositifs participatifs pourraient être des écoles de démocratie et permettraient le développement de capacités réflexives, d'écoutes voire d'arguments contraires (Morales, 2013. Birck, 2010). Foucault parle ainsi du développement d'une capacité d'agir (1994) de la part des individus. C'est en cela que le patient expert représente un niveau d'engagement à l'expert profane.

Au sein de la Maison sport-santé, les expériences de capacitation par la représentation d'usagers sont rares. Parmi l'ensemble des représentants d'usagers ou membres du comité des usagers, seule une représentante des usagers semble répondre à cette notion. La représentation d'usagers est dans son parcours un tremplin qui lui permet de connaître le *living lab* de la Maison sport-santé et de s'y engager en tant que patiente-experte. Elle participe à de nombreux événements en santé où elle prend la parole en public devant un large auditoire, tout comme à des conférences avec des chercheurs associés, etc. Cependant, ces rôles relèvent moins de la Maison sport-santé que du *living lab*, puisqu'elle quitte ses fonctions de représentante des usagers en 2023 du fait d'un « *manque de temps* » (échanges avec cette représentante des usagers en 2023).

Ainsi, le concept de patient-expert n'est ni défini dans la convention constitutive du groupement d'intérêt public de la Maison sport-santé, ni expérimenté avec les bénéficiaires.

Pour les acteurs institutionnels, cette interface que constituent les ambassadeurs permet un fonctionnement plus optimal de la Maison sport-santé :

« Voilà, je trouve que c'est bien... ça permet d'avoir des porte-parole on va dire au sein des bénéficiaires... Après il faut qu'ils soient au courant qu'il y a des représentants et qu'ils s'adressent... Après, il faut qu'il y ait un bon feeling aussi entre eux et que les représentants, ils arrivent à bien faire ressortir la parole de la majorité quoi... Et ça, je pense que ça peut être pas mal pour avancer ensemble et... au final, améliorer la Maison sport-santé quoi, pour qu'elle soit la plus optimale possible, la plus efficace... »

Entretien avec un représentant de VITACTIV, 13 mars 2021.

L'administration de la Maison sport-santé entend par exemple faire travailler les ambassadeurs sur des sujets d'intérêts pour la structure, comme l'après sport-santé :

« Une des briques du comité des usagers [...] c'est aussi de travailler sur l'après, parce qu'on sait que 3 ans c'est long, mais c'est court en même temps parce que finalement on y est bien dans ce dispositif, donc on a du mal à en sortir et du coup ça c'est vrai que c'est intéressant d'accompagner cette sortie. [...] C'est vraiment un gros sujet effectivement du comité ».

Extrait des paroles du directeur de la Maison sport-santé lors de la réunion des bénéficiaires du 5 mai 2021.

Travailler avec les usagers permet à la Maison sport-santé de réfléchir à une meilleure adaptation des dispositifs avec le retour direct des premiers concernés. Cette participation est qualifiée par Oakley (1989) de participation utilitariste. Elle permet ainsi de répondre à un objectif d'amélioration des dispositifs³⁹⁵.

Mais la notion d'ambassadeur suscite également un questionnement autour de l'instrumentalisation possible de la parole du représentant d'utilisateur. En étudiant la démocratie sanitaire, Maudet (2002) montre que l'introduction de représentants d'utilisateurs au sein d'instances de décisions peut être qualifiée de « *gadget bureaucratique* » afin de légitimer une autorité en crise (Biarez, 1999), mais que cela ne peut être le seul élément constitutif de ces processus.

³⁹⁵ Elle s'oppose à une conception de la participation comme processus, laquelle s'ancre dans une logique de démocratisation et de long terme permettant l'empowerment des citoyens.

La participation des ambassadeurs vient en effet appuyer la légitimité de certaines actions de la Maison sport-santé et participe à l'adhésion des bénéficiaires aux dispositifs (Buffet et al., 2014). La mise en place des ambassadeurs traduit un intérêt politique comme le montrent ces paroles de l' élu :

« Leur parole en tant qu'usager du sport-santé est une parole puissante et authentique qui illustre avec force le plaisir à trouver de la mise en mouvement et qu'il faut continuer d'associer au processus politique et aux actions de communication » (Feltz, 2021).

C'est d'ailleurs l' élu en charge de la santé qui invite les usagers à rejoindre le premier comité des usagers et ouvre ce comité en 2021.

Les ambassadeurs participent également à la justification de l'intérêt du projet Maison sport-santé. Lors du conseil d'administration du GIP de la Maison sport-santé, le 23 avril 2021, l' élu en charge de la santé appelle les bénéficiaires à se mobiliser en faveur du projet immobilier lorsque celui-ci fait l'objet de contestations :

« C'est important qu'il y ait d'autres expressions sur le sujet, notamment publiques. Par exemple des usagers du sport-santé ? [...] Il est important que d'autres personnes se mobilisent : bénéficiaires, associations, pour dépasser cela. »

Paroles de l' élu en charge de la santé lors du conseil d'administration du groupement d'intérêt public Maison sport-santé de Strasbourg, 23 avril 2021.

Pendant la réforme du sport-santé, les ambassadeurs sont intégrés aux ateliers de réforme du parcours sport-santé. À plusieurs reprises à travers des ateliers ou entretiens, leurs paroles sont récoltées. Ils émettent un avis sur le parcours sport-santé qui émane de ces travaux, auprès des instances de la Maison sport-santé. Pourtant, comme nous avons pu le voir lors du chapitre 2, leur impact sur les décisions est faible puisque la réforme du sport-santé ne sera pas appliquée dans les termes prescrits par cette démarche participative. La participation des usagers permet ici la validation d'un processus de construction de la décision plutôt que le choix de la prise de décision (Morales, 2013).

Enfin, des logiques de contrôles des ambassadeurs se mettent en place : venant d'eux-mêmes (autocontrôle) et des agents administratifs de la Maison sport-santé. Les ambassadeurs affirment ainsi :

« Il faut trouver, être à notre juste place : ne pas marcher sur les platebandes de l'équipe ... on sait pas forcément tous les tenants et aboutissants. »

Extrait d'un entretien avec une représentante des usagers, le 21 février 2022).

Dans un échange mail intitulé « *règles d'usages du comité d'usagers* » en mars 2021, une représentante des usagers questionne ainsi la liberté des représentants des usagers quant à leurs interactions avec l'extérieur (organismes, événements, personnes physiques et morales, médias, etc.). L'administration de la Maison sport-santé affirme qu'il est nécessaire de convenir de règles. Si une simple information peut suffire lors de la sollicitation d'une structure ou d'un partenaire, lorsqu'elle dit commencer à être sollicitée par la presse et ne pas savoir quelle tenue adopter, la représentante des usagers voit l'administration demander une validation administrative, voire de l' élu en charge de la santé de ses sollicitations. Ses éléments de discours ne font cependant pas l'objet d'une préparation avec les agents de la Maison sport-santé.

Si les points de vue des élus oscillent entre un usage instrumenté recherchant une caution et une autonomie accordée sur la base de la confiance des dispositifs participatifs (Morales, 2013), pour les acteurs politiques, intégrer la parole des usagers répond à une injonction sociétale. Blondiaux affirme ainsi que cette injonction s'inscrit notamment en réponse à la crise de légitimité des démocraties représentatives (2008). Ainsi, dans de nombreuses présentations publiques, l'intégration des usagers au comité des usagers et leurs représentants est décrite comme structurante de la Maison sport-santé : « *la Maison sport-santé un projet avec et pour les citoyens* »³⁹⁶. La notion d'ambassadeur est donc complexe : tantôt mobilisateur sur la scène publique autour des dispositifs, tantôt médiateur entre l'administration et les usagers, tantôt sollicité par l'administration pour un travail sur des thématiques spécifiques, mais également parfois instrumentalisé. Blondiaux (2008) affirme ainsi que l'ambassadeur incarne une tension entre représentation citoyenne et récupération institutionnelle.

Si les représentants des usagers assument ce rôle de représentants, ceux qui ne sont pas en accord avec cette fonction, comme nous avons pu le voir auparavant, sont marginalisés et quittent l'action publique.

³⁹⁶ Blanc, P. Jouan, F. (2020). *Présentation PowerPoint, maison sport-santé. Séminaire France Assos Santé*, 4 mars 2020.

Aussi, sans que ce statut d'ambassadeur ne repose uniquement sur une conception de l'administration ou de politique des représentants des usagers de la Maison sport-santé, ce sont les représentants eux-mêmes qui façonnent leurs rôles de cette manière.

Encadré 51 - Comment décrire la démocratie participative déployée au sein de la Maison sport-santé d'après l'échelle de la participation d'Arnstein ?

En démocratie participative, l'échelle de la participation d'Arnstein (1969), est une référence pour qualifier le niveau de participation d'une organisation, d'une personne, d'un processus. Cette échelle permet de questionner l'action des citoyens au regard de différents niveaux d'engagements (*Illustration 68*).

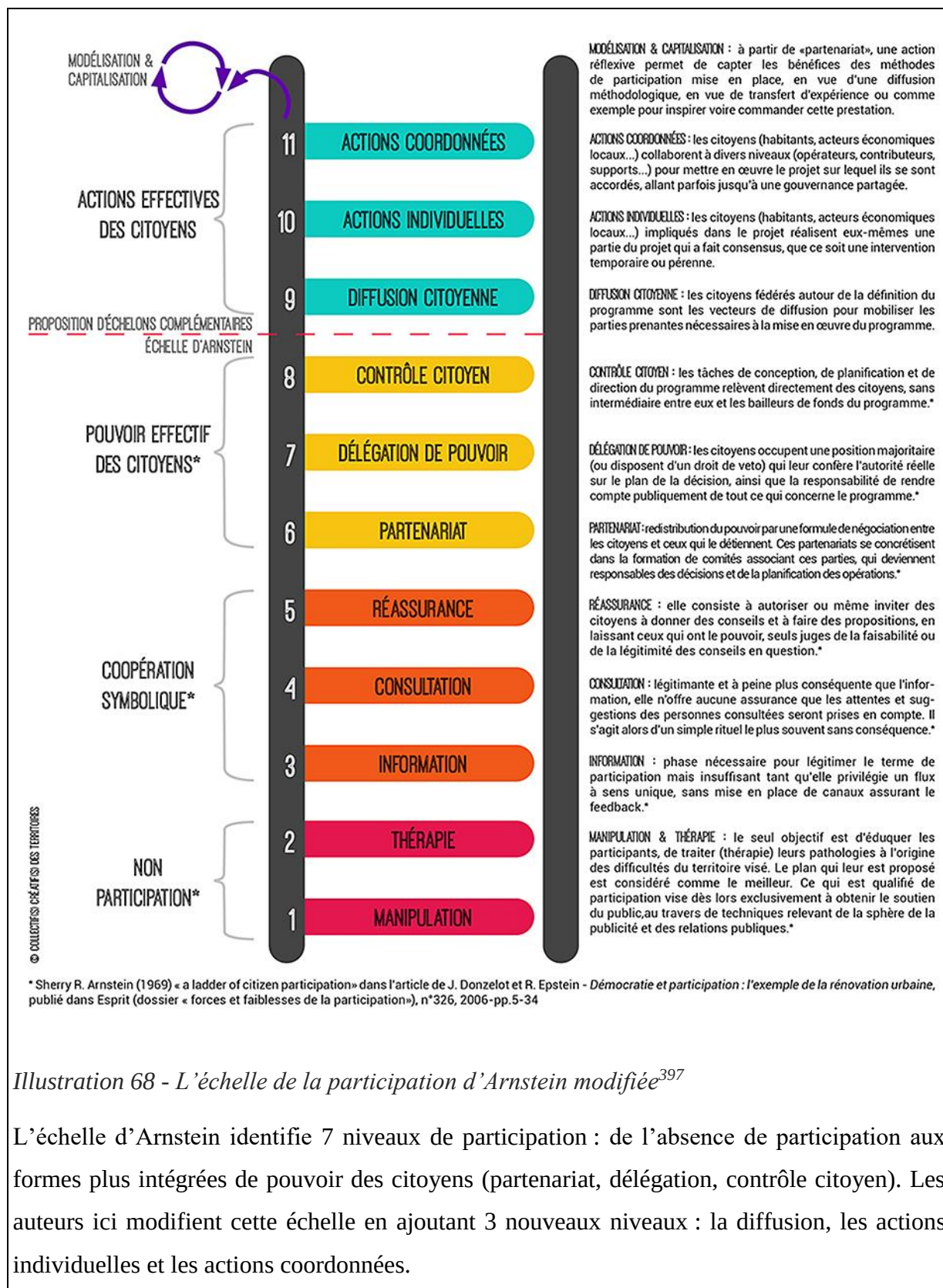


Illustration 68 - L'échelle de la participation d'Arnstein modifiée³⁹⁷

L'échelle d'Arnstein identifie 7 niveaux de participation : de l'absence de participation aux formes plus intégrées de pouvoir des citoyens (partenariat, délégation, contrôle citoyen). Les auteurs ici modifient cette échelle en ajoutant 3 nouveaux niveaux : la diffusion, les actions individuelles et les actions coordonnées.

³⁹⁷ Sherry R. Arnstein (1969) « a ladder of citizen participation » dans l'article de J. Donzelot et R. Epstein, - *démocratie et participation : l'exemple de la rénovation urbaine*, publié dans Esprit (dossier « forces et faiblesses de la participation »), n°326, 2006 – pp. 5-34.

Cette échelle permet notamment d'évaluer l'impact réel des dispositifs de participation selon leur degré d'effectivité (Blondiaux, Fourniau, 2011). Les auteurs qui étudient les processus de démocratie participative situent la participation sur les échelons de l'information à la codécision pour la plupart (Jeulan et al., 2020).

Au sein de la Maison sport-santé, et d'après l'échelle d'Arnstein, on pourrait qualifier la représentation d'usagers et le comité des usagers de réassurance, voire de partenariat. Par réassurance, les auteurs entendent l'invitation donnée aux usagers à travers leurs représentants et le conseil à l'écriture et la formulation d'avis, dont les suites sont difficilement saisissables. Par partenariat, ils entendent une redistribution du pouvoir entre les citoyens et ceux qui détiennent le pouvoir allant jusqu'à la création de comités. Cependant, la question de la redistribution des pouvoirs peut être nuancée au regard des missions qui incombent au comité des usagers et à la manière dont les usagers s'en saisissent. Le recueil de la parole des usagers au sein de la Maison sport-santé d'après cette illustration se situerait ainsi entre un niveau de coopération symbolique et de pouvoir effectif des citoyens.

D'autres échelles de la participation existent, notamment en matière de promotion de la santé avec l'échelle de Davidson (1998) (*illustration 69*).

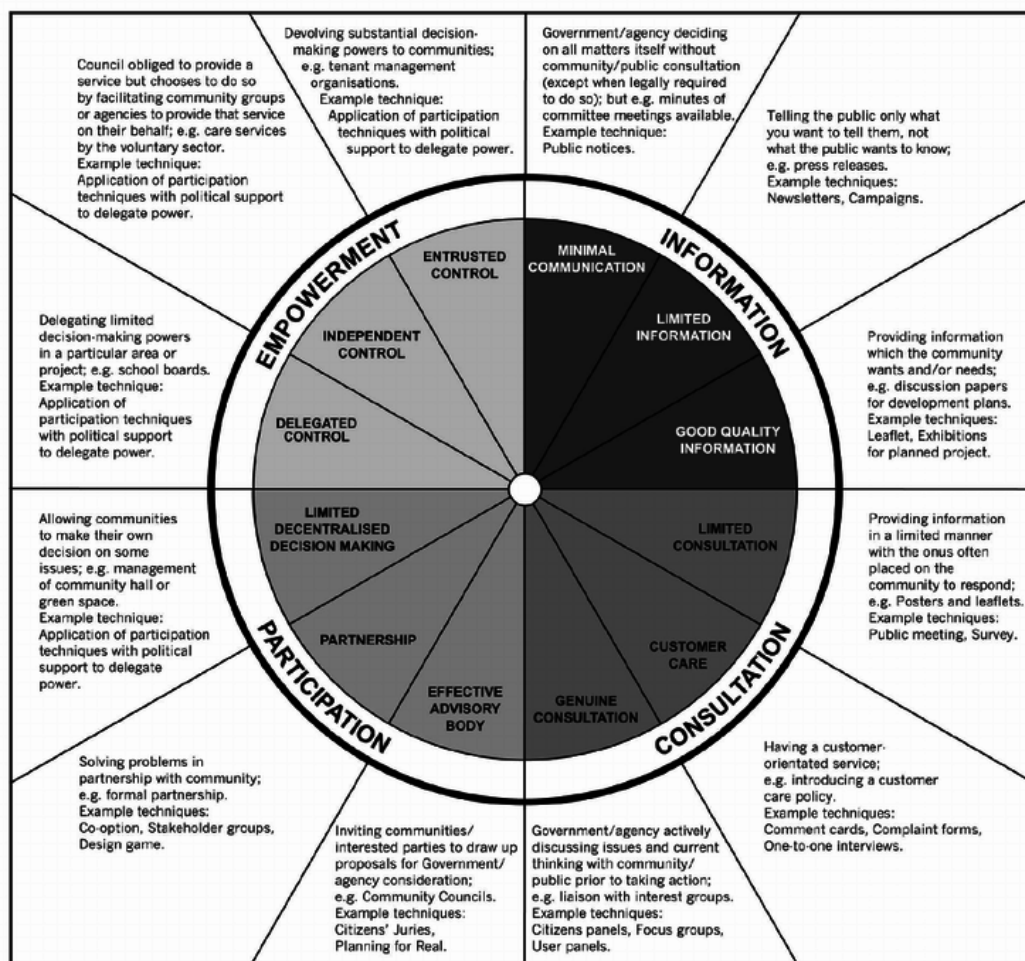


Illustration 69 - l'échelle de la participation de Davidson³⁹⁸

Davidson identifie quatre catégorisations principales de la participation : information, consultation, participation, autonomisation (*empowerment*). Le comité des usagers et les représentants d'usagers ne répondent ici pas d'un principe de partenariat que nous avons pu identifier selon Arnstein. Ce dernier supposerait une méthode partenariale, par exemple de résolution des conflits. L'action des usagers au sein de la Maison sport-santé rejoint ainsi le niveau de consultation « attention portée » (*customer care*).

On peut donc parler de coopération symbolique d'après l'échelle d'Arnstein ou de consultation d'après l'échelle de Davidson, au sein de la Maison sport-santé de Strasbourg.

³⁹⁸ Davidson, S. (1998). *Wheel of Participation in : Spinning the wheel of empowerment. Planning*, 1262, 14–15. https://www.researchgate.net/figure/Wheel-of-Participation-after-Davidson-1998_fig1_242365844

Conclusion du chapitre 3

Ce chapitre nous a permis de montrer que la Maison sport-santé de Strasbourg déploie de nouvelles formes de recueil de la parole des bénéficiaires que nous avons qualifié de démocratie en sport-santé. Pour les acteurs institutionnels, il y a un intérêt pour l'action publique : l'ambition d'enrichir la construction de l'instrument et d'ajuster les dispositifs. Pour les acteurs du soin, familiers de l'éducation thérapeutique du patient dans les structures hospitalières, faire avec les usagers est une injonction : « *on ne peut plus soigner sans éduquer* » (D'Ivernois, Gagnayre, 2016). Le cadre d'analyse comparatif de la démocratie sanitaire est, en cela, structurant dans notre analyse.

Pour les bénéficiaires, s'engager dans la représentation d'usagers est rarement désintéressé (Blondiaux, 2008). Cela permet de renforcer une position sociale (Bourdieu, 1979), de compléter des savoirs déjà acquis (Gross, Ruelle, Sannié et al., 2017) ou encore de mettre en forme leurs revendications (Tabuteau, 2016). Enfin, l'engagement comme porteur d'un lien social et de la mise en œuvre d'un nouveau réseau de sociabilité est important (Oualhaci, 2023).

Notre hypothèse de recherche proposait de questionner la Maison sport-santé en tant qu'instrument de démocratie en sport-santé. Peut-on qualifier le processus de recueil de la parole des usagers de cette sorte ?

Avant la Maison sport-santé, les bénéficiaires étaient consultés par des questionnaires de satisfaction ou sollicités pour témoigner aux assises européennes du sport-santé. La convention constitutive du GIP inscrit de nouvelles modalités de participation, qui s'appuient notamment sur le cahier des charges national des Maisons sport-santé, lequel dédie un article à la « *parole des usagers* » dont la forme peut être souple : du questionnaire de satisfaction au comité des usagers.

La première forme de démocratie est illustrée par l'intégration de l'association France Assos Santé comme membre fondateur du GIP. Engagée dans la représentation d'usagers au sein des instances de santé publique (Couty, 2017), son rôle est de participer aux instances, d'organiser le débat public, de former les patients et représentants d'usagers et d'informer les publics sur le droit des usagers. Si certains acteurs institutionnels estiment que cette intégration suffit à représenter les usagers - voyant là se distinguer de premières conceptions de la prise en compte de la parole des usagers - le recueil de leur parole prend également deux autres formes à travers un comité des usagers et des représentants des usagers.

Les représentants des usagers portent l'avis du comité des usagers devant les instances (conseil d'administration et assemblée générale). Le comité des usagers voit ses missions définies par l'article 16 de la convention constitutive (porter un avis sur les décisions de l'assemblée générale et du conseil d'administration, inscrire des points à l'ordre du jour de ces assemblées), lequel renvoie également le comité à un règlement intérieur propre.

La participation des bénéficiaires au sein de la Maison sport-santé conduit à interroger la notion d'expertise. Les professions médicales agissent en protection de leurs monopoles sur la gestion des soins (Freidson, 1970), alors même que l'éducation thérapeutique du patient envisage la reconnaissance de nouvelles formes de savoir par les malades (Carricaburu, Menoret, 2004). Ces conflits d'expertise reposent sur la délimitation des frontières entre l'expertise professionnelle et l'expertise du bénéficiaire.

En effet, nous avons pu voir que les bénéficiaires utilisent des ressources qui leur permettent de développer une expertise profane (Epstein, 1995). La maladie joue un rôle important, elle permet le développement de compétences spécifiques. Mais contrairement à la démocratie sanitaire, c'est plutôt une expérience personnelle dans les dispositifs de la Maison sport-santé qui est attendue. Or, la réforme du parcours de sport-santé mettant en place un nouveau parcours d'un an au lieu de trois ne permet pas de construire une dynamique de développement de compétences sur les dispositifs. Le parcours personnel et familial des représentants d'usagers montre également des expériences similaires d'engagements : citoyens actifs, engagés dans le monde associatif, syndical ou sportif (Buffet et al., 2014). Cet engagement émane souvent d'une socialisation militante dès l'enfance (Percheron, 1974). Le parcours de ces bénéficiaires est aussi marqué par leur rapport à l'activité : chez l'un, la maladie est venue arrêter toute activité physique, chez l'autre, l'activité physique était si présente dans sa famille qu'elle s'est sentie en décalage. À travers le dispositif sport-santé sur ordonnance, ces bénéficiaires voient la reprise de l'activité physique comme une « *revanche* » (Le Breton, 1991).

L'expertise profane des usagers se constitue aussi par la mobilisation de compétences du monde professionnel. Cette professionnalisation répond aux attentes de l'administration de la Maison sport-santé quant aux missions des représentants des usagers : prendre la parole en public, émettre un avis, analyser des documents, etc. La mobilisation de ces ressources est excluante pour des bénéficiaires, plus profanes, qui ne se sentent pas compétents dans l'exercice de la représentation d'usagers.

De plus, notre recherche a permis de montrer que si les politiques publiques incitent à la participation des usagers, les logiques institutionnelles limitent souvent l'exercice de la « démocratie sanitaire » au sens de Tabuteau : « *une organisation de la société reconnaissant le droit de chacun à connaître, décider et agir pour sa santé et la protection de la santé publique* » (Tabuteau, 2016). Le cadre flou de la représentation des usagers renforce le pouvoir des acteurs dominants de l'institution, car il agit comme une contrainte à l'expression et à la participation des usagers. La structuration du comité des usagers rejoint ainsi l'analyse de « *gouvernement des conduites* » (Foucault, 2004) et conduit à la recherche de consensus et à la validation de propositions qui respectent les objets et thèmes légitimes (Berger, 2008). Les participants dont les avis sont minoritaires se mettent en retrait de l'action publique locale par peur d'être stigmatisés (Noëlle-Neumann, 1989).

Alors que l'engagement est intimement lié à la capacité d'une organisation à identifier des règles du jeu claires, permettant aux acteurs d'anticiper et de prévoir leur mobilisation (Crozier, Friedberg, 1977), l'absence de cadre de la représentation des usagers n'encourage pas ces derniers à s'engager. L'absence de statut, au contraire de la démocratie sanitaire, pose des limites à l'exercice de leurs rôles : pas de temps disponible, pas de rémunération, pas de formation, mais également asymétrie des connaissances rendant difficile la construction d'une parole (Fainzang, 2006).

Ainsi, l'étude de la mise en œuvre du comité des usagers et des représentants d'usagers au sein de la Maison sport-santé, mais également de l'exercice de leurs fonctions, nous permet de répondre à notre hypothèse de recherche. Le comité des usagers et les représentants d'usagers constituent des dispositifs partiellement qualifiables de démocratie en sport santé et partiellement assimilables à ceux de la démocratie sanitaire. Toutefois, il est important de noter que la mise en place de ces dispositifs de participation constitue déjà une volonté d'associer les usagers dans l'action publique locale.

Conclusion générale

I. La structuration de la Maison sport-santé comme instrument de l'action publique locale au sein d'un contexte multifactoriel

Au croisement de la sociologie du sport et de la sociologie de l'action publique, cette thèse porte sur un objet de recherche encore peu étudié, les Maisons sport-santé, et complète des recherches passées ou en cours de réalisation sur le sport-santé.

Elle est réalisée parallèlement à de premières études sur les Maisons sport-santé, comme le rapport de l'INJEP sur les Maisons sport-santé en France (Oualhaci, 2023). Ce dernier a pour objectif l'analyse globale de la structuration des Maisons sport-santé. Par une enquête qualitative auprès des coordinateurs de Maisons sport-santé, il donne à voir la diversité des structurations locales. Il apporte également des éléments de compréhension des contraintes qui pèsent sur les structures dans leur développement et laisse apparaître des appropriations différenciées du label.

Cette thèse s'appuie sur des études axées sur les prémices du dispositif strasbourgeois de sport-santé sur ordonnance et ses acteurs (Marsault, 2017. Gasparini, Knobé, 2014.) ou spécifiques aux dispositifs sport-santé sur ordonnance ou PRECCOSS à travers notamment l'engagement de leurs bénéficiaires (Lutrat, 2022. Grassler, 2021). Elle enrichit également des travaux antérieurs qui portent sur l'intégration de la parole des usagers au sein de la feuille de route sportive de la Ville de Strasbourg (Morales, 2013).

Par ailleurs, différents travaux de sociologie existent également sur la structuration de l'action publique locale par ses acteurs (Gasparini, Knobé, 2021) ou encore sur la construction de l'activité physique comme nouvelle action publique (Perrier, 2022). Ces travaux de recherche traitent plus spécifiquement de la question de l'action de l'État en faveur de l'activité physique de santé (Honta, 2022). Ils n'abordent cependant pas la question de l'appropriation des Maisons sport-santé par les acteurs locaux.

Les Maisons sport-santé comme réponse au problème public de la sédentarité

La recherche doctorale nous a permis d'étudier les Maisons sport-santé dans le contexte de l'augmentation de la sédentarité considérée comme un problème public par les pouvoirs publics (Gusfield, 2009). Nous avons ainsi montré qu'à travers sa construction sociale, politique et symbolique, la sédentarité est définie comme une conduite à risque.

Dans cette construction, les statistiques européennes et internationales jouent un rôle de mobilisation des acteurs. C'est ainsi que différents plans d'actions se mettent en œuvre au niveau international, européen et national (Gasparini, 2017). En France, des plans de prévention des maladies chroniques par l'activité physique de santé se déploient jusqu'à la mise en œuvre d'une stratégie nationale sport-santé 2019-2024. Le plan national de 500 maisons sport-santé s'inscrit dans cette stratégie. En définissant le label des Maisons sport-santé comme nouvel outil de contractualisation du sport-santé (Moyal, 2021), nous avons montré que l'État par ce dernier s'immisce dans le contrôle du développement des politiques locales de sport-santé.

Notre recherche a permis d'étudier différents modèles de Maisons sport-santé à travers l'étude de leurs structures et d'identifier des traits et objectifs communs à ces structures. Les Maisons sport-santé étaient, par exemple, pour la plupart déjà investies sur les questions de sport-santé et voient dans le label la possibilité d'une légitimation de leurs actions (Oualhaci, 2023).

L'inscription de la Maison sport-santé de Strasbourg dans un contexte multifactoriel

À Strasbourg, l'analyse du discours des acteurs de l'action publique locale nous a permis de mieux comprendre la « construction » –aux sens physique, symbolique et social- de la Maison sport-santé de Strasbourg par ses acteurs et la structuration du sport-santé au niveau local.

L'analyse montre que la structuration de la Maison sport-santé se réalise à l'interface des deux organisations (formelle et informelle) et du contexte socio-historique qui lui donne sens (*figure 20*).

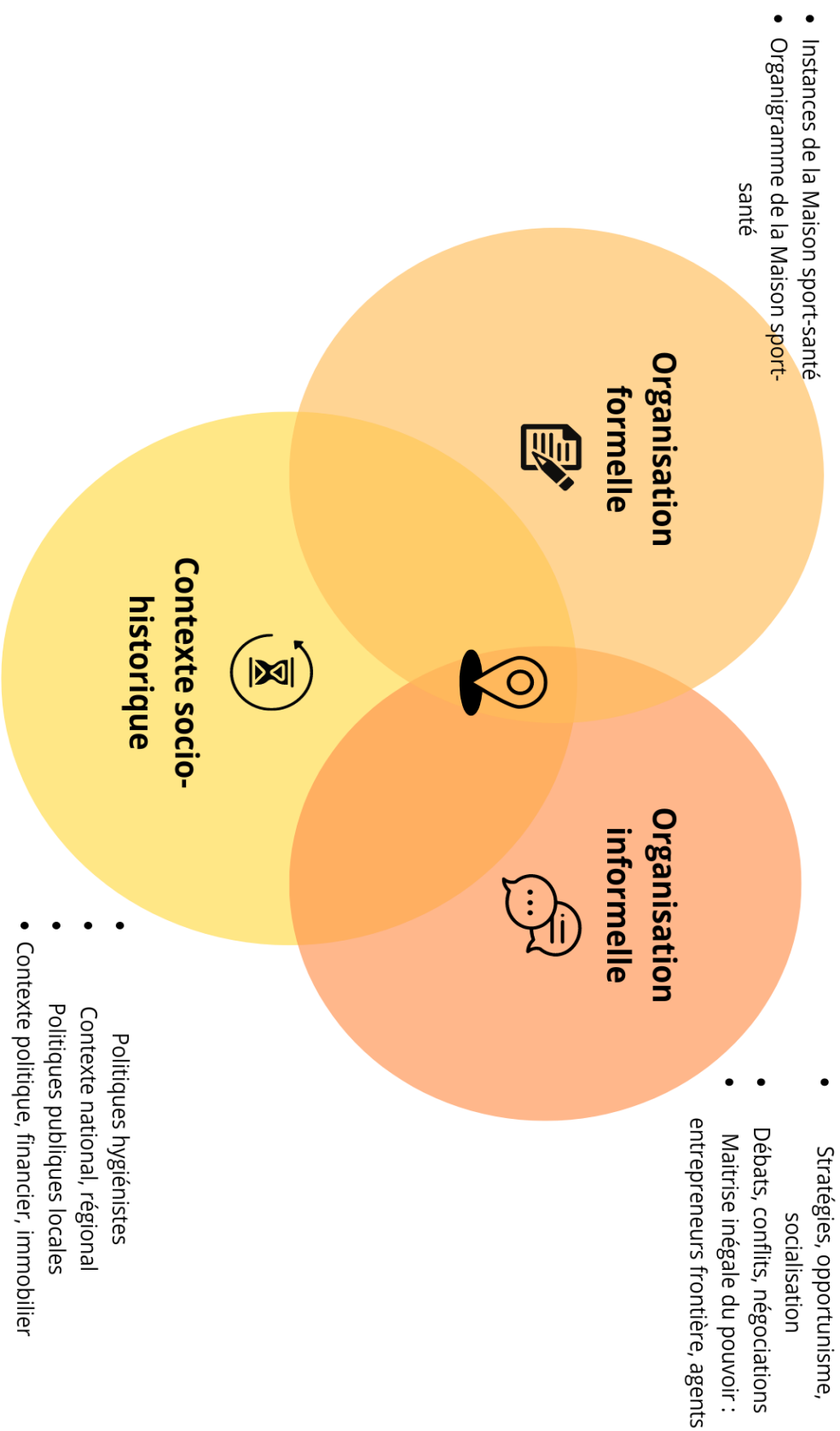


Figure 20 - La Maison sport-santé, instrument de l'action publique en construction (Blanc, P.).

Un contexte socio-historique particulier favorable au développement de la Maison sport-santé de Strasbourg

Dans un premier temps, la structuration de la Maison sport-santé s'appuie sur un contexte socio-historique de l'action publique permettant l'appropriation du label de Maison sport-santé par les acteurs locaux (Halpern et al. 2014). Les résultats du chapitre 1 permettent ainsi de valider l'hypothèse selon laquelle la Maison sport-santé s'inscrit dans un contexte local qui façonne sa structuration.

Les villes, depuis le XIXe siècle, sont considérées comme un échelon opportun pour le développement de politiques publiques de santé et, à Strasbourg, d'autant plus du fait de l'existence de politiques hygiénistes de santé lors de l'annexion allemande. La recherche montre ainsi que les acteurs, dans leur discours, justifient le développement de l'action publique du sport-santé à travers ce contexte local particulier. Les statistiques épidémiologiques particulières à l'Alsace (ObePi, 2009), qui montrent un taux d'obésité important, servent également à la légitimation de l'action publique locale de sport-santé. Ce contexte permet le développement d'une action publique locale qui se structure depuis les dispositifs de sport-santé sur ordonnance et PRECCOSS. Ainsi, l'appel à projet national des Maisons sport-santé est saisi par les acteurs locaux qui souhaitent le développement d'un « réseau municipal » du sport-santé comme une opportunité de légitimer leur projet.

La structuration d'une Maison sport-santé à Strasbourg répond à ces enjeux, mais intervient également dans un contexte politico-administratif complexe. Ceci explique l'orientation de la structure dans la forme juridique d'un groupement d'intérêt public.

La Maison sport-santé de Strasbourg à travers les interactions de ses acteurs : le poids de l'organisation informelle dans la structuration de l'instrument de l'action publique locale

En analysant le discours des acteurs dans le chapitre 2, nous avons constaté que l'organisation formelle de la Maison sport-santé de Strasbourg ne permet pas de décrire complètement les processus de construction de l'action publique locale. (Crozier, Friedberg, 1977). Ainsi, si les instances de la Maison sport-santé s'intéressent à définir des règles formelles, le poids des règles informelles est fort et crée des conflits, des alliances et des compromis entre les acteurs au sein de l'arène publique qui dépassent les règles de l'institution (Cefaï, 1996).

Ces résultats nous permettent de valider l'hypothèse selon laquelle l'action publique locale permet l'émergence de différentes formes d'engagement dans le GIP ainsi que des stratégies individuelles et collectives des acteurs (Crozier, Friedberg, 1977). En situation d'interdépendance, aucun acteur ne contrôle totalement le jeu dans lequel il est engagé dans l'organisation. Dans un contexte dynamique, les acteurs s'adaptent sans cesse par rapport au jeu des autres (Ducret, 2011).

Par ailleurs, le pouvoir est inégalement réparti entre les acteurs et certains d'entre eux jouent un rôle particulier dans l'action publique locale : ce sont les entrepreneurs frontières (Callon, 1986) et les agents de la Maison sport-santé (Lipsky, 1980). Ces derniers savent mieux contrôler les zones d'incertitudes de l'action publique (Crozier, Friedberg, 1977). Multipositionnés dans l'action publique locale, ils occupent par leur maîtrise des ressources une place particulière (Honta, Haschar-Noé, 2011).

En ce sens, les agents participent à la régulation de l'action publique locale à travers la notion de régulation conjointe (Reynaud, 1997). Par leur rôle dans l'application des règles prescrites, notamment par la réforme du parcours sport-santé, ils sont à mi-chemin entre les règles formelles et une régulation autonome à travers les règles informelles.

Cette recherche permet également de dépasser le modèle de système d'action concret (Crozier, Friedberg, 1977). Alors que ce dernier considère que l'action publique résulte de la maîtrise par les acteurs des zones d'incertitude qu'ils savent manier de manière stratégique par des groupes de pouvoir, l'analyse nous montre que les acteurs peuvent également agir par opportunisme dans l'action publique ou en fonction de dispositions et de socialisations antérieures (Bourdieu, 1979).

La prise en compte de la parole des usagers du sport-santé

Le chapitre 3 montre que l'organisation formelle de la Maison sport-santé s'attache à définir les modalités de recueil de la parole des usagers sous différentes formes : à travers l'intégration de France Assos santé dans les instances de la Maison sport-santé, le comité des usagers, mais également la représentation d'usagers (article 16 de la convention constitutive). Selon leurs institutions d'origine, les acteurs de la Maison sport-santé tendent à rapprocher les principes de l'intégration de la parole des usagers de la Maison sport-santé aux principes de la démocratie sanitaire ou encore de l'éducation thérapeutique du patient.

Cependant, nos résultats ne permettent de valider que partiellement l'hypothèse selon laquelle la Maison sport-santé met en place un processus complet de démocratie sanitaire, laissant apparaître une démocratie spécifique, en sport-santé.

Si les tentatives de recueil de la parole des usagers au sein de la Maison sport-santé marquent une évolution en comparaison aux questionnaires de satisfaction déployés auparavant dans les dispositifs, la création du comité des usagers de la Maison sport-santé fait également l'objet d'un encadrement en agissant comme un instrument de « gouvernement des conduites » (Foucault, 1978).

Entre les bénéficiaires et les acteurs institutionnels, la représentation d'usagers anime des conflits d'expertises. Les professions médicales agissent ainsi notamment en protection de leurs expertises (Freidson, 1970). Ces conflits d'expertises animent également les acteurs du sport lesquels craignent qu'un ordre de connaissance préétabli soit modifié. Les bénéficiaires, quant à eux, jouissent d'une expertise acquise par la pratique et l'expérience, c'est l'expertise profane (Epstein, 1995). La maladie est constitutive de leur engagement. Les profils des représentants des usagers donnent également à voir des parcours engagés.

Dans l'exercice de la représentation, certains représentants tendent à la professionnalisation de leurs missions. Cette professionnalisation est recherchée par la Maison sport-santé, laquelle légitime ces compétences. Les bénéficiaires légitimes à s'engager sont ceux qui sont capables d'analyser des données, se concerter, représenter, être force de proposition (Buffet et al., 2014). Ils portent également un intérêt à s'engager dans l'action publique locale, comme de nouvelles compétences transposables dans le monde du travail (Laville, 2007) ou encore la recherche d'un lien social (Oualhaci, 2023).

L'absence de statut des représentants d'usagers, contrairement aux représentants en démocratie sanitaire, est constitutive des limites des processus de démocratie sanitaire au sein de la Maison sport-santé. Contrairement aux représentants des usagers dans les instances sanitaires, l'absence de rémunération, de formation ou encore de temps dédié à ces fonctions est un frein à l'engagement des bénéficiaires. L'absence de ce statut fait éprouver aux usagers des difficultés à s'engager sur un temps long (Fillieule, 2005).

L'absence d'institutionnalisation sous forme associative du comité des usagers participe à renforcer le pouvoir des acteurs dominants, de l'institution (Crozier, Friedberg, 1977). Il induit également chez les bénéficiaires des conflits quant à l'interprétation de leurs rôles (Mintzberg, 1973). Ces conflits sont imputables en partie à l'hétérogénéité des groupes constitués (Ischer et Saas, 2019).

Enfin, les bénéficiaires qui maintiennent leur engagement afin de porter la parole des usagers apparaissent comme des entrepreneurs de morale (Becker, 1963) ou ambassadeurs de l'action publique. Ils agissent en « *groupe de lobby* » (Le Tallec, 2003) et leurs missions peuvent être qualifiées de porte-parolats. En ce sens, la participation des bénéficiaires participe ainsi à la légitimation de l'action publique locale (Buffet et al., 2014).

II. Vers une typologie des acteurs de la Maison sport-santé

Nous avons vu que la convention constitutive du GIP a créé les premières catégories institutionnelles d'acteurs : acteurs internes de la Ville de Strasbourg, partenaires du projet, partenaires de la Ville de Strasbourg, bénéficiaires-habitants. Les instances du GIP, à travers leur regroupement en collèges, participent également à la fabrique de catégories : collectivités, recherche et innovation, associations, mutuelles, professionnels de santé et établissements de santé.

Nous avons réalisé cette première typologie des acteurs dans notre travail exploratoire de recherche (Partie 1, chapitre 2). Or, l'analyse du discours des acteurs et de l'action publique locale permet de construire une autre typologie d'acteurs, évolutive, qui dépasse les cadres de l'organisation formelle.

Notre typologie s'appuie sur le concept d'idéal-type de Weber (Weber, 1965) en reliant des acteurs aux fonctions diverses, de la Maison sport-santé, par leurs traits significatifs (*figure 21*).

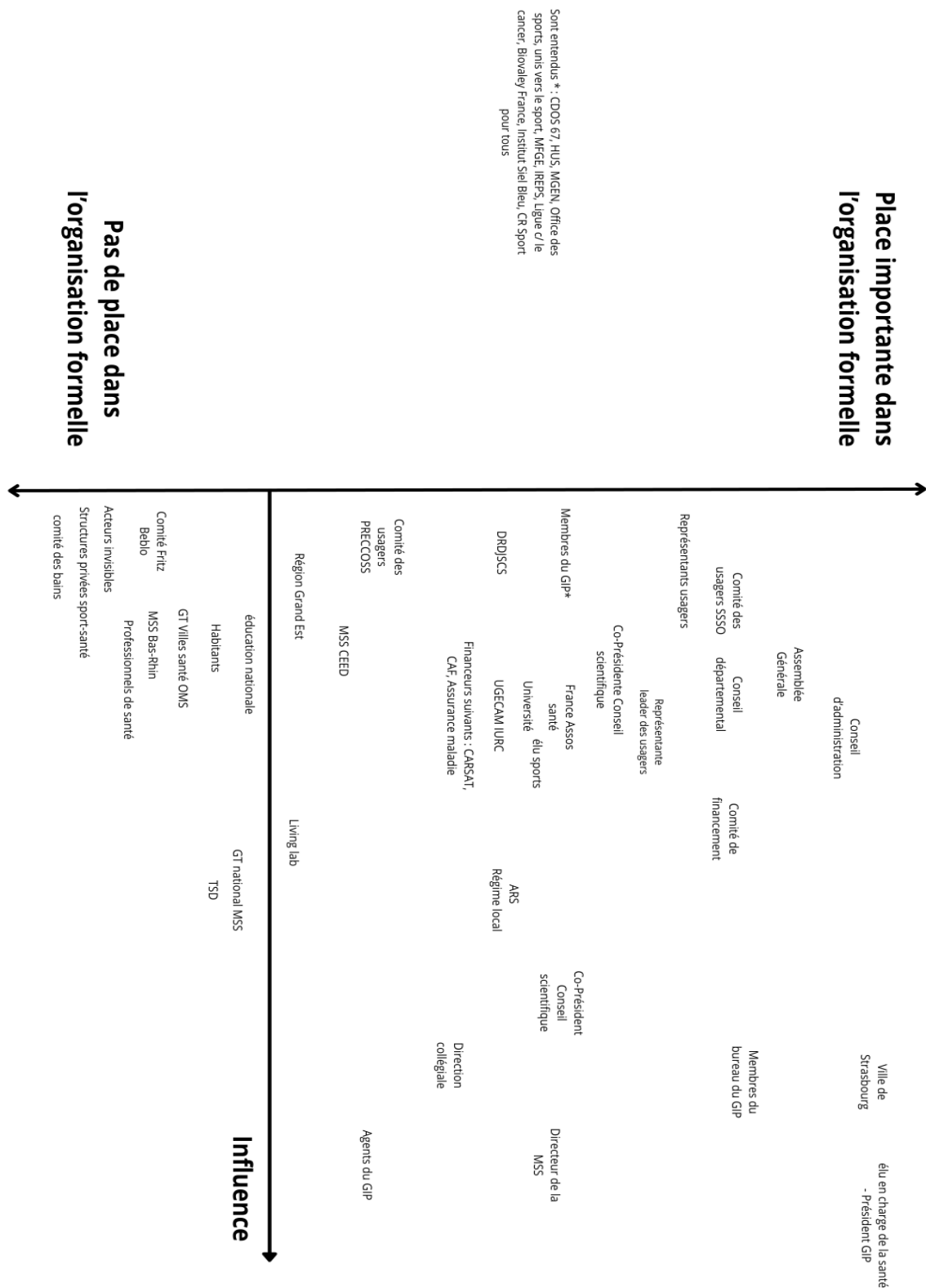


Figure 21 - Cartographie des acteurs selon leur intégration dans l'organisation formelle de la Maison sport-santé et leur influence sur le projet (Blanc, P).

Cette figure nous montre ainsi qu'il existe des acteurs influents dans l'action publique locale, mais qui n'occupent pas une place importante dans l'organisation formelle (agents du GIP, Directeur de la MSS, etc.). À l'inverse, certaines institutions ayant une place élevée dans l'organisation informelle ont une influence faible sur l'action publique locale (assemblée générale, conseil d'administration, etc.).

Au sein de cette organisation informelle, nous avons montré que les acteurs ne se positionnent pas de la même manière et avec la même influence³⁹⁹ sur la définition du projet de Maison sport-santé ou le même engagement.

Becker définit l'engagement comme une situation où l'individu rencontre une conjonction d'éléments (Becker, 2006) :

- Une situation particulière où sa décision a des conséquences sur d'autres intérêts et activités.
- Une position en partie due à ses actions antérieures.
- La conscience en un pari adjacent⁴⁰⁰ et en le fait que la décision aura des répercussions. L'auteur nuance également en disant que l'engagement n'est pas nécessairement conscient et délibéré, il peut être par défaut, ou par système de valeurs. Par exemple, les décisions sont prises au cœur de systèmes de valeurs déterminés.

On voit ainsi dans la conception de Becker que l'acteur adopte un rôle, une identité et que son engagement se renforce par des étapes et décisions qui sont souvent influencées par des facteurs sociaux. L'engagement résulte de choix, de paris, qui participent à construire un attachement croissant à son rôle jusqu'à ce que ce dernier devienne partie intégrante de l'identité de la personne (Becker, 1963). Il s'agit d'un cheminement graduel, dynamique, influencé en partie par le contexte social.

Nous avons répertorié les niveaux d'engagement des acteurs de quatre manières : engagement fort, engagement moyen, engagement faible, engagement inexistant.

³⁹⁹ Nous considérons l'influence selon la définition suivante : « *Action (généralement lente et continue) d'un agent physique (sur quelqu'un, quelque chose), suscitant des modifications d'ordre matériel.* ». Centre national de ressources textuelles et lexicales. <https://www.cnrtl.fr/definition/influence>

⁴⁰⁰ L'auteur entend le pari adjacent comme la mise, par l'acteur, sur quelque chose qui a de la valeur à son action et qui n'est pas relié à son action présente. Ce pari adjacent permet l'engagement de l'acteur (Becker, 2006).

Au sein de ces niveaux d'engagement, nous avons par ailleurs défini différents niveaux d'influence : influence nulle, faible, modérée, forte. Ces positions sont illustrées dans la figure ci-dessous (figure 22).

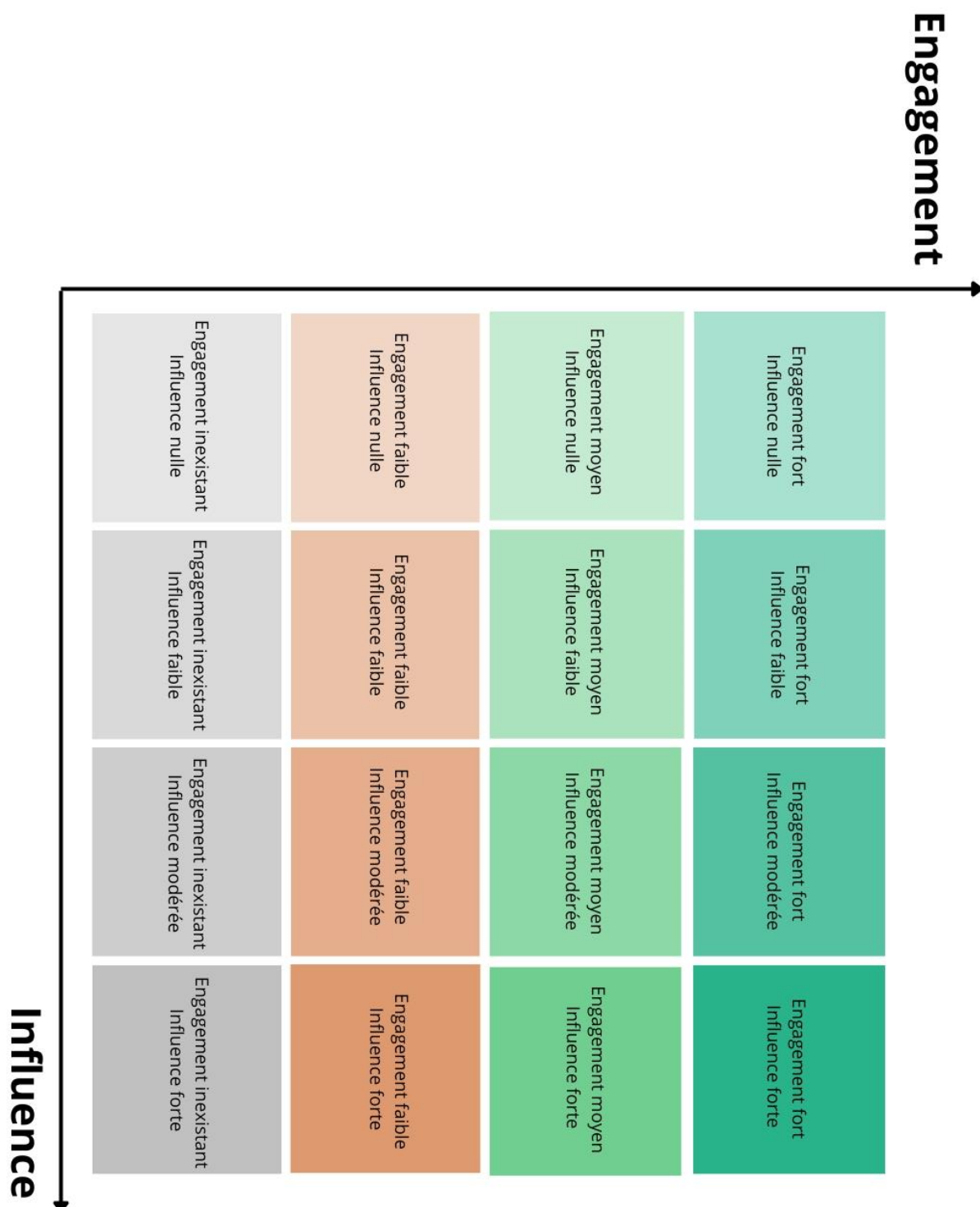


Figure 22 - Essai autour d'une typologie des acteurs de la Maison sport-santé (Blanc, P).

Cette typologie des acteurs laisse entendre qu'il existe des acteurs qui s'engagent fortement dans l'action publique locale, mais ont une influence faible voire inexistante sur la structuration de l'action publique locale. Inversement, d'autres s'engagent faiblement ou ne s'engagent pas dans le projet et peuvent avoir une influence forte.

Afin de vérifier si cette typologie s'applique à notre terrain de recherche, nous proposons une cartographie des acteurs selon leur niveau d'engagement et leur niveau d'influence dans le projet (*Figure 23*).



Figure 23 - Cartographie des acteurs selon la typologie développée (Blanc, P).

Plusieurs constats émergent à la lecture de cette cartographie. Tout d'abord, au-delà des frontières des catégories institutionnelles, on s'aperçoit que les acteurs se situent dans l'action publique locale selon d'autres caractéristiques que leur appartenance à une place spécifique de l'organisation formelle de la Maison sport-santé.

Comme nous l'avons déjà souligné, l'engagement des acteurs n'est parfois pas proportionnel à leur niveau d'influence sur l'action publique locale. Certains acteurs ont en effet un engagement fort alors que leur niveau d'influence sur le projet est faible. À l'inverse, d'autres ont un engagement faible voire inexistant et leur niveau d'influence est fort.

Aussi, cette cartographie indique que l'influence portée sur l'action publique locale et le niveau d'engagement des acteurs dans la Maison sport-santé sont intimement liés à leur maîtrise du pouvoir, mais l'espace de maîtrise des règles du pouvoir est restreint (*Figure 24*).

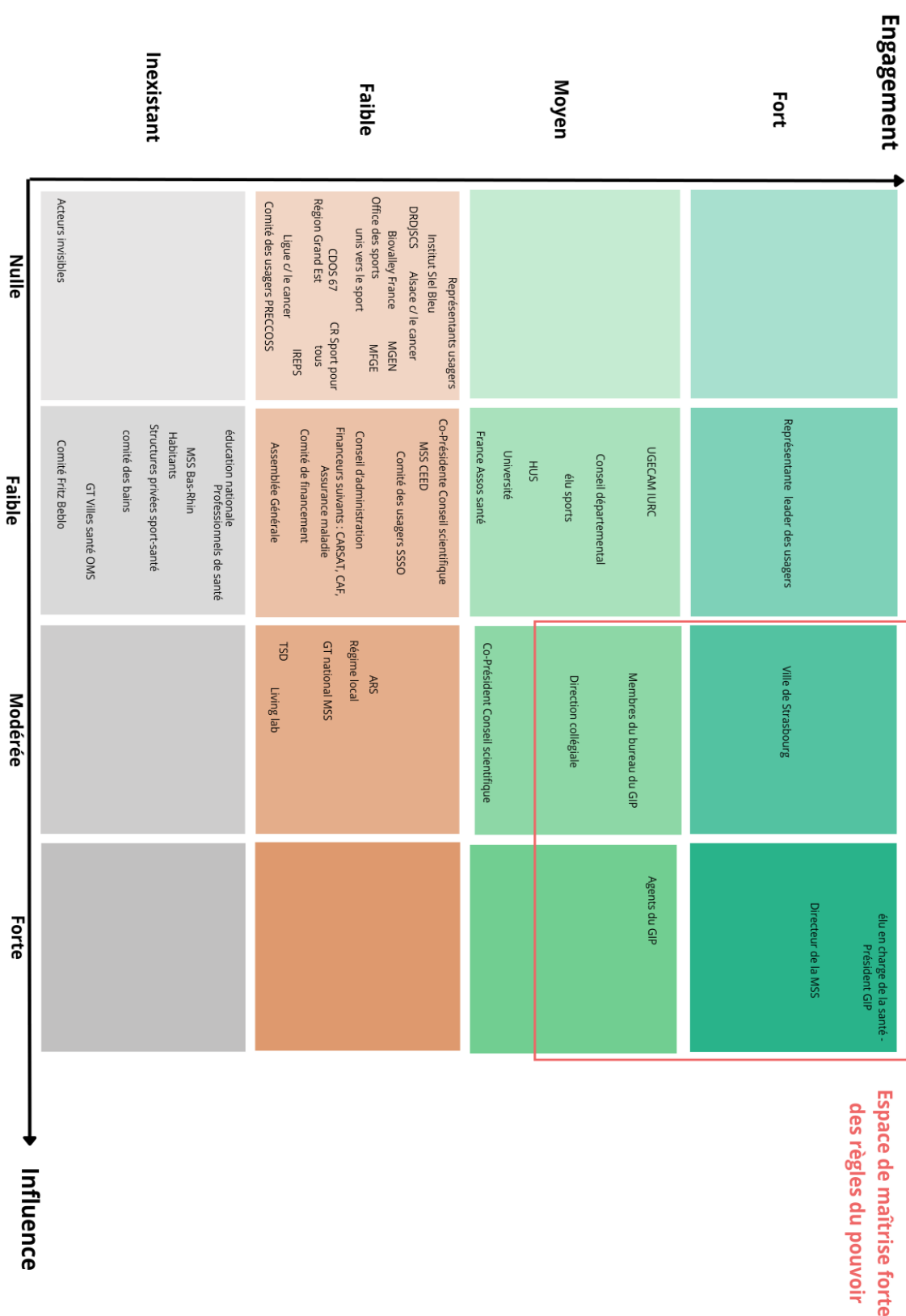


Figure 24 - Cartographie des acteurs selon la typologie développée (influence – engagement) laissant apparaître l’espace de maîtrise forte des règles du pouvoir (Blanc, P).

Cette cartographie illustre nos propos quant à une maîtrise inégale du pouvoir au sein de la Maison sport-santé. Elle nous montre que ce pouvoir est inégalement détenu par les acteurs et demande des compétences⁴⁰¹. On constate ainsi plusieurs niveaux de maîtrise du pouvoir chez les acteurs de la Maison sport santé qui influencent leurs niveaux d'engagement et d'influence du projet (*figure 25*).

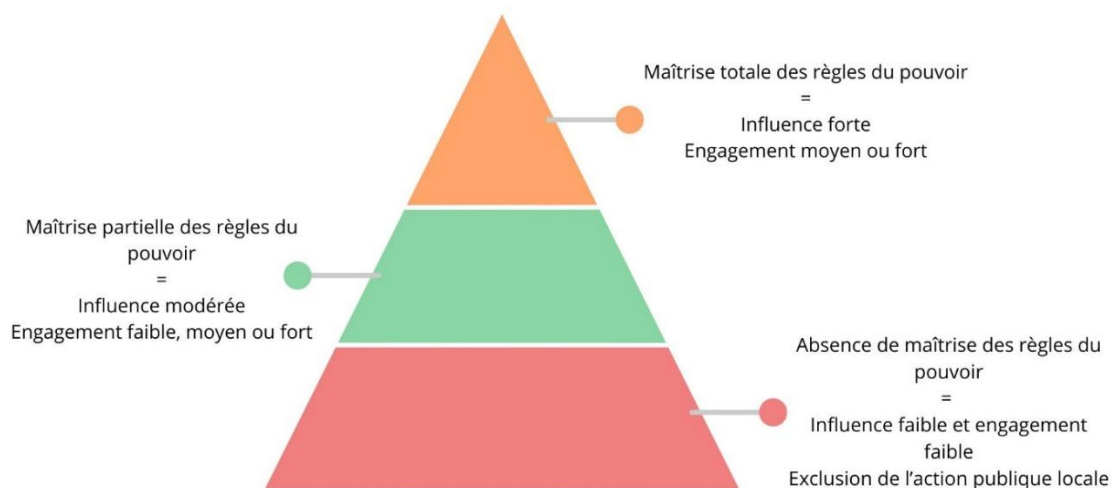


Figure 25 - Niveau de maîtrise du pouvoir par les acteurs et intégration des acteurs à l'action publique (Blanc, P).

Cette figure nous montre que si les acteurs s'engagent dans l'action publique, c'est qu'ils ont les compétences requises, au sens de Crozier. Elle illustre également que certains acteurs maîtrisent l'information et font preuve d'un engagement et d'une influence forts, c'est le cas des entrepreneurs frontière comme, par exemple, l'élus en charge de la santé. Ces acteurs influents et engagés ont la maîtrise du pouvoir notamment, car ce sont eux qui connaissent l'information au sein de la structure, connaissent les manières d'être et d'agir au sein d'une structure intégrée comme un groupement d'intérêt public, sont stratégiques ou ont intérêt à agir, etc.

⁴⁰¹ Pour rappel, Crozier définit quatre types de pouvoir, ce sont les compétences particulières, les contacts particuliers avec l'extérieur ainsi que les deux pouvoirs susnommés : la rétention volontaire de certaines informations et la maîtrise des règles organisationnelles. (Crozier, 1964).

À l'inverse, ceux qui n'ont pas de maîtrise des règles même partielles n'ont pas d'influence sur la structuration de la Maison sport-santé. Même s'ils peuvent s'inscrire dans l'organisation formelle, ils ne s'engagent pas, résistent ou se mettent en retrait. C'est par exemple le cas des bénéficiaires de l'action publique locale : malgré l'existence du comité des usagers ou encore des représentants des usagers, même un engagement fort ne leur permet pas d'avoir une influence sur le projet, car ils ne sont pas mis en capacité de maîtriser les règles du pouvoir au sein de la Maison sport-santé (absence de formation, pas de partage d'information, etc.).

La typologie, parce qu'elle est dynamique, nécessiterait d'être confrontée au regard des acteurs de l'action publique locale. Nous avons ainsi entrepris de questionner les acteurs sur leur sentiment d'être acteur ou non de l'action publique locale lors de nos entretiens. Cependant, les réponses des enquêtés nous ont amené à penser qu'à l'époque de nos entretiens les acteurs ne pouvaient pas encore prendre de recul sur la réalité de leur engagement au sein de la Maison sport-santé car tous se considéraient comme acteurs de l'action publique locale.

Par ailleurs, cette typologie demande à graduer l'engagement des acteurs selon une échelle. Que peut-on mieux valoriser comme signe de l'engagement d'un acteur : une participation à une instance ou une contribution à l'action publique locale ?

III. L'analyse transversale des dynamiques d'acteurs dans la construction de la Maison sport-santé de Strasbourg, l'essai d'une schématisation de l'action publique locale

Cette conclusion générale permet de modéliser l'action publique locale à travers un schéma (*figure 26*) afin de rendre compte des interactions entre les acteurs dans la constitution de l'action publique locale de la Maison sport-santé. Il soulève la multitude de liens et de connexions que peuvent avoir les acteurs et leur position face aux décisions.

Il n'a pas vocation à être exhaustif, aussi nous avons souhaité représenter les principaux liens de l'action publique locale entre acteurs, institutions ou avec des instances, à double sens ou à sens unique. Nous avons également souhaité faire apparaître dans ce schéma différents éléments qui relèvent du contexte des Maisons sport-santé : l'appui des acteurs sur le contexte socio-historique dans leur discours et également le lien avec des éléments du contexte local ou national (label national des Maisons sport-santé, Maisons sport-santé du Bas-Rhin, etc.).

Ce schéma permet ainsi d'illustrer que certains acteurs sont au cœur de l'action publique locale comme nous avons pu le montrer, notamment l'élue en charge de la santé et le directeur de la Maison sport-santé. Ce sont eux qui centralisent le plus de liens avec des acteurs, institutions ou instances. Ils sont aussi au plus près du cœur de l'action publique locale de la Maison sport-santé.

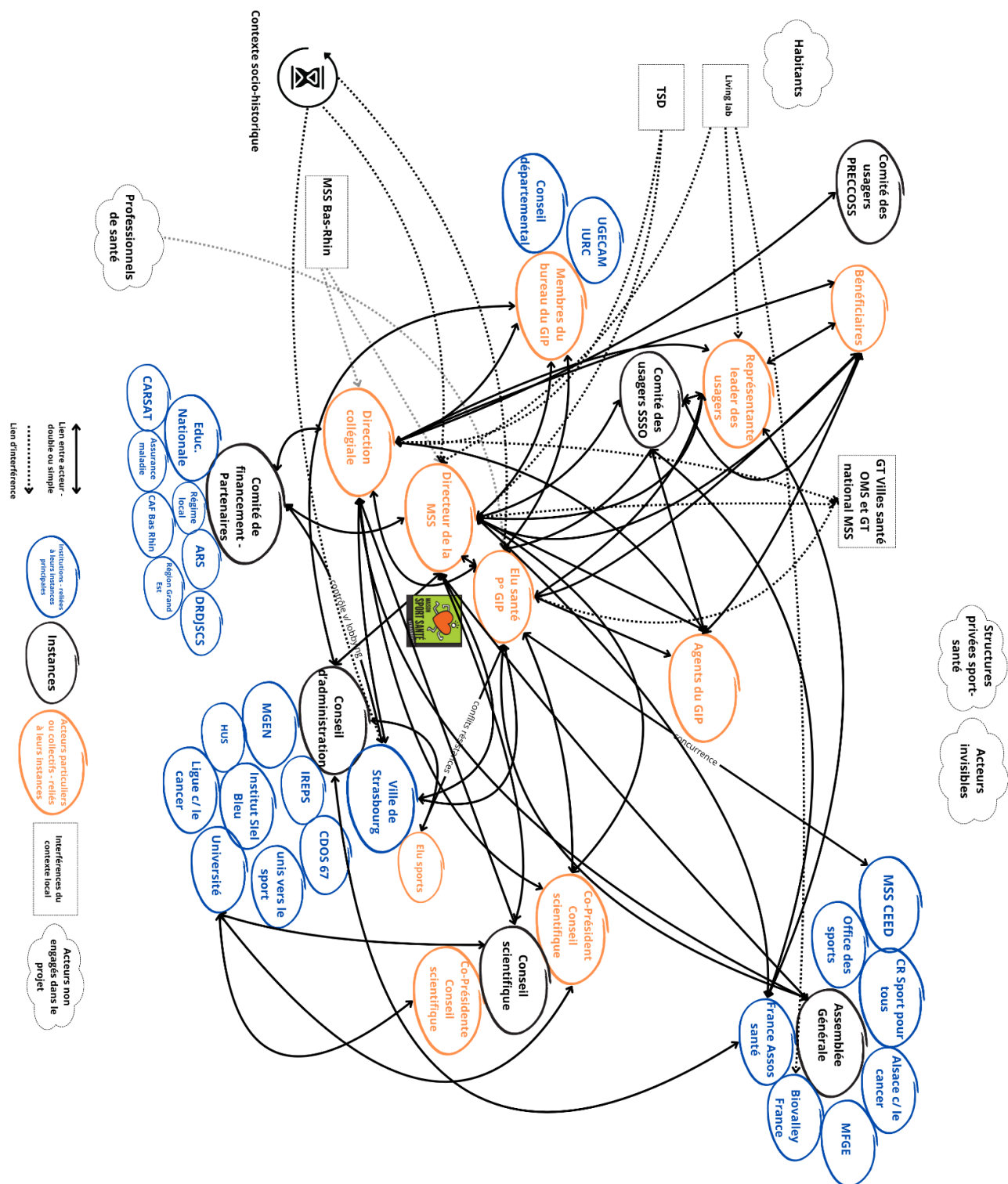


Figure 26 - schéma de l'organisation des interactions entre acteurs au sein de la Maison sport-santé de Strasbourg (Blanc, P).

IV. Les limites de la recherche doctorale

Si notre recherche doctorale apporte de nouvelles connaissances sur un dispositif local de sport-santé elle comporte également des limites.

- **L'absence de recul temporel sur l'action publique locale**

Le label des Maisons sport-santé est un label « jeune » qui s'est créé en même temps que l'action publique locale que nous avons étudiée. La Maison sport-santé de Strasbourg est encore en cours de structuration à l'issue de cette thèse. Aussi, le temps de la recherche ne nous permet pas d'évaluer à long terme la capacité des acteurs à intégrer la Maison sport-santé ni la manière dont se développeront les relations entre les acteurs en son sein, l'intégration des usagers sur le long-terme ou encore l'effet de l'activité physique proposée sur la santé des bénéficiaires. Il serait pertinent de réaliser une étude longitudinale de la Maison sport-santé, sur plusieurs années, afin d'en suivre l'évolution.

- **Une monographie de la Maison sport-santé de Strasbourg qui rend difficile une généralisation des résultats**

En s'appuyant sur l'étude monographique d'un cas de Maison sport-santé, notre travail de recherche permet d'analyser de manière approfondie la Maison sport-santé de Strasbourg et de saisir notre objet dans ses dimensions de temps et d'espace et, ainsi, de « *penser par cas* »⁴⁰² (Passeron, Revel, 2005). Il rend cependant difficile la généralisation des résultats à d'autres structures du sport-santé, notamment si celles-ci proposent d'autres formes d'organisation (associatives ou privées par exemple) et d'autres contextes.

- **L'impact de la pandémie de la Covid_19 dans le temps de la recherche**

Débutée en avril 2019, cette thèse a dû faire face à l'épidémie de la Covid-19 de mars 2020 à janvier 2022. En cours de structuration, la Maison sport-santé de Strasbourg a vu son élaboration transformée : annulation de réunions, réunions en visioconférences, etc.

⁴⁰² Passeron, J.-C., & Revel, J. (2005). *Penser par cas*. Raisonner à partir de singularités. In J.-C. Passeron & J. Revel (éds.), *Penser par cas* (1-). Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales. <https://doi.org/10.4000/books.editionsehess.19921>

Le temps d'élaboration de la structure a été allongé et les réunions en visioconférences n'ont pas permis d'avoir autant de témoignages, d'observations, que l'auraient permis des réunions en présentiel.

Certaines interactions informelles ou encore l'observation de langages corporels accompagnant les discours des acteurs peuvent ainsi manquer à notre étude lors de cette période.

- **Représentativité de l'échantillon des acteurs interviewés**

Si nous avons veillé à une plus juste représentation des enquêtés selon un échantillonnage décrit dans la méthodologie, il est possible que celui-ci ne soit pas réellement représentatif, notamment s'agissant des bénéficiaires de l'action publique locale. Certains utilisateurs, marginalisés, pourraient ainsi être sous-représentés. Cela peut notamment être le cas de populations allophones qui ne se sont pas senties en compétence de nous répondre ou dont l'échange lors de l'entretien a été limité.

De la même manière, il a été difficile d'appréhender les acteurs qui ne participent pas à l'action publique locale : s'ils ne participent pas, ils sont difficiles à trouver et à interviewer.

- **Le biais du regard de la chercheuse**

Nous avons déployé au cours de la recherche des moyens d'objectiver notre rapport au terrain et cela a notamment été permis par le retrait du terrain d'étude dans les étapes d'écriture de la thèse. Cependant, il reste que la subjectivité de la chercheuse peut influencer l'interprétation des données du terrain, tout comme le cadre d'une thèse en CIFRe peut également le faire. Ce cadre de la thèse CIFRe a également pu être un biais pour des acteurs qui ne souhaitaient pas se confier du fait de ce statut, ayant ainsi des discours limités et réduisant la profondeur de l'analyse.

V. Des perspectives de recherche à envisager

Notre travail de recherche a permis d'identifier des axes sous ou non développés dans la thèse. Ces axes constituent des perspectives d'exploration et d'approfondissements futurs de la recherche.

- **Une étude comparée de Maisons sport-santé en France, mais également à l'international** (notamment une comparaison franco-allemande) permettrait de prendre de la hauteur et de la distance par rapport à notre monographie locale afin d'étudier, par exemple, les facteurs externes qui influencent la structuration de la Maison sport-santé. Une comparaison internationale permettrait de comprendre de quelle manière le contexte national influence les modalités de mise en œuvre d'une action publique locale de sport-santé ainsi que les approches de collaboration entre les secteurs médicaux, sociaux et sportifs.
- **L'étude d'impact des Maisons sport-santé constitue un axe de recherche essentiel à développer.** Elle permettrait d'évaluer l'efficacité des Maisons sport-santé dans l'atteinte de leurs objectifs. L'analyse viserait à déterminer si ces structures améliorent l'accessibilité à l'activité physique en réduisant par exemple des barrières liées au coût, à la localisation ou encore à la disponibilité des infrastructures. Cette approche examinerait également si les Maisons sport-santé proposent par exemple des programmes adaptés aux différents publics notamment en termes de mixité sociale. L'étude des caractéristiques sociologiques des publics accueillis par les Maisons sport-santé pourrait nous aiguiller en ce sens.

Le second axe qu'il serait intéressant d'approfondir serait l'impact des Maisons sport-santé sur les changements d'habitudes de vie des bénéficiaires. Cette étude pourrait être permise par la mesure de l'évolution des comportements des bénéficiaires en matière de sédentarité avant et après leur intégration au sein des dispositifs de sport-santé. Différents indicateurs permettraient en ce sens de mesurer un changement de comportement comme la fréquence hebdomadaire d'activité physique, le temps passé assis quotidiennement ou encore la mesure du bien-être à travers des questionnaires.

Au cœur de ce nouvel axe de recherche, il s'agirait également de porter un intérêt à l'étude de la motivation des usagers à adopter un comportement actif de manière durable afin de déterminer si les Maisons sport-santé permettent le maintien d'un niveau d'activité physique et quels en sont les facteurs de succès ou d'échecs.

Dans cette mesure d'impact, il paraît aussi essentiel de considérer l'impact social et mental des Maisons sport-santé à la fois sur les relations sociales et l'isolement des bénéficiaires, mais également sur leur bien-être.

- **L'impact économique de la Maison sport-santé de Strasbourg quant aux coûts de santé :** une recherche est en cours au sein de la Maison sport-santé en lien avec « *Territoire de santé de demain* » afin d'évaluer les coûts de santé.⁴⁰³ Alors que Oualhaci (2023) identifie que l'insuffisance de financements des Maisons sport-santé est un problème structurel, avec « Territoire de santé de demain », l'Eurométropole de Strasbourg et la Maison sport-santé portent le vœu de développer un nouveau modèle économique sur exemple du modèle allemand de la *Gesundes Kinzigtal*. Ce modèle économique porte les objectifs de favoriser une meilleure prise en charge des patients et une meilleure rémunération des médecins. Pour la Maison sport-santé de Strasbourg, il s'agit dans un premier temps, en travaillant sur ce modèle économique, d'assurer la pérennité de ses dispositifs et son autonomie financière. Cela pourrait lui permettre d'être durable malgré les aléas des financements publics. Par ailleurs, ce modèle économique vertueux pour ses dispositifs pourrait engendrer un accroissement des ressources de la structure, lui permettant d'élargir son offre et d'améliorer ses infrastructures.

L'étude de l'impact économique de la Maison sport-santé et de ses dispositifs porte l'ambition d'objectiver les coûts et économies engendrés par les dispositifs de la structure pour le système de santé. Il s'agit à travers une analyse économique et de parcours de santé des bénéficiaires des dispositifs de penser l'efficacité des dispositifs sous le prisme des économies générées auprès de la Sécurité sociale.

⁴⁰³ « *Territoire de santé de demain* » (Partie 2, Chapitre 1, III. C). est une action menée par l'Eurométropole de Strasbourg et financée par la Caisse des dépôts et consignations. Elle porte notamment des actions liées à l'aménagement intérieur de la Maison sport-santé, un programme de prévention primaire ainsi qu'un programme d'évaluation économique des programmes de la Maison sport-santé. Cette recherche est une thèse de doctorat en cours. Prachant (en cours). *Conception et développement d'une évaluation d'impacts socio-économiques : Le cas d'un éco-système en santé*. Thèse de doctorat. Université de Strasbourg.

- **Une étude pourrait également être menée sur la représentation des dispositifs de sport-santé auprès des différents professionnels prescripteurs, notamment des médecins.** Il s'agirait de poursuivre l'analyse de Lutrat et Gasparini⁴⁰⁴ (2021). Selon eux, avec la loi sur la prescription médicale d'AP, les médecins généralistes passent d'un rôle de « modérateur », limitant l'AP et sportive par des certificats de « non-contre-indication à l'activité sportive », à un statut de « promoteur » de l'AP (conseils nutritionnels, incitations à la pratique)⁴⁰⁵. Selon le rapport d'activité du service « Promotion de la santé de la personne de la ville de Strasbourg », la plupart des médecins généralistes de la ville⁴⁰⁶ ont prescrit au moins une fois de l'AP. Sur cet effectif, 218 médecins ont délivré 567 ordonnances « sport-santé » entre 2012 et 2017. La mobilisation des médecins est cependant inégale, car peu prescrivent régulièrement. Ainsi, 283 médecins ont accordé entre une et cinq ordonnances depuis 2012⁴⁰⁷. Pour eux, la priorité est généralement donnée à d'autres préventions, d'autant plus qu'ils ne s'estiment pas compétents dans le domaine des sports.
- **Il s'agirait enfin de se poser la question suivante : l'action publique locale du sport-santé à Strasbourg est-elle constitutive d'un champ ? (Bourdieu, 1981).**

« Dans un champ des agents et des institutions sont en lutte, avec des forces différentes et selon les règles constitutives de cet espace de jeu, pour s'approprier les profits spécifiques qui sont en jeu dans ce jeu. Ceux qui dominent le champ ont les moyens de le faire fonctionner à leur profit ; mais ils doivent compter avec la résistance des dominés » (Bourdieu, 1981).

Un champ est un espace social ayant acquis un degré d'autonomie suffisant pour reproduire lui-même la croyance dans le bienfondé de son principe fondateur⁴⁰⁸. La Maison sport-santé de Strasbourg apparaît comme un espace de jeu pour les acteurs locaux du sport-santé mais constitue-t-elle un champ ?

⁴⁰⁴ Lutrat, F. et Gasparini, W. (2021) . Sport sur ordonnance : de la prescription à l'engagement des bénéficiaires atteints d'une maladie chronique. Santé Publique, Vol. 33(2), 221-231. <https://doi.org/10.3917/spub.212.0221>.

⁴⁰⁵ La loi sur la prescription médicale d'activité physique place en effet le médecin généraliste au cœur de ces nouveaux dispositifs de sport-santé, tout comme les lois de 2004 et 2009 les ont placés au cœur du système de soins primaires.

⁴⁰⁶ Soit 395 médecins généralistes.

⁴⁰⁷ Rapport d'activité du dispositif « Sport sur ordonnance », Ville de Strasbourg, 2017

⁴⁰⁸ Dirkx, P. « Champ », dans Anthony Glinier et Denis Saint-Amand (dir.), *Le lexique socius*, URL : <http://ressources-socius.info/index.php/lexique/21-lexique/37-champ>

La délimitation du champ du sport-santé local est le produit de débats, luttes, compromis historiques, lesquels ont permis aux acteurs de la Maison Sport-Santé de s'y inscrire et d'être convaincus de cette croyance en l'activité physique de santé. Aussi, comme dans tout champ, il semble exister un consensus minimal, ici, autour de la nécessité de la lutte contre la sédentarité par l'activité physique, formant un espace structuré de positions dont les propriétés dépendent de la position des acteurs⁴⁰⁹.

Chaque acteur de la Maison Sport-Santé de Strasbourg occupe ainsi une place spécifique dans le système relationnel et différentiel qui permet d'anticiper ses positionnements dans la Maison Sport-Santé. Les individus, institutions, construisent ainsi leurs positions vis-à-vis des autres acteurs, mais également de par leurs propriétés, trajectoires et capitaux spécifiques -plus ou moins grands- (culturel, matériel, symbolique, social). Au sein de la Maison sport-santé, les plus dotés en capitaux occupent des positions dominantes.

⁴⁰⁹ Les propriétés des champs dans Bourdieu, P. (1980). *Questions de sociologie*, Paris, Éditions de Minuit.

VI. Les implications pratiques d'une recherche en CIFRe : des préconisations émanant de la recherche

La recherche faisant l'objet d'une thèse en CIFRe, nous avons souhaité dans cette conclusion générale émettre des préconisations qui s'appuient sur nos résultats.

Impliquer les institutions du GIP dans l'élaboration de l'action publique locale

Comme nous avons pu le voir dans la recherche, afin d'engager une action plus partenariale entre les institutions et les acteurs de la Maison sport-santé, il est important de renforcer l'appropriation du GIP par les acteurs locaux. Pour cela, il est nécessaire de les outiller à une meilleure connaissance de la structure : informations institutionnelles partagées et expliquées, liens plus forts entre les institutions du GIP et l'équipe administrative afin de mieux comprendre les délibérations, etc. Les instances de la Maison sport-santé doivent permettre de favoriser ces temps d'appropriation, mais ils doivent nécessairement se compléter d'échanges avec les institutions afin qu'elles puissent mieux comprendre l'action publique.

Dans le but de redonner de la légitimité aux instances du GIP et d'engager les acteurs dans ces processus de décisions, il est nécessaire de créer des comités de suivi ou des évaluations régulières afin de s'assurer du respect de l'application des décisions.

Pour faciliter la compréhension des responsabilités de chacun dans l'action publique, il est également important de reconnaître et valoriser les participations de chaque membre au sein du GIP. Cette reconnaissance est essentielle au maintien du niveau d'engagement des acteurs et à leur motivation.

La bonne utilisation des contributions des membres fondateurs participerait également à la reconnaissance de l'engagement des institutions. Des suivis plus importants pourraient être réalisés sur l'utilisation de ces contributions afin d'évaluer leur mise en œuvre et d'envisager, dans des échanges bilatéraux avec les membres, une évolution des contributions des partenaires pour toujours mieux s'adapter aux besoins des bénéficiaires et de la Maison sport-santé.

L'organisation d'événements réguliers permettrait aux institutions de s'approprier l'action publique locale : réflexions plus régulières autour de l'action de la Maison sport-santé, activités de cohésion, etc. Ces événements seraient un lieu de débat pour mieux définir l'action publique et notamment ses valeurs. Ils permettraient ainsi le développement de projets innovants à l'initiative des institutions du GIP.

Une proposition pourrait être de faire « tourner » les postes à responsabilités entre les institutions afin de mieux les intégrer et les responsabiliser sur leurs rôles dans la Maison sport-santé. Cela ne peut se faire sans avoir outillé les membres à l'exercice de ces responsabilités.

Pour favoriser l'échange entre les institutions, des canaux de communication, telle qu'une newsletter institutionnelle, pourraient être mis en œuvre, permettant d'engager le sentiment d'appartenance à une structure commune. L'instauration d'une plateforme numérique commune d'information pourrait permettre une meilleure adhésion des institutions à l'action publique locale.

L'implication des institutions finançant les dispositifs au sein du comité de financement et le développement d'une programmation financière pluriannuelle pourrait également permettre à la structure de développer une stratégie financière dans sa recherche de financements. Cette recherche de financement pourrait permettre de s'ouvrir à des financements participatifs, en lien avec le comité des usagers.

Enfin, une clarification des compétences et responsabilités entre la Ville de Strasbourg et le GIP semble nécessaire. Cela permettrait notamment en matière de prévention primaire, ou encore dans le débat sport-santé ou sport-médicament, à chaque institution de déployer pleinement son action selon les frontières déterminées. Cette délimitation doit s'accompagner de la clarification de certains rôles (notamment celui de Président – élu à la Ville de Strasbourg), qui pourra être communiquée à tous les membres du GIP.

Encourager la prise de parole des usagers dans l'action publique locale

En matière de participation des usagers, la Maison sport-santé devrait permettre le développement de la démarche en clarifiant le rôle du comité des usagers au sein de la structure.

Par ailleurs, la Maison sport-santé pourrait accompagner la formation des usagers afin de les outiller dans leur fonction de représentation. Ce rôle est joué d'abord par la nécessaire mise en œuvre de contributions d'associations partenaires comme France Assos santé : informer du rôle des représentants, former à la prise de parole en public, etc. Il est aussi important que les agents de la Maison sport-santé informent les usagers de manière pédagogique des questions qui pourraient être liées à leurs missions.

La Maison sport-santé doit aussi mener un dialogue avec ses institutions porteuses de démarches de démocratie en santé et avec les usagers pour lever avec eux les freins à l'engagement. Cela doit notamment permettre de développer des discussions autour du statut du représentant des usagers : rémunération ou défraiement, droit à la formation, etc.

Il s'agit pour la Maison sport-santé d'opérer un rôle d'information à plus grande échelle de l'existence du comité des usagers et de représentants des usagers. Cela pourrait être effectif par la mise en place de tutorats entre un représentant du comité des usagers et un usager afin de l'aider à cheminer dans son parcours au sein du dispositif jusqu'au comité des usagers. Cela pourrait également être renforcé par la présence et l'association d'un membre du comité des usagers lors de réunions d'inclusion collectives auprès des nouveaux bénéficiaires du sport-santé. Cette information peut également être renforcée par des lettres d'information numérique, des affichages au sein de la structure.

Enfin, le concept de littératie semble essentiel à prendre en compte pour renforcer la participation des bénéficiaires. Par littératie en santé, on entend : *« la motivation et les compétences des individus à accéder, comprendre, évaluer et utiliser l'information en vue de prendre des décisions concernant leur santé »* (Santé publique France)⁴¹⁰. Elle constitue un levier important de la participation des bénéficiaires à la Maison sport-santé et favorise l'empowerment de ces derniers,⁴¹¹ car la seule délivrance d'une information n'est pas encapacitante et doit s'accompagner de stratégies complémentaires comme l'éducation (Boivin, 2009).

⁴¹⁰ Site internet, santé publique France : <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/la-litteratie-en-sante-un-concept-critique-pour-la-sante-publique>

⁴¹¹ Ferron, C. (2017). *La littératie en santé. Synthèse bibliographique*. https://www.federation-promotion-sante.org/wp-content/uploads/2018/01/Litt%c3%a9ratie-en-sant%c3%a9-Synth-biblio-Fnes_VDEF2.pdf

Bibliographie

Ouvrages et articles scientifiques

Abelson, J. Forest, P-G. Eyles, J. Smith, P. Martin, E. Gauvin, F-P. (2003). Deliberations about deliberative methods: issues in the design and evaluation of public participation processes. *Social science & medicine* (1982), 57(2), 239–251. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(02\)00343-x](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(02)00343-x)

Aeschimann, E. (2016). Révélations sur l'eugénisme à la française. *Article, Le Nouvel Observateur*. 26 février 2016. <https://bibliobs.nouvelobs.com/idees/20160226.OBS5397/revelations-sur-l-eugenisme-a-la-francaise.html>

Aïach, P. Vernazza-Licht, N. (1996). La santé, usages et enjeux d'une définition. *Prévenir - Cahiers d'étude et de réflexion*, Revue PREVENIR (n°30), CVM - Cahiers d'études et de réflexions de la Vie Mutualiste, 248 p. n° thématique. <https://hal.science/hal-02017676>

Akrich, M. Callon, M. et Latour, B. (2006). *Sociologie de la traduction*. Paris : Presses de l'École des Mines de Paris, coll. « Sciences humaines ». <https://books.openedition.org/pressesmines/1181>

Akrich, M. Méadel, C. (2009). Les échanges entre patients sur internet. *La Presse médicale*, 2009, 38, pp.1484-1493. <https://shs.hal.science/halshs-00397215>

Akrich, M. Rabeharisoa, V. (2012). L'expertise profane dans les associations de patients, un outil de démocratie sanitaire. *Santé Publique*, 2012/1 Vol. 24. pp. 69-74. <https://doi.org/10.3917/pub.121.0069>.

Akrich, M. (2013). Co-construction. In I. Casillo, R. Barbier, L. Blondiaux, F. Chateauraynaud, J.-M. Fourniau, R. Lefebvre, C. Neveu, & D. Salles (Éds.), *Dictionnaire critique et interdisciplinaire de la Participation, DicoPart (1re édition)*. GIS Démocratie et Participation. <https://www.dicopart.fr/co-construction-2013>

Alami, S. Desjeux, D. Garabua-Moussaoui, I. (2019). *Les méthodes qualitatives*. Paris. Presses Universitaires de France.

Aldrin, P. (2010). L'invention de l'opinion publique européenne : Genèse intellectuelle et politique de l'Eurobaromètre (1950-1973), *Politix*, 89 (1), 79-101. <https://doi.org/10.3917/pox.089.0079>

Alter, N. (2010). *L'Innovation ordinaire*. Presses Universitaires de France, éditions Quadrige.

Anderson, A. (1997). *Media, Culture and the environment*. UCL, Press, London.

Andrieu, B. (2020). La croyance dans le sport-santé, *L'ethnographie*, 3-4 | 2020, mis en ligne le 26 octobre 2020. <https://revues.mshparisnord.fr/ethnographie/index.php?id=594>

Arcuset, L. (2013). La prise en compte de la diversité des acteurs dans un processus de tourisme durable. *Économies et finances*. Université de Grenoble. <https://theses.hal.science/tel-00989600>

Arnstein, S. R. (1969). A Ladder of Citizen Participation, *Journal of American Institute of Planners*, n°35/4, pp.216-224

Arveiller, J. & Tizon, P. (2016). Démocratie sanitaire, qu'est-ce à dire ? *Pratiques en santé mentale*, 62, 2-2. <https://doi.org/10.3917/psm.162.0002>

Augustin, J-P. Garrigou, A. (1985). *Le rugby démêlé : essai sur les associations sportives, le pouvoir et les notables*. Edité par le Mascaret.

Aust, J. Crespy, C. Epstein, R. Reigner, H. (2013). Réinvestir les relations État/Territoires, *Sciences de la société*, 90, 3-22. <https://doi.org/10.4000/sds.488>

Autès, E. (2014). La démocratie sanitaire à l'épreuve de la psychiatrie : comment "faire une place" à un "usager" dans un réseau de professionnels en santé mentale ?, *Anthropologie & Santé*, 8, <https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.1311>

Bacqué, M., Rey, H. & Sintomer, Y. (2005). *Gestion de proximité et démocratie participative: Une perspective comparative*. La Découverte. <https://doi.org/10.3917/dec.bacqu.2005.01>

Barbot, J. (1999). L'engagement dans l'arène médiatique. Les associations de lutte contre le sida. In: *Réseaux*, volume 17, n°95, 1999. Sciences, malades et espace public. pp. 155-196. <https://doi.org/10.3406/reso.1999.2158>

Barth, N. & Lefebvre, B. (2016). S'engager dans une activité physique pour apprendre à gérer sa maladie : l'exemple de deux expériences de patients. *Santé Publique*, 1, 109-116. <https://doi.org/10.3917/spub.160.0109>

Bartoli, A, Sebaï, J. (2015). L'expérience des maisons de santé pluriprofessionnelles face aux enjeux de coordination territoriale. *Management & Prospective*, 32, 17-37. <https://doi.org/10.3917/g2000.326.0017>

Basdevant, A. Guygrand, B. (2004). Sociologie de l'obésité : facteurs sociaux et construction sociale de l'obésité. *Médecine de l'obésité*, pp.17-25. Flammarion, « sciences médicales ».

Baszanger, I. Bungener, M. (1995). Heureux, moi non plus. Vingt ans d'enquête : le regard des généralistes, *Le Généraliste*, 20 octobre.

Beal, V. Epstein, R. Pinson, G (2015). La circulation croisée. Modèles, labels et bonnes pratiques dans les rapports centre-périphérie. *Gouvernement & action publique*, Presses de sciences po, pp.103-127. <https://doi.org/10.3917/gap.153.0103>

Becker, Howard, S. Strauss, A. (1956). Careers, Personality, and Adult Socialization. *American Journal of Sociology*, vol. 62, n° 3, p. 253-263.

Becker, Howard, S. (1985). *Outsiders : Études de sociologie de la déviance*. Éditions Métailié.

Becker, Howard, S. (2002). *Les ficelles du métier. Comment conduire sa recherche en sciences sociales*. Repères, la Découverte. 360p.

Becker, Howard, S. (2006). Sur le concept d'engagement, *SociologieS*. <https://doi.org/10.4000/sociologies.642>

Béliard, A. Eideliman, J-S. (2008). Au-delà de la déontologie. Anonymat et confidentialité dans le travail ethnographique. *La Découverte. Politiques de l'enquête. Épreuves ethnographiques*, pp.123-141, 2008, Bibliothèque de l'IRIS. <https://hal.univ-lille.fr/hal-01241977>

Belorgey, N. (2012). De l'hôpital à l'état : le regard ethnographique au chevet de l'action publique. *Gouvernement et action publique*, (VOL. 1) (2), 9-40. <https://doi.org/10.3917/gap.122.0009>

Benamouzig, D. (2014). Des idées pour l'action publique : instruments ou motifs cognitifs, Halpern, C. Lascoumes, P., Le Galès, P. *L'instrumentation de l'action publique*, Paris, Presses de Sciences Po, 2014. pp. 95-118. <https://sciencespo.hal.science/hal-01465508>

Berger, M. (2008). Répondre en citoyen ordinaire. Pour une étude ethnopragmatique des engagements profanes. Tracés. *Revue de Sciences Humaines* [En ligne], 15(2), 191-208. <https://doi.org/10.4000/traces.773>

Bergeron, H. Surel, Y. Valluy, J. (1998). L'*Advocacy Coalition Framework*. Une contribution au renouvellement des études de politiques publiques ?. In: *Politix*, vol. 11, n°41, Premier trimestre 1998. Les sciences du politique aux États-Unis. II. Domaines et actualités, sous la direction de Loïc Blondiaux. pp. 195-223. <https://doi.org/10.3406/polix.1998.1718>

Bergeron, H. (2010). « Les politiques de santé publique », dans Borraz, O., Guiraudon, V. (dir.), *Politiques publiques*, Paris, Presses de Sciences Po, pp. 79-111. <https://doi.org/10.3917/scpo.borra.2010.01.0079>

Bergeron, G. Castel, P. Nouguez, E. (2013). Éléments pour une sociologie de l'entrepreneur frontière : Genèse et diffusion d'un programme de prévention de l'obésité. *Revue française de sociologie*, Presse de Sciences Po / Centre National de la Recherche Scientifique. <https://sciencespo.hal.science/hal-01299722/>

Bergeron, H., Castel, P. & Dubuisson-Quellier, S. (2014). Gouverner par les labels : Une comparaison des politiques de l'obésité et de la consommation durable. *Gouvernement et action publique*, vol. 3(3), pp 7-31. <https://doi.org/10.3917/gap.143.0007>

Berlivet, L. (2008). De l'enquête médico-sociale à la recherche statistique : reconfiguration de la recherche médicale et transformation des pratiques statistiques à l'INH/INSERM (1941-1982). *Courrier des statistiques*, n°123. https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/2590966/resume_berlivet.pdf

Bernoux, P. (1985). *La sociologie des organisations*, Paris, Seuil.

Berthelot, P. (2006). Les SIC à l'épreuve de la logique du CIFRE : le cas d'une convention en agence de design, in Quinzième congrès SFIC, *Questionner les pratiques d'information et de communication. Agir professionnel et agir social*, Bordeaux, pp. 79-85.

Biarez, S. (1999). Repenser la sphère locale selon l'espace public, in : Bastien François et Erik Neveu [dir], *Espaces publics mosaïques. Acteurs, arènes et rhétoriques des débats publics contemporains*, Rennes, Presses universitaires de Rennes : 267-284.

Birck, J-N. (2010). *Les nouveaux enjeux de la démocratie participative locale. Pratiques et usages de la participation citoyenne à Nancy et au Conseil général de Meurthe-et-Moselle*. Thèse de 406 doctorat en Science politique, Université de Nancy 2, Nancy, France. <http://www.theses.fr/2010NAN20002>

Blanc, P. (2018). *Les politiques locales de promotion des activités physiques et d'aménagement urbain pour lutter contre la sédentarité. De l'action publique européenne à la stratégie des acteurs locaux : étude comparative de quatre villes européennes*, Mémoire de master « Politiques sportives et aménagement des territoires », sous la direction de W. Gasparini, Université de Strasbourg.

Blanc, P. Gasparini, W. Laronze, F. (2020). Texte écrit dans le cadre du le programme de recherche CAPSE (« Pour une Culture commune de l'Action Publique Sociale Européenne »). *Le « sport-santé » de l'Europe au local : Circulation des normes et des catégories de pensée européenne*.

Blondiaux, L. (1998). *La fabrique de l'opinion. Une histoire sociale des sondages*, Paris, Seuil

Blondiaux, L. Sintomer, Y. (2002). L'impératif délibératif. In: *Politix*, vol. 15, n°57, Premier trimestre 2002. Démocratie et délibération, sous la direction de Loïc Blondiaux et Yves Sintomer. pp. 17-35. <https://doi.org/10.3406/polix.2002.1205>

Blondiaux, L. (2008). *Le Nouvel Esprit de la Démocratie : Actualité de la démocratie participative*. Seuil.

Blondiaux, L. Fourniau, J. (2011). Un bilan des recherches sur la participation du public en démocratie : beaucoup de bruit pour rien ? *Participations*, 2011/1 N° 1, pp. 8-35. <https://doi.org/10.3917/parti.001.0008>.

Blumer, H. (1969). *Symbolic interactionism: Perspective and methods*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Bogdan, R. Taylor, S.J. (1975). *Introduction to Qualitative Research Methods: The Search for Meanings*. John Wiley & Sons Inc.

Boivin, N. (2009). Littératie en matière de santé : des moyens novateurs de stimuler la prise en charge par la population francophone du nord-est du Nouveau-Brunswick. *Francophonies d'Amérique*. 2009 ; 28 : 139-54. <https://www.erudit.org/fr/revues/fa/2009-n28-fa3961/044986ar/>

Boltanski, L. Thévenot, L. (1991). *De la justification. Les économies de la grandeur*. Collection NRF Essais, Gallimard.

Bordes, V. (2015). L'approche socio-ethnographique ou comment trouver des résultats que nous ne cherchons pas. *Spécificités*, 2015/1 (n° 7), p. 27-44. <https://doi.org/10.3917/spec.007.0027>

Borkman, T. (1976). Experiential knowledge: A new concept for the analysis of self-help groups. *Social Service Review*, 50(3), 445-456. <https://www.chestnut.org/resources/9b53380b-207c-49f4-8369-29fa5b06226c/Dr.%20Thomasina%20Borkman%20on%20Experiential%20Knowledge,%201976.pdf>

Borraz, O. Loncle-Moriceau, P. (2000). Permanences et recompositions du secteur sanitaire. Les politiques locales de lutte contre le sida. In: *Revue française de sociologie*, 2000, 41-1. Sida et action publique. Études réunies et présentées par Philippe Urfalino, sous la direction de Philippe Urfalino . pp. 37-60. https://www.persee.fr/doc/rfsoc_0035-2969_2000_num_41_1_5238

Bossy, T. (2010). *Poids de l'enjeu, enjeu de poids. La mise sur agenda de l'obésité en Angleterre et en France*, thèse de doctorat en science politique, Paris, IEP de Paris.

Bouchard C. et un groupe de travail sur l'innovation sociale (GTIS). (1999). *Recherche en sciences humaines et sociales et innovations sociales. Contribution à une politique de l'immatériel.*, p.1-26. CQRS, Groupe de travail sur l'innovation sociale, Québec.

Bourdeau-Lepage, L. Chasles, V. (2014). « Ville et santé », *Métropolitiques*, 4 juin 2014. <https://metropolitiques.eu/Ville-et-sante.html>

Bourdelaïs, P. (2007). L'échelle pertinente de la santé publique au 19^{ème} siècle : nationale ou municipale ?, *les tribunes de la santé*, 2007/1, n°14, p45-52. <https://doi.org/10.3917/seve.014.0045>

Bourdieu, P. Chamboredon, J-C. Passeron, J-C. (1968). *Le métier de sociologue*, Berlin, New York, Paris, Mouton éditeur.

Bourdieu, P. (1967). Systèmes d'enseignement et systèmes de pensée, *Revue internationale des sciences sociales*, vol. XIX, no 3, p367-388.

Bourdieu, P. (1971), L'opinion publique n'existe pas, *Questions de sociologie*, Minuit, Paris. https://www.acrimed.org/IMG/article_PDF/article_a3938.pdf

Bourdieu, P. (1979). *La Distinction. Critique sociale du jugement*. Collection Le sens commun, 680 p.

Bourdieu, P. (1980). *Questions de sociologie*, Paris, Éditions de minuit.

Bourdieu, P. (1980). *Le Sens pratique*, Collection Le sens commun, 1980, 480p.

Bourdieu, P. (1980). Le capital social. In: *Actes de la recherche en sciences sociales*. Vol. 31, janvier 1980. Le capital social. pp. 2-3.

Bourdieu, P. (1981). La représentation politique, *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 36, 1, pp. 3-24.

Bourdieu, P. (1982). *Ce que parler veut dire : L'économie des échanges linguistiques*. Fayard.

- Bourdieu, P. (1992). *Les Règles de l'art : genèse et structure du champ littéraire*. Seuil.
- Bourdieu, P. (1997). *Méditations pascaliennes*. Éditions du Seuil.
- Bourdieu, P. (1998). *La domination masculine*. Éditions du Seuil.
- Bourdieu, P. (2000). *Esquisse d'une théorie de la pratique : Précédé de trois études d'ethnologie kabyle*. Éditions du Seuil.
- Bourdieu, P. Wacquant, L. (1992). *Réponses : pour une anthropologie réflexive*, Paris, Seuil, 1992, 267 p.
- Bourgois, P. (2001). *En quête de respect : le crack à New York*. Paris, Seuil, coll. « Liber », 2001, 458 p.
- Bousquet, F. & Ghadi, V. (2017). La participation des usagers aux systèmes de santé : la politique du National Health Service d'implication des patients et du public en Angleterre. *Revue française des affaires sociales*, 128-134. <https://www-cairn-info.scd-rproxy.u-strasbg.fr/revue-francaise-des-affaires-sociales-2017-1-page-128.htm>.
- Bréchat, P., Bérard, A., Segouin, C. & Bertrand, D. (2006). Usagers et politiques de santé : bilans et perspectives. *Santé Publique*, 18, 245-262. <https://doi.org/10.3917/spub.062.0245>
- Brisson, J.F. (2015). La territorialisation des politiques publiques. À propos de quelques malentendus..., *Revue française de finances publiques*, n° 129, p. 3-10.
- Buffet, S., Vuattoux, P., Baudier, F., Peseux, Y., Magnin-Feysot, C. & Perrot, J. (2014). Mise en place d'un comité de représentants des usagers dans une maison de santé pluridisciplinaire: Constats, limites et perspectives. *Santé Publique*, 26, 433-441. <https://doi.org/10.3917/spub.144.0433>
- Bulmer, S. Radaelli, C. (2004). The Europeanisation of National Policy ?, *Queen's Papers on Europeanisation*, N° 1/2004
- Burawoy, M. (1998). The Extended Case Method. *Sociological Theory*, 16(1), 4-33. <https://doi.org/10.1111/0735-2751.00040>
- Bury, M. (1982). Chronic illness as biographical disruption, *Sociology of Health and Illness*, 4, 1982, p. 167-182. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.ep11339939>
- Caillé, Y. (2023). Les malades des reins : histoire d'une mobilisation semée d'embûches. Dossier « démocratie participative en santé », coordonné par Pascal Mélihan-Cheinin. ADSP n°121 mars 2023. <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=ad1214649.pdf>
- Callède, J-P. (2000). *Les politiques sportives en France : éléments de sociologie historique*. Paris : Economica.
- Callède, J-P., & Dané, M. (1991). *Sociologie des politiques sportives locales (1-)*. Maison des Sciences de l'Homme d'Aquitaine. <https://doi.org/10.4000/books.msha.15845>

Callon, M. (1986), La domestication des coquilles Saint-Jacques et des marins-pêcheurs dans la baie de Saint-Brieuc, *L'Année Sociologique*, Vol. 36, p. 169-207. https://yannickprimel.wordpress.com/wp-content/uploads/2014/07/mcallon_la-domestication-des-coquilles-saint-jacques-et-des-marins-pc3acheurs-dans-la-baie-de-saint-brieuc_1986.pdf

Callon, M., Lascoumes, P., & Barthe, Y. (2001). *Agir dans un monde incertain : essai sur la démocratie technique*. Seuil.

Callon, M. et Latour B. (1981). Unscrewing the Big Leviathan: how actors macrostructure reality and how sociologists help them to do so, in K. D. Knorr-Cetina and A. V. Cicourel (Eds.), *Advances in Social Theory and Methodology: Toward an Integration of Micro- and Macro-Sociologies*, Boston, Mass, Routledge and Kegan Paul, p. 277-303.

Carman, K. L., Dardess, P., Maurer, M., Sofaer, S., Adams, K., Bechtel, C., & Sweeney, J. (2013). Patient and family engagement: a framework for understanding the elements and developing interventions and policies. *Health affairs (Project Hope)*, 32(2), 223-231. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2012.1133>

Carricaburu, D., Ménoret, M. (2004). *Sociologie de la santé: Institutions, professions et maladies*. Armand Colin. <https://doi.org/10.3917/arco.carri.2004.01>

Castaing, C. (sous la direction de) (2012). *La territorialisation des politiques de santé*, LEH éd.

Cattacin, S. & Lucas, B. (1999). Autorégulation, intervention étatique, mise en réseau : les transformations de l'État social en Europe: (les cas du VIH/sida, de l'abus d'alcool et des drogues illégales). *Revue française de science politique*, 49, 379-398. <https://doi.org/10.3917/rfsp.493.379>

Cefaï, D. (1996). « La construction des problèmes publics. Définitions de situations dans des arènes publiques », *Réseaux*, vol.14, n°75, p.45. https://www.persee.fr/doc/reso_0751-7971_1996_num_14_75_3684

Certeau, M. (1990). *L'invention du quotidien. Tome 1, Arts de faire*. Paris, Gallimard.

Chalamon, I. Chouk, I. Heilbrunn, B. (2013). Does the Patient Really Act Like as a Supermarket Shopper? Proposal of a Typology of Patients' Expectations towards the Healthcare System. *International Journal of Healthcare Management*, 2013, 3, pp.141-151. <https://doi.org/10.1179/2047971913Y.0000000036>

Chambaud, L. Schaetzel, F. (2009). Participation citoyenne et système de santé : démocratisation ou instrumentalisation ?. In: *Santé, Société et Solidarité*, n°2, 2009. La place des usagers dans le système de santé. pp. 35-43. <https://doi.org/10.3406/oss.2009.1352>

Chartier, R. (1985). Préface dans : Élias N. (1985). *La société de cour*, Paris, Flammarion.

Chevillard, G. (2018). Des maisons de santé pluriprofessionnelles. Une réponse parmi d'autres aux « déserts médicaux ». *Numéro 410, Urbanisme*.

Claude, V. (1988). La germanisation de Strasbourg après 1871. In: *Les Annales de la recherche urbaine*, N°37, 1988. Plans et projets. pp. 38-45. <https://doi.org/10.3406/aru.1988.1347>

Clavier, C. (2009). Les élus locaux et la santé : des enjeux politiques territoriaux. *Sciences sociales et santé*, vol. 27(2), 47-74. <https://doi.org/10.1684/ss.2009.0204>

Cloutier, J. (2003). Qu'est-ce que l'innovation sociale ?, *CRISES*, Collection Etudes théoriques, no ET0314, novembre. <https://crises.uqam.ca/wp-content/uploads/2018/10/ET0314.pdf>

Cohen J-D. Tropé Chiról, S. (2013). Les patients dans les programmes d'ETP, *Revue du rhumatisme*, monographies, n° 80, pp. 197-201. <https://doi.org/10.1016/j.monrhu.2013.04.004>

Commaille, J. Jobert, B. (1998). *Les métamorphoses de la régulation politique*. Éditions L.G.D.J.

Commaille, J. (2014). Sociologie de l'action publique. Dans : Laurie Boussaguet éd., *Dictionnaire des politiques publiques*: 4e édition précédée d'un nouvel avant-propos (pp. 599-607). Paris: Presses de Sciences Po.

Couty, E. (2017). La lente construction de la démocratie sanitaire dans « *Du malade passif au patient expert, eurocos et humanisme santé* ».

Crawford, R. (1980). Healthism and the Medicalization of Everyday Life. *International Journal of Health Services*. 1980, 10(3), 365-388. <https://doi.org/10.2190/3H2H-3XJN-3KAY-G9NY>

Crozier, M. (1963). *Le phénomène bureaucratique*. Éditions du Seuil.

Crozier, M. Friedberg, E. (1977). *L'acteur et le système*. Éditions du Seuil.

Crozier, M. (1986). *État moderne, État modeste. Stratégies pour un autre changement*. Fayard.

Dahl, R. Lindblom, C. (1953). *Politics, Economics and Welfare*, New Brunswick, Transaction Publishers, 557p.

Dardier, G. Oberle, M. (2020). Strasbourg : Des habitants collaborent à une évaluation d'impact sur la santé. Le réaménagement d'un quartier strasbourgeois est analysé à travers le prisme de la santé. *La santé en action*. N°450. https://www.ireps-grandest.fr/images/Nos_productions/eisstrasbourg-spfdec19.pdf

Darmon, M. (2007). *La socialisation*, Armand Colin, col. « 128 », 2007, 127p.

Davidson, S. (1998). Wheel of Participation in : Spinning the wheel of empowerment. *Planning*, 1262, 14-15. https://www.researchgate.net/figure/Wheel-of-Participation-after-Davidson-1998_fig1_242365844

De Bandt, J. (1996). Coopération, accords interentreprises, concurrence, in *Coopération entre les entreprises et organisations industrielles*, coordonnée par Ravix J.L, CNRS Edition, Paris, 1996, pp.195-229.

De Bronkart, D. (2013). How the e-Patient Community Helped Save My Life. Invited essay, *British Medical Journal*.

- De Chambaud, M. JJ. (1786). *Essais sur l'histoire médico-topographique de Paris*, Paris.
- De Cheveigne, S. (2004). « Quand l'Europe mesure les représentations de la science : une analyse critique des Eurobaromètres », colloque *Sciences, Médias et Société*, 15-17 juin 2004, Lyon, ENS-LSH. http://sciences-medias.ens-lyon.fr/article.php3?id_article=57
- Dees, J. G. (1998, 2001). *The Meaning of Social Entrepreneurship*, Working paper, Stanford University - Graduate School of Business, Stanford, California.
- Defrance, J. (2011). *Sociologie du sport. Repères*, La Découverte
- Dehling, E. (2017). Du malade passif au patient expert, l'ETP est le trait d'union. Dans « *Du malade passif au patient expert* », Eurocos, humanisme et santé.
- Demeulemeester, R. (2000). *L'usager dans les conférences régionales de santé. Les usagers du système de soins*. Rennes : Éditions ENSP, 2000 : 25-9. (Collection « Recherche Santé Sociale »).
- Demoustier, S. & Priou, J. (2013). Les lois de 2002 et la participation des usagers dix ans après. *Contraste*, n°37, 73-92. <https://doi.org/10.3917/cont.037.0073>
- D'Ivernois, J-F. Gagnayre, R. (2016). *Apprendre à éduquer le patient*. 5^e ed. Paris : MA 2016. 168 p
- De Terssac, G. (2003). *La théorie de la régulation sociale de Jean-Daniel Reynaud : Débats et prolongements*. La Découverte. <https://doi.org/10.3917/dec.terss.2003.01>
- Denis, M.N. Gérard, A. Weidmann, F. Jonas, S. (1994) Strasbourg et son université impériale, 1871-1918. L'université au centre de la ville. In: *Les Annales de la recherche urbaine*, N°62-63, 1994. *Universités et territoires*. pp. 139-155. https://www.persee.fr/doc/ar_u_0180-930x_1994_num_62_1_1790
- Den Broeder, L. Uiter, E. Have, W. Wagema, A. Jantine Schuit, A. (2017). Community participation in Health Impact Assessment. A scoping review of the literature. *Environmental Impact Assessment Review*, sept. 2017, n°66 : p. 33-42. <https://doi.org/10.1016/j.eiar.2017.06.004>
- Descombes, V. (1996). *Les Institutions du sens*. Collection Critique, 352 p.
- Dirkx, P. « Champ », dans Anthony Glinier et Denis Saint-Amand (dir.), *Le lexique socius*, URL : <http://ressources-socius.info/index.php/lexique/21-lexique/37-champ>
- Djellal, F. & Gallouj, F. (2012). Innovation sociale et innovation de service : première ébauche d'un dialogue nécessaire. *Innovations*, 38(2), 37-66. <https://doi.org/10.3917/inno.038.0037>
- Dodier, N. (1993). *L'expertise médicale: Essai de sociologie sur l'exercice du jugement*. Éditions Métailié. <https://doi.org/10.3917/meta.dodie.1993.01>
- Douglas, M. (1986). *How Institutions Think*. Syracuse University Press.

Drion, M-N. (2014). Les bains municipaux de Strasbourg ou l'éloge du raffinement et de l'hygiénisme pour tous. Notice-analytique, *Annuaire de la société des amis du vieux Strasbourg*.

Dubois, V. (1999). *La vie au guichet, relation administrative et traitement de la misère*. Economica, Paris, 1999, 208 p.

Dubois, V. (2008). *La vie au guichet. Relation administrative et traitement de la misère*, Economica, coll. « études politiques », p. 202. <https://doi.org/10.4000/lectures.1112>

Dubois, V. (2009). L'action publique. Cohen (A.), Lacroix (B.), Riutort (Ph.) dir. *Nouveau manuel de science politique*, La Découverte, p. 311-325, 2009. <https://shs.hal.science/halshs-00498038>

Dubois, V. (2010). *Les champs de l'action publique*. <https://shs.hal.science/halshs-00498020>

Dubuisson-Quellier, S. (2016). *Gouverner les conduites*. Presses de Sciences Po. <https://doi.org/10.3917/scpo.dubui.2016.01>

Ducet, A. (2011). *Le concept de « configuration » et ses implications empiriques : Elias avec et contre Weber*, SociologieS, La recherche en actes, <https://doi.org/10.4000/sociologies.3459>

Dugrenier, M. (2019). Université des patients : un outil de résilience ? *Kaizen Magazine*. <https://kaizen-magazine.com/article/universite-des-patients-un-outil-de-resilience/>

Dulac, G. (1997). *Les demandes d'aide des hommes*. AIDRAH.

Dulaurans, M. (2012). Une recherche dans l'action : le cas d'une CIFRE en collectivité territoriale, *Communication et organisation*, 41 | 2012, 195-210. <https://doi.org/10.4000/communicationorganisation.3813>

Dumas, J. (1987). Institution sportive et jeu de pouvoir. In *Actes des Premières Journées d'étude de Bordeaux Sport et changement social*. Bordeaux : M.S.H.A., pp. 171-178.

Dumoulin, L. Saurugger, S. (2010). « Les policy transfer studies : analyse critique et perspectives ». *Critique internationale*, vol. 48, n° 3, p. 9-24. <https://doi.org/10.3917/cii.048.0009>

Dupuy, F. Thoenig, J-C. (1985). *L'Administration en miettes*, Paris, Fayard.

Dupuy, C. Pollard, J. (2013). Les limites du pouvoir de l'État dans les territoires. Les politiques de l'État dans le secteur de l'éducation et du logement en France, *Sciences de la société*, 90 | 2013. <https://doi.org/10.4000/sds.493>

Eliadis, P. Hill, M. Howlett, M. (2000). « Introduction », ibid. en Europe et Amérique du nord », *Revue internationale de politique comparée*, 7 (1), 2000, p. 167-201

Elias, N. Scotson, J.L. (1965). *Logiques de l'exclusion : enquête sociologique au cœur des problèmes d'une communauté*. Fayard. 1997.

Elias, N. (1981). *Qu'est-ce que la sociologie ?*, Paris, Pocket.

Elias, N. (1993). *Engagement et distanciation : contributions à la sociologie de la connaissance* ; traduit de l'allemand par Michèle Hulin ; avant-propos de Roger Chartier. [Paris] : Fayard, DL 1993.

Epstein, R. (2005). « Gouverner à distance. Quand l'État se retire des territoires », *Revue Esprit*, 2006, 11, pp.96-111. <https://shs.hal.science/halshs-00130034/>

Epstein, R., Donzelot J. (2006). Démocratie et participation : l'exemple de la rénovation urbaine. *Esprit*, juillet 2006 : p. 534. <https://shs.hal.science/halshs-00155234>

Epstein, S. (1995). The Construction of Lay Expertise : AIDS Activism and the Forging of Credibility in the Reform of Clinical Trials, *Science, Technology & Human Values*, vol. 20, n° 4, 1995.

Erbs, L. (2018). De l'eau à profusion : Assainir la ville de Metz au cœur du XIXe siècle. *Archives ouvertes HAL*. <https://hal.science/hal-01826282/>

Evans, C.J. McGaha, A.C. (1998). A survey of mental health consumers' and family members' involvement in advocacy. *Community Mental Health Journal*, 34 (6). Pp 615-623. <https://doi.org/10.1023/a:1018715102256>

Fainzang S. (2006). *La Relation médecins/malades : information et mensonge*. Paris, Presses Universitaires de France, 2006.

Falisse, M. Sanz-Corella, B. (2008). *Étude thématique sur les cartographies des acteurs non étatiques en Amérique latine*. https://portailqualite.acodev.be/fr/system/files/node/255/la_cartographie_des_acteurs_de_la_societe_civile_des_pays_damerique_latine.pdf

Fassin, D. (2008). *Faire de la santé publique*. Presses de l'EHESP. <https://doi.org/10.3917/ehesp.fass.2008.01>

Faure, A. (2001). Un peuple dans sa ville ou le cours d'une longue recherche. *Genèses*, 92-105. <https://doi.org/10.3917/gen.042.0092>

Faure, J-M. Suaud, C. (1999). *Le football professionnel à la française*, PUF. Paris.

Favier-Ambrosini, B. (2016). Socio-histoire du lien entre activité physique et santé de 1960 à 1980. *Santé Publique*, 1, 13-24. <https://doi.org/10.3917/spub.160.0013>

Favier-Ambrosini, B. (2020). *Émergence, construction et diffusion du sport-santé : réseaux sport santé bien être : d'une politique publique nationale aux ajustements locaux*. Thèse de doctorat, Université Paris-Est. <https://theses.hal.science/tel-02936835>

Fawcett, B. Hearn, J. (2004). *Researching others : epistemology, experience, standpoints and participation*, *International Journal of Social Research Methodology*, Vol. 7, N° 3, pp. 201-218.

Feltz, A. (2019). *Interview - Surpoids et obésité des jeunes en Alsace, l'état d'urgence* [site internet, en ligne] : <https://maxi-flash.com/surpoids-et-obesite-des-jeunes-en-alsace/>

Feltz, A. (2020). *Sport-santé sur ordonnance – manifeste pour le mouvement*. Éditions Equateurs.

Ferron, C. (2016). « Charte d'Ottawa : des stratégies d'action », *Communication au colloque « La promotion de la santé : quel projet de société ? 1986-2016 : Regards croisés sur les 30 ans de la Charte d'Ottawa »*, Ireps Rhône-Alpes, 28-29 novembre.

Fillieule, O. (2005). *Le désengagement militant*. Éditions Belin.

Fligstein, N. (2001). Le Mythe du marché, *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 139 L'exception américaine (2), septembre 2001, p. 3-12. <https://doi.org/10.3406/arss.2001.3351>

Foli, O. Dulaurs, M. (2013). Tenir le cap épistémologique en thèse Cifre. Ajustements nécessaires et connaissances produites en contexte, *Études de communication* [En ligne], 40 | 2013. <https://doi.org/10.4000/edc.5118>

Fortin-Bergeron, C. Hennebert, M.-A. & Doucet, O. (2019). Comprendre la représentation syndicale au plan local : rôles perçus et ressources mobilisées par des dirigeants de syndicats locaux dans deux secteurs d'activités au Québec. *Relations industrielles / Industrial Relations*, 74(2), 293–322. <https://doi.org/10.7202/1062085ar>

Foudriat, M. (2016). *La co-construction : une alternative managériale*. Rennes, Presses de l'EHESP.

Foucault, M. (1976). *Il faut défendre la société, Cours au Collège de France*. Paris, Gallimard, 1976.

Foucault, M. (1994). *Crise de la médecine ou crise de l'antimédecine ?*, Dits et écrits, tome III, Paris, Gallimard, 1994, p. 40-58.

Foucault, M. (2004). *Sécurité, Territoire, Population. Cours au Collège de France : 1977-1978*. Éditions Seuil.

Foulquié, P. (1978). *Vocabulaire des sciences sociales*, Presses universitaires de France.

Fournier, C. (2014). Concevoir une maison de santé pluri-professionnelle : paradoxes et enseignements d'une innovation en actes. *Sciences sociales et santé*, (Vol. 32) (2), 67-95. <https://doi.org/10.1684/ss.2014.0205>.

Fraser, P. Vignaux, G. (2013). *Santéisme - Entre mythe et rationalité*. Create Space Independent Publishing Platform.

Freidson, E. (1961). *Patient's views of medical practice*. Russel Sage Foudation.

Freidson, E. (1970). *Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. University of Chicago Press.

- Friedberg, E. (1993). *Le Pouvoir et la Règle. Dynamiques de l'action organisée*. Broché.
- Friedberg, E. (1997). *Le pouvoir et la règle, dynamiques de l'action organisée*, Seuil Paris.
- Freyne, M. (2023). Un court état des lieux de la participation sociale en santé en Europe le dossier « démocratie participative en santé », coordonné par Pascal Mélihan-Cheinin. ADSP n°121 mars 2023. <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=ad1212729.pdf>
- Fung, A. (2004). *Empowered Participation: Reinventing Urban Democracy*. Princeton University Press.
- Gaglio, G. (2008). En quoi une thèse CIFRe en sociologie forme au métier de sociologue ? Une hypothèse pour ouvrir le débat, *Sociologos. Revue de l'association française de sociologie*, n°3, 16p. <https://doi.org/10.4000/socio-logos.2093>
- Gaglio, G. (2011). Introduction. Dans : Gérald Gaglio éd., *Sociologie de l'innovation* (pp. 3-6). Paris cedex 14, France: Presses Universitaires de France. <https://www.cairn.info/sociologie-de-l-innovation--9782130585756-page-3.htm>
- Garraud, P. (2019). Agenda/émergence. Dans Boussaguet, L., Jacquot, S. et Ravinet, P. *Dictionnaire des politiques publiques* 5e édition entièrement revue et corrigée. 5e éd., p. 54 - 61. Presses de Sciences Po. <https://doi.org/10.3917/scpo.bouss.2019.01.0054>
- Gasparini, W. (1997). La construction sociale de l'organisation sportive. Champ et engagement associatif. In: *STAPS*, volume 18 n°43, 1997. pp. 51-69. <https://doi.org/10.3406/staps.1997.1097>
- Gasparini, W. (1998). Les associations sportives dans le bassin de vie strasbourgeois. In: *Les Annales de la recherche urbaine*, N°79, 1998. Sports en ville. pp. 101-111. https://www.persee.fr/doc/ar_0180-930x_1998_num_79_1_2182
- Gasparini, W. (2003). Le sport associatif. In: *Agora débats/jeunesses*, 33, 2003. Sports et intégration sociale. pp. 20-29. <https://doi.org/10.3406/agora.2003.2113>
- Gasparini, W. (sous la coordination de). (2003). *L'organisation sportive*. Collection Pour l'action. https://www.revue-eps.com/fr/l-organisation-sportive_o-15191.html?fbclid=IwY2xjawFIVVZleHRuA2FlbQlXMAABHcr-rDppBnz6IBrtep54eMuhd1gF0VCCV6vGgfcTwA9K_xE6uKBSWXMTfw_aem_sk87p3zLxMqrI9HCAhHLow
- Gasparini, W. (2008). L'intégration par le sport. Genèse politique d'une croyance collective, *Sociétés contemporaines*, n° 69, p. 7-23. <https://doi.org/10.3917/soco.069.0007>
- Gasparini, W. (2017). La double européanisation du sport : dynamiques institutionnelles et usages politiques, *Jurisport : La revue juridique et économique du sport*, n° 175, p. 26-30 <https://hal.science/hal-02486396>

Gasparini, W. Knobé, S. (2014). Sport sur ordonnance : enquête sur un dispositif local de santé, *Jurisport (revue juridique et économique du sport, Juris éditions/Dalloz)*, n° 144, p. 43-46. <https://www.maisonsportsantestrasbourg.fr/wp-content/uploads/2023/03/Sport-sur-Ordonnance-enquete-sur-un-dispositif-local-de-sante.pdf>

Gasparini, W. & Knobé, S. (2015). Sport sur ordonnance : l'expérience strasbourgeoise sous l'œil des sociologues. *Informations sociales*, 187, 47-53. <https://doi.org/10.3917/inso.187.0047>

Gasparini, W. Knobé, S. (dir). (2021). *Le sport-santé. De l'action publique aux acteurs sociaux*, Strasbourg, Presses universitaires de Strasbourg, coll. « Sport en société », 2021, 342 p. <https://doi.org/10.4000/lectures.53110>

Gasparini, W. Koebel, M. (2015). Pratiques et organisations sportives : pour un comparatisme réflexif. *Sciences sociales et sport*, 8, 9-19. <https://doi.org/10.3917/rsss.008.0009>

Gaudin, J-P. (1993). *Les Nouvelles Politiques urbaines*. Paris, PUF.

Gaudin, J-P. (1999). *Gouverner par contrat*. Presses de Sciences Po. 280p.

Gaudin, J-P. (2007). *Gouverner par contrat*. (2e éd.). Presses de Sciences Po. <https://doi.org/10.3917/scpo.gaudi.2007.01>.

Gaudin, J-P. (2001). L'acteur. Une notion en question dans les sciences sociales », *Revue européenne des sciences sociales*, XXXIX-121 | 2001, <https://doi.org/10.4000/ress.641>

Gaudin, J-P. (2002). *Pourquoi la gouvernance ?* Paris, Presse de Science Po, La Bibliothèque du Citoyen.

Gaxie, D. (1978). *Le cens caché*. Le Seuil.

Gephart, R. P. (1988). Managing the meaning of a sour gas well blowout: The public culture of organizational disasters. *Industrial Crisis Quarterly*, 2(1), 17-32.

Ghadi, V. Naiditch, M. (2001). L'information de l'utilisateur/consommateur sur la performance du système de soins - *Revue bibliographique – DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) – Ministère de l'Emploi et de la Solidarité - Série Études*, N° 13, p. 6, Juin. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/dtee13.pdf>

Ghadi, V. Naiditch, M. (2006). Comment construire la légitimité de la participation des usagers à des problématiques de santé ? *Santé Publique*, 2006/2 Vol. 18, pp. 171-186. <https://doi.org/10.3917/spub.062.0171>.

Ginsbourger, T. Terral, P. (2014). Dynamiques « d'humanisation » puis de « managérialisation » d'un projet d'activité physique sur un site de lutte contre le cancer. *SociologieS*. <https://doi.org/10.4000/sociologies.4790>

Giraud, F. Acteur pluriel, dans Anthony Glinier et Denis Saint-Amand (dir.), *Le lexique socius*. <http://ressources-socius.info/index.php/lexique/21-lexique/42-acteur-pluriel>

Glaser, B.G. Strauss, A.L. (2010). *La découverte de la théorie ancrée. Stratégies pour la recherche qualitative*, Armand Colin, coll. « Individu et Société », 2010, 409 p.

Godrie, B. (2021). Intégration des usagers et usagères et extractivisme des savoirs expérientiels : une critique ancrée dans le modèle écologique des savoirs dans le champ de la santé mentale. *Participations*, 30, 249-273. <https://doi.org/10.3917/parti.030.0249>

Goffman, E. (1973). *La Présentation de soi. La Mise en scène de la vie quotidienne*. Traduit de l'anglais par Alain Accardo. 1973. Collection Le sens commun, 256 pages

Goffman, E. (1974). *Les Rites d'interaction*. Traduit de l'anglais par Alain Kihm. 1974. Collection Le sens commun, 240 pages.

Goffman, E. (1991). *Les cadres de l'expérience*. Paris, Minuit. 338p.

Goubert, J-P. (1986). *La Conquête de l'eau. L'Avènement de la santé à l'âge industriel*. Hachette.

Grassler, M. Knobé, S. Gasparini, W. (2019). Les parcours de prévention par le sport de l'obésité chez les enfants d'un quartier populaire strasbourgeois : transmissions familiales et rapports à l'activité physique. *Movement & Sport Sciences - Science & Motricité*, 103, 75-88. <https://doi-org.scd-rproxy.u-strasbg.fr/10.1051/sm/2019002>

Grassler, M. (2021). *Prévenir la surcharge pondérale des enfants et adolescents par l'activité physique : rapports aux dispositifs de santé et effets des conditions de vie. L'exemple de trois quartiers populaires en Alsace*. Thèse de doctorat, Université de Strasbourg. https://publication-theses.unistra.fr/public/theses_doctorat/2021/Grassler_Marine_2021_ED519.pdf

Greimas, A-J. Courtés, J. (1986). *Sémiotique. Dictionnaire raisonné de la théorie du langage. Tome 2*. (Langue. Linguistique. Communication.). Paris/

Gross, O. Ruelle, Y. Sannié, T. Khau, C. Marchand, C. Mercier, A. Cartier, T. & Gagnayre, R. (2017). Un département universitaire de médecine générale au défi de la démocratie en santé : la formation d'internes de médecine générale par des patients-enseignants. *Revue française des affaires sociales*, 61-78. <https://doi.org/10.3917/rfas.171.0061>

Guillerme, A. Goubert, J-P. (1989). *La conquête de l'eau. L'avènement de la santé à l'âge industriel*. In: *Annales. Economies, sociétés, civilisations*. 44^e année, N. 5, 1989. pp. 1101-1102. www.persee.fr/doc/ahess_0395-2649_1989_num_44_5_283644_t1_1101_0000_003

Guigner, S. Périssé, D. (2011). *Coopération territoriale*. Pasquier Romain, Guigner Sébastien, Cole Alistair. *Dictionnaire des politiques territoriales*, Presses de Science Po, pp.103-108, 2011, Références. <https://shs.hal.science/halshs-00787120v1>

Gusfield, J. (2009). *La culture des problèmes publics. L'alcool au volant : la production d'un ordre symbolique*, Économica, coll. « Etudes Sociologiques », 2009, 354 p. <https://doi.org/10.4000/lectures.763>

Gusmano, M. (2009). Les associations de consommateurs de santé aux États-Unis. In: *Santé, Société et Solidarité*, n°2, 2009. La place des usagers dans le système de santé. pp. 137-147. <https://doi.org/10.3406/oss.2009.1371>

Habermas, J. (1981). *Théorie de l'agir communicationnel. Tome 1 : Rationalité de l'agir et rationalisation de la société*. Paris, Fayard.

Halpern, C. Lascoumes, P. Le Galès, P. (Dir.). (2014). *L'Instrumentation de l'action publique : Controverses, résistance, effets*. Presses de Sciences Po, pp.528, 2014, Académique.

Halpern, C. (2021). Patients/recherche médicale un nouveau rapport de force. *La santé Un enjeu de société*. Éditions Sciences Humaines, pp. 141-145. <https://doi.org/10.3917/sh.froua.2021.01.0141>.

Hampe, J. Braun, S. (2018). *Les Bains Municipaux De Strasbourg. Un Joyau de la Neustadt*. Éditions Beau regard.

Hardey, M. (2004). Internet et société : reconfigurations du patient et de la médecine ?. In: *Sciences sociales et santé*. Volume 22, n°1, 2004. Les technologies de l'information à l'épreuve des pratiques, sous la direction de Madeleine Akrich, Cécile Méadel, Janine Pierret et Vololona Rabeharisoa. pp. 21-43. <https://doi.org/10.3406/sosan.2004.1607>

Hassenteufel, P. (1997). *Les médecins face à l'État. Une comparaison européenne*. Presses de Sciences Po.

Hassenteufel, P. (2011). Chapitre 7 - Les acteurs non étatiques : des mouvements sociaux aux intérêts organisés. Dans : P. Hassenteufel, *Sociologie politique : l'action publique* (pp. 187-212). Paris, Armand Colin.

Heinich, N. (2010). *La sociologie de Norbert Elias*. Paris: La Découverte.

Hellquin, A-P. (2018). Ville et santé, une longue interaction. *Urbanisme*. Numéro 410. <https://hal.science/hal-01948278>

Hirschman, A. (1970). *Exit, Voice and Loyalty : Responses to Decline in Firms, Organizations, and States*. Harvard University Press, 57618th edition.

Hochgerner, J. (2009). Innovation process in the dynamics of social change, in Loudin, J., Schuch, K. (eds), *Innovation Cultures. Challenge and Learning Strategy*, Prague, Filosofia, 17-45. https://www.zsi.at/attach/JoH_Innovation%20processes_2009.pdf

Honta, M. (2003). Sport de haut niveau et décentralisation : des stratégies d'acteurs à la régulation du système L'exemple aquitain. *Staps*, n°60, p.75-92. <https://doi.org/10.3917/sta.060.0075>

Honta, M. (2022). Chapitre 7. Rhétorique d'État et production d'une action publique « responsable » Les agents intermédiaires du plan « sport santé bien-être » au travail In : Perrin, C. (sous la direction de). (2022). *Bouger pour la santé ! Analyses sociologiques d'une injonction contemporaine*. Analyses sociologiques d'une injonction contemporaine. Presse universitaires de Grenoble. p.104-114. <https://shs.cairn.info/bouger-pour-la-sante--9782706143557?lang=fr>

Honta, M. Haschar-Noé, N. Salamero, E. (2018). L'État à l'épreuve de la régulation territoriale. La mise en négociations des contrats locaux de santé. *Négociations*. 2018/1 n° 29 pages 143 à 155. <https://doi.org/10.3917/neg.029.0143>

Honta, M. Bassin, J-C. (2017). La fabrique du gouvernement métropolitain de la santé : L'épreuve de la légitimation politique, *Gouvernement et action publique*, 2017/2, n°2, p63-82. <https://doi.org/10.3917/gap.172.0063>

Honta, M. Haschar-Noé, N. (2011). Les politiques préventives de santé publique à l'épreuve de la territorialisation : l'introuvable gouvernance régionale du Programme national nutrition santé en Aquitaine. *Sciences sociales et santé*, vol. 29(4), 33-62. <https://doi.org/10.1684/ss.2011.0403>

Honta, M. Illivi, F. (2017), « L'accès de tous à la pratique sportive : l'Etat local en action », *Revue française d'administration publique*, 164, 871-884. <https://shs.hal.science/halshs-01760495>

Illivi, F. (2018). *Genèse et mise en œuvre du plan « sport, santé, bien-être » : acteurs, savoirs, territoires et instruments, une sociologie de l'état en recomposition : le cas de la région Nouvelle-Aquitaine*. Thèse de doctorat, Université de Bordeaux. <https://theses.fr/2018BORD0145>

Illivi, F. Honta, M. (2019). La mise en œuvre du plan « Sport, Santé, Bien-être » en région : Un processus d'ajustements continus. *Santé Publique*, vol. 31(4), 475-484. <https://doi.org/10.3917/spub.194.0475>

Illivi, F. Honta, M. (2019). L'instrumentation de la lutte contre les inégalités d'accès à l'activité physique. Un gouvernement des conduites par la qualité. *Revue française des affaires sociales*, 169-188. <https://doi.org/10.3917/rfas.193.0169>

Illivi, F. Honta, M. (2019). Politique publique : l'État et la gestion partenariale du « sport-santé ». *Jurisport : La revue juridique et économique du sport*, 2019, 193, pp.42-45. <https://shs.hal.science/halshs-02081349>

Illivi, F. Honta, M. (2020). *Bougez ! La fabrique locale de la lutte contre la sédentarité: Sociologie politique de l'Etat en action*. Editions L'Harmattan. 350p.

Ion, J. (1997). *La fin des militants ?* Editions de l'Atelier.

Ischer, P. Saas, C. (2019). *La participation en matière de promotion de la santé*. Document de travail 48. Berne et Lausanne: Promotion Santé Suisse. https://promotionsante.ch/sites/default/files/migration/documents/Document_de_travail_048_PSCH_2019-04_-_La_participation_en_matiere_de_promotion_de_la_sante.pdf

Jabot, F. Loncle, P. (2010) Politiques locales in *Santé publique : l'Etat des savoirs*, Fassin D, Hauray B. (sous la direction de), Éditions La Découverte, 372-382.

Jabot, F. Demeulemeester, R. (2005). Les interactions entre les niveaux national, régional et infrarégional dans les programmes de santé publique. *Santé Publique*, 17, 597-606. <https://doi.org/10.3917/spub.054.0597>

Jessop, B. (2002). *The Future of the Capitalist State*. Polity Press.

Joana, J. (1998). L'action publique municipale sous la IIIe République (1884-1939). Bilan et perspectives de recherches. *Politix*, 42, 151-178. https://www.persee.fr/doc/polix_0295-2319_1998_num_11_42_1729

Jolivet, A. Vásquez, C. (2011). Reconfiguration de l'organisation : suivre à la trace les figures textualisées – le cas de la figure du patient, *Études de communication* [En ligne], 36 | 2011. <https://doi.org/10.4000/edc.2563>

Jorland, G. (2010). *Une société à soigner. Hygiène et salubrité publiques en France au XIX^e siècle*. Gallimard.

Jouanno, C. (2023). Les critères de qualité des démarches de participation. Dossier « démocratie participative en santé », coordonné par Pascal Mélihan-Cheinin. ADSP n°121 mars 2023. <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=ad1213032.pdf>

Jouve, B. (2003). Le double défi des politiques de déplacements urbains : innover dans la forme et sur le fond, dans Jouve Bernard, *Les politiques de déplacements urbains en Europe. L'innovation en question dans cinq villes européennes*, Paris, L'Harmattan, p. 11-45.

Jouvenet, M. (2011). Profession scientifique et instruments politiques : l'impact du financement « sur projet » dans des laboratoires de nanosciences, *Sociologie du travail* [En ligne], Vol. 53 - n° 2 | Avril-Juin 2011. <https://doi.org/10.4000/sdt.7881>

Knobé, S. (2008). Personnification et individualisation des corps malades : enjeu politique ou gestion individuelle dans la lutte contre le cancer du sein. *Lien social et Politiques*. 15 septembre 2008. N° 59pp. 93-102. <https://hal.science/hal-02542894/document>

Koebel, M. (2017). Comment analyser les politiques sportives locales ? *Revue juridique et économique du sport - Jurisport*. 23-26.

Lahire, B. (1998). *L'homme pluriel. Les ressorts de l'action*, Nathan, Paris, 1998, 256 p. <https://doi.org/10.4000/sdt.37736>

Laborier, P. Trom, D. (2003). *Historicités de l'action publique*. Presses Universitaires de France – PUF.

Lahire, B. (2002). Objectivation sociologique, critique sociale et disqualification, *Mouvements*, 2002/5 n°24, pp.46-52. <https://doi.org/10.3917/mouv.024.0046>

Lascoumes, P. Le Bourhis, J. (1998). Le bien commun comme construit territorial. Identités d'action et procédures. *Politix*, 42, 37-66. <https://doi.org/10.3406/polix.1998.1724>

Lascoumes, P. Le Galès, P. (2004). *Gouverner par les instruments*, Paris, Presses de Sciences Po.

Lascoumes, P. Le Galès, P. (2007). *Sociologie de l'action publique*, Armand Colin.

Lascoumes, P. Le Galès, P. (2005). Introduction : L'action publique saisie par ses instruments. Dans : Pierre Lascoumes éd., *Gouverner par les instruments* (pp. 11-44). Paris: Presses de Sciences Po. <https://doi.org/10.3917/scpo.lasco.2005.01.0011>

Lascoumes, P. et Le Galès, P. (2010). Instrument. Dans Boussaguet, L., Jacquot, S. et Ravinet, P. (dir.), *Dictionnaire des politiques publiques* 3e édition actualisée et augmentée. (3e éd., p. 325 -335). Presses de Sciences Po. <https://doi.org/10.3917/scpo.bouss.2010.01.0325>.

Lascoumes, P. Le Galès, P. (2012). *Sociologie de l'action publique*. (2e édition), Armand Colin, coll. « 128 », 128 p., ISBN : 9782200259860. <https://doi.org/10.4000/lectures.9016>

Lascoumes, P. Simard, L. (2011). L'action publique au prisme de ses instruments : Introduction. *Revue française de science politique*, vol. 61(1), 5-22. <https://doi.org/10.3917/rfsp.611.0005>

Latour, B. (2001). Nouvelles règles de la méthode scientifique. *Revue Projet*, 2001/4 n° 268. pp. 91-100. <https://doi.org/10.3917/pro.268.0091>

Latour, B. (2002). *La Fabrique du droit : une ethnographie du Conseil d'État*. Éditions La Découverte.

Laude, A. Tabuteau, D. (2016). *Les droits des malades*. Presses Universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.laude.2016.01>

Laville, J-L. (1994). *L'Économie solidaire*. Éditions Desclée de Brouwer

Laville, J-L. (2007). *L'économie solidaire. Une perspective internationale*. Hachette Littératures, 383p.

Le Bon, G. (1874). *La vie, physiologie humaine appliquée à l'hygiène et à la médecine*, Paris, Rothschild.

Le Bourhis, J-P. Lascoumes, P. (2014). En guise de conclusion / Les résistances aux instruments de gouvernement. Essai d'inventaire et de typologie des pratiques. Dans : Halpern, C. Lascoumes, P. Le Galès, P. (Dir.). (2014). *L'Instrumentation de l'action publique : Controverses, résistance, effets*. Presses de Sciences Po, pp.528, 2014, Académique.

Le Breton, D. (1991). *Passions du risque*. Métailié.

Lee, I-M. Shiroma, E.J. Lobelo, F. Puska, P. Blair, S.N. Katzmarzyk, P.T. (2012). Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *The Lancet*, Volume 380, Issue 9838, 219 – 229. [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(12\)61031-9/](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(12)61031-9/)

Le Floch, C. (2023). De la grande exclusion au pouvoir d'agir retrouvé. Dossier « *démocratie participative en santé* », coordonné par Pascal Mélihan-Cheinin. ADSP n°121 mars 2023. <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=ad1214244.pdf>

Le Galès, P. (2003). *Le retour des villes européennes. Sociétés urbaines, mondialisation, gouvernement et gouvernance*, Presses de Sciences Po, Paris, 2003, 454 p.

Lehmbruch, G. (1977). Liberal Corporatism and Party Government. *Comparative Political Studies*, 10(1), 91-126. <https://doi.org/10.1177/001041407701000105>

Lelubre, M. (2013). La posture du chercheur, un engagement individuel et sociétal. *Recherches qualitatives*, hors-série numéro 14. p15-28. http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/hors_serie/hs-14/RQ-HS-14-Lelubre.pdf

Le Moigne, J-L. (1994). *Le Constructivisme. Tome 1, Des Fondements*. ESF Editeur.

Lemert, E. (1951). Is there a natural history of social problem ?, *American Sociological Problem*, 16, p. 217-233.

Le Tallec, M. (2003). *Patient, client, citoyen : l'usager comme figure mouvante de l'hôpital*. [Mémoire IEP] Rennes, 2002-2003

Leutz, W-N. (1999). Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom. *Milbank Quarterly*, 1999, vol. 77, n°1, pp 77-110. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.00125>

Leveau, R. Withol de Wenden, C. Mohsen-Finan, K. (sous la direction de). 2003. *De la citoyenneté locale*, Paris, La Documentation française.

Lévi-Strauss, C. (1958). *Anthropologie structurale*. Paris, Plon.

Lipsky, M. (1980). *Street-Level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Services*, New York, Russell Sage Foundation, 1980.

Loncle, P. (2009). La mise en œuvre des politiques de santé publique au niveau local : « l'animation territoriale en santé en Bretagne ». *Sciences sociales et santé*, vol. 27(1), 5-31. <https://doi.org/10.1684/ss.2009.0101>

Lorrain, D. (1987). Le grand fossé ? Le débat public /privé et les services urbains. In: *Politiques et management public*, vol. 5, n° 3, 1987. Public, privé : espaces et gestions. Actes du Second colloque international - Lyon - 15/16 décembre 1986 (deuxième partie) - Incertitude des pratiques. pp. 83-102. <https://doi.org/10.3406/pomap.1987.1960>

Lorrain, D. (2005). Chapitre 4 : Les pilotes invisibles de l'action publique: Le désarroi du politique ?. Dans : Pierre Lascoumes éd., *Gouverner par les instruments* (pp. 163-197). Paris: Presses de Sciences Po. <https://doi.org/10.3917/scpo.lasco.2005.01.0163>

Lucidarme, N. Bregeon, A. Brunie, V. Cabrejo, L. Certain, A. Decottignies, A. Desmarais, E. Gruit, V. Juliard, C. Lassalle, S. Meyer, M. Popelier, M. Tan, E. Wanin, S. (2024). L'éducation thérapeutique du patient se réinvente. *Médecine des Maladies Métaboliques*, Volume 18, Issue 1, Pages 14-20, ISSN 1957-2557. <https://doi.org/10.1016/j.mmm.2023.12.009>

Lutrat, F. (2022). *Sport sur ordonnance : de la prescription à l'engagement des bénéficiaires dans le dispositif. Parcours de vie et expériences de malades chroniques à Strasbourg*. Thèse de doctorat, Université de Strasbourg. https://publication-theses.unistra.fr/public/theses_doctorat/2022/LUTRAT_Floriane_2022_ED519.pdf

Lutrat, F. Gasparini, W. (2021). Sport sur ordonnance : de la prescription à l'engagement des bénéficiaires atteints d'une maladie chronique. *Santé Publique*, Vol. 33(2), 221-231. <https://doi.org/10.3917/spub.212.0221>.

Marks, G. Hooghe, L. (2001). *Multi-Level Governance and European Integration*. Rowman & Littlefield Publishers.

Marsault, C. (2017). Le sport-santé, un objet médical, social ou sportif ? Le dispositif strasbourgeois « sport-santé sur ordonnance » comme objet politique transversal. *Sciences sociales et sport*, 10(1), 21-49. <https://doi.org/10.3917/rsss.010.0021>

Mannoni, C. (2008). *La démarche atelier santé ville : des jalons pour agir*. Éditions Profession Banlieue. https://www.professionbanlieue.org/La-demarche-atelier-sante-ville-des-jalons-pour-agir?fbclid=IwY2xjawGKyN5leHRuA2FlbQIxMAABHQYXPmvxEFB2i3s9iAVEcnJZ_TTVate_YSBhamrPhqfBLShjoMMn_gc6eg_aem_Zb25QpNF9memxgotEDKFMg

Mantz, J-M. (2008). Naissance de la Sécurité sociale en Alsace-Moselle. In: *Revue d'histoire de la pharmacie*, 95^e année, n°357. pp. 29-38. <https://doi.org/10.3406/pharm.2008.6439>

Massé, R. (2005). Les fondements éthiques et anthropologiques d'une participation du public en santé publique, *Revue Éthique Publique*, 7, 2, 107-124. <https://doi.org/10.4000/ethiquepublique.1943>

Maudet, G. (2002). La « démocratie sanitaire » : penser et construire l'utilisateur. *Lien social et Politiques*, (48), 95–102. <https://doi.org/10.7202/007894ar>

Mauger G. (1991). Enquêter en milieu populaire. *Genèses*, n° 6, p. 125-143. <https://doi.org/10.3406/genes.1991.1096>

Menard, C. (2003). Économie néo-institutionnelle et politique de la concurrence les cas des formes organisationnelles hybrides. In: *Économie Rurale*, 277-278. pp. 45-60. <https://doi.org/10.3406/ecoru.2003.5435>

Meyer, J. W. Rowan, B. (1977). Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony. *American Journal of Sociology*, 83(2), 340-363.

Mintzberg, H. (1982). *Structures et dynamiques des organisations*. Editions d'organisation, Paris.

Mintzberg, H. (1983). *Le pouvoir dans les organisations*, Éditions d'organisation. Collection références.

Mintzberg, H. (1990). *Le management — voyage au centre des organisations*. Paris : Les Éditions d'organisation.

Monneraud, L. (2011). Les médecins « promoteurs » dans l'action publique de la santé : un nouveau type de sacerdoce. *Revue française des affaires sociales*, (2), 276-296. <https://doi.org/10.3917/rfas.112.0276>

Motamed, S. (2015). Qu'est-ce que la santé communautaire ? Un exemple d'une approche participative et multisectorielle dans une commune du Canton de Genève, en Suisse. *L'information psychiatrique*, 2015/7 Volume 91. pp. 563-567. <https://doi.org/10.1684/ipe.2015.1374>.

Mounet, J-P. Chifflet, P. (1993). La réalisation d'un stade nautique intercommunal. Politiques sportives et stratégies fédérales. In: *STAPS*, volume 14 n°32, 1993. Corps sportif et technique. pp. 87-102. <https://doi.org/10.3406/staps.1993.953>

Morin E. (1986). La méthode 3. *La connaissance de la connaissance*. Paris, Seuil.

Moquet-Anger, M-L. (2009). Territoires de santé et égalité des citoyens. RDSS. *Revue de droit sanitaire et social*, 2009, HS, pp.116. <https://shs.hal.science/halshs-02236818>

Morales Gonzales, V. (2013). *Le sport en débat : démocratie participative et politique sportive municipale : l'exemple des Etats généraux du Sport de Strasbourg*. Thèse de doctorat, Université de Strasbourg. <https://theses.fr/2013STRAG030>

Morales, Y. (2022). Chapitre 10. La fabrique du « sport-santé ». Une cause sanitaire mobilisant le mouvement sportif associatif (1990-2012) In : Perrin, C. (sous la direction de). (2022). *Bouger pour la santé ! Analyses sociologiques d'une injonction contemporaine*. Analyses sociologiques d'une injonction contemporaine. Presse universitaires de Grenoble. Pages 137 à 148. <https://shs.cairn.info/bouger-pour-la-sante--9782706143557?lang=fr>

Morillon, L. Gardere, E. (2009). Le doctorant CIFRE en communication des organisations : un jeune chercheur entre implication et distanciation, in Loneux C., Parent B. (dir.), *Communication des organisations, recherches récentes*, Tome 2, L'Harmattan, Paris, pp. 185-196.

Moyal, A. (2021). *Une liberté sous contraintes ? : rationalisation des pratiques des professionnels libéraux de soins primaires en maisons de santé pluriprofessionnelles en France*. Thèse de Sociologie. Institut d'études politiques de paris - Sciences Po, 2021. Français. <https://theses.hal.science/tel-03578142>

Muller, P. (2000). L'analyse cognitive des politiques publiques : vers une sociologie politique de l'action publique. In: *Revue française de science politique*, 50^e année, n°2, 2000. pp. 189-208. <https://doi.org/10.3406/rfsp.2000.395464>

Neveu, E. (2017). L'analyse des problèmes publics : Un champ d'étude interdisciplinaire au cœur des enjeux sociaux présents. *Réseau Canopé / Idées économiques et sociales*. 2017/4 n° 190. Page 6-19. <https://doi.org/10.3917/idee.190.0006>

Noëlle-Neumann, E. (1989). « La spirale du silence/une théorie de l'opinion publique », in *Hermès* n° 4, *Le nouvel espace public*, Paris, CNRS Éditions, 1989, p. 181-190. (Trad. fr. par Gilles Achache, Dorine Bregman, Daniel Dayan). [« The Spiral of Silence », in *Journal of Communication*, 24 : 43-54, 1974]. <https://core.ac.uk/download/pdf/15496327.pdf>

Offerlé, M. Lagroye, J. (dir.). (2010). *Sociologie de l'institution*, Paris, Belin.

Offner, J. (2006). Les territoires de l'action publique locale: Fausses pertinences et jeux d'écarts. *Revue française de science politique*, 56, 27-47. <https://doi.org/10.3917/rfsp.561.0027>

Orfeuill, J-P. (2006). *Mobilités urbaines*. Scrineo.

Padioleau, J. G. (1982). *L'État au concret*. Presses universitaires de France.

Papadopoulos, I. (2000). An exploration of health beliefs, lifestyle behaviours and health needs of the London-based Greek Cypriot community. *Journal of Transcultural Nursing*, Vol. 11, No.3, pp182-190. *Journal of Transcultural Nursing*. 11. 182-190.

Passeron, J.-C. & Revel, J. (2005). Penser par cas. Raisonner à partir de singularités. In J.-C. Passeron & J. Revel (éds.), *Penser par cas* (1). Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales. <https://doi.org/10.4000/books.editionsehess.19921>

Pastant, F. Descamps, R. (2023). Les conseils locaux de santé mentale dans : le dossier « démocratie participative en santé », coordonné par Pascal Mélihan-Cheinin. ADSP n°121 mars 2023. <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=ad1213435.pdf>

Pate, R.R. Pratt, M. Blair, S.N et al. (1995). Physical activity and public health. A recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine, *Jama*, vol 273, n°5 : p 402-407. <https://doi.org/10.1001/jama.273.5.402>

Pedrot, F., Fernandez, G. & Le Borgne-Uguen, F. (2019). Les maisons de santé pluriprofessionnelles : des espaces de coordination du soin entre professionnels de santé, patients et proches-soutiens. *Journal de gestion et d'économie de la santé*, 1(1), 110-126. <https://doi.org/10.3917/jges.191.0110>

Pellegrin, N. (2014). *Aide à la prescription d'activité physique : Enquête auprès des médecins généralistes de la zone Lens-Hénin* [Thèse de médecine générale, Université de Lille 2]. <http://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/58d7805f-73d6-4caa-a928-759a0853920d>

Percheron, A. (1974). *L'univers politique des enfants*, Paris, Presses Fondation Nationale des Sciences Politiques & Armand Colin.

Peretti-Watel, P. (2010). *La société du risque*. La Découverte. <https://doi.org/10.3917/dec.peret.2010.01>

Perrier, C. (2021). Reconfigurations du mouvement sportif français face aux injonctions normatives du "sport santé". Le cas du « basket santé », *SociologieS*. Dossier « L'activité physique comme objet de santé publique ». <https://doi.org/10.4000/sociologies.15701>

Perrier, C. (2022). *L'État actif : une analyse de l'activité physique comme nouvelle catégorie d'action publique (2001-2017)*. Thèse de doctorat, Université Grenoble Alpes. <https://theses.fr/2022GRALH030> (sous embargo)

Perrin, C. (2000). La santé en EPS : de l'évidence à l'éducation. In: *Spirale. Revue de recherches en éducation*, n°25, 2000. L'éducation pour la santé, sous la direction de Jacqueline Billon. pp. 83-88. https://www.persee.fr/doc/spira_0994-3722_2000_num_25_1_1511

Perrin, C. (2016). Construction du territoire professionnel de l'enseignant en Activité Physique Adaptée dans le monde médical. *Santé Publique*, (S1) (HS), 141-151. <https://doi.org/10.3917/spub.160.0141>

Perrin, C. (sous la direction de). (2022). *Bouger pour la santé ! Analyses sociologiques d'une injonction contemporaine. Analyses sociologiques d'une injonction contemporaine*. Presse universitaires de Grenoble. <https://shs.cairn.info/bouger-pour-la-sante--9782706143557?lang=fr>

Perrin, C. Perrier, C. (2022). Introduction générale. Le gouvernement des corps au point de rencontre des mondes du sport et de la santé par voie de prescription In : Perrin, C. (sous la direction de). (2022). *Bouger pour la santé ! Analyses sociologiques d'une injonction contemporaine. Analyses sociologiques d'une injonction contemporaine*. Presse universitaires de Grenoble. Pages 16 à 31. <https://shs.cairn.info/bouger-pour-la-sante--9782706143557?lang=fr>

Perrin-Joly, C. (2010). De la recherche salariée en France : lien de subordination et liberté de la recherche, *SociologieS*. <https://doi.org/10.4000/sociologies.3380>

Perrin-Malterre, C. (2015). Comparer l'organisation d'un sport de nature dans deux espaces protégés, *Sciences sociales et sport*, 2015/1 (N° 8), p. 79-101. <https://doi.org/10.3917/rsss.008.0079>

Pierru, F. Rolland, C. (2016). Bringing the Health Care State Back. *Revue française de science politique*, (Vol. 66) (3), 483-506. <https://doi.org/10.3917/rfsp.663.0483>.

Pierson, P. (2004). *Politics in Time: History, Institutions, and Social Analysis*. Princeton University Press. <https://press.princeton.edu/books/paperback/9780691117157/politics-in-time>

Piketty, T. (2013). *Le Capital au XXI^e siècle*. Éditions du Seuil.

Pinell, P. (1992). *Naissance d'un fléau : Histoire de la lutte contre le cancer en France 1890-1940*. Éditions Métailé.

Pole, E. Ville, S. (2009). Social innovation: Buzz word or enduring term?. *The Journal of Socio-Economics*, 38, 878-885. <https://doi.org/10.1016/j.socec.2009.02.011>

Pomey, M-P. Ghadi, V. (2009). La participation des usagers au fonctionnement des établissements de santé : une dynamique encore à construire. *Santé, Société et Solidarité*. n°2, 2009. La place des usagers dans le système de santé. pp. 53-61. <https://doi.org/10.3406/oss.2009.1355>

Pomey, M. Flora, L. Karazivan, P. Dumez, V. Lebel, P. Vanier, M. Débarges, B. Clavel, N. Jouet, E. (2015). Le « Montreal model » : enjeux du partenariat relationnel entre patients et

professionnels de la santé. *Santé Publique*, 2015/HS S1, pp. 41-50. <https://doi.org/10.3917/spub.150.0041>

Popper, K. (1963). *Conjectures and refutations*. Traduction française : Popper K., *Conjectures et réfutations, La Croissances du savoir scientifique*, Paris, Payot, 1985.

Poupeau, F. (2013). L'émergence d'un État régional pilote. *Gouvernement et action publique*, (VOL. 2) (2), 249-277. <https://doi.org/10.3917/gap.132.0249>.

Prachant, A. (en cours). *Conception et développement d'une évaluation d'impacts socio-économiques : Le cas d'un éco-système en santé*. Thèse de doctorat, Université de Strasbourg.

Putnam, R. (1993). *Making Democracy Work: Civic Traditions in Modern Italy*. Princeton University Press.

Rabeharisoa, V., & Callon, M. (1999). *Le Pouvoir des malades: L'Association française contre les myopathies et la recherche*. Éditions Les Empêcheurs de penser en rond, La Découverte.

Radel, A. (2012). *50 ans de campagnes d'éducation pour la santé : l'exemple de la lutte contre la sédentarité et de la promotion des modes de vie actifs (1960-2010)*. Thèse de doctorat. Université Toulouse 3. <https://theses.fr/2012TOU30106>

Ramadier, T. (2010). *Mobilités et santé publique : Vers une intégration des politiques de déplacements et de santé*. Paris, L'Harmattan.

Renaudie, O. (2016). La coopération sanitaire transfrontalière en Grande Région, in Cossalter, Philippe, dir., *La coopération transfrontalière en Grande Région*, Éd. juridiques franco-allemandes, p. 229-242.

Renaudie, O. (2020). Collectivités territoriales et compétences en santé publique : sortir de l'ambiguïté ?. *Revue française d'administration publique*, 176, 901-912. <https://doi.org/10.3917/rfap.176.0059>

Renault-Tinacci, M. (2020). Le doctorat cifre à la croisée du monde académique et de l'action publique : quand l'intermédiation transforme la recherche. *SociologieS*, 2020. <https://hal.science/hal-03979434/>

Reynaud, J-D. (1989). *Les règles du jeu*. Paris, Armand Colin.

Reynaud, J-D. (1995). *Le conflit, la négociation et la règle*. Octares.

Reynaud, J-D. (1997). *Les règles du jeu. L'action collective et la régulation sociale*. Paris, A Colin, coll. « U », 2° édition, 1993; 1° édition, 1989, 314 p.

Rican, S. Salem, G. Jouglà, E. (2003). Ville et santé respiratoire en France. *Géocarrefour*, vol. 78, n° 3. <https://doi.org/10.4000/geocarrefour.2048>

Richez-Battesti, N., Petrella, F. & Vallade, D. (2012). L'innovation sociale, une notion aux usages pluriels : Quels enjeux et défis pour l'analyse ?. *Innovations*, 38, 15-36. <https://doi.org/10.3917/inno.038.0015>

- Ricoeur, P. (1983). *Temps et récit*, Paris, Seuil.
- Rosanvallon, P. (1990). *L'État en France de 1789 à nos jours*, Paris, Seuil.
- Rosanvallon, P. (2006). *La Contre-démocratie : La Politique à l'âge de la défiance*, Paris, Le Seuil, 2006.
- Rumpala, Y. (2008). La quête du sens. Repenser la question de l'interprétation dans l'analyse des politiques publiques, *Articulo - Journal of Urban Research*. <https://doi.org/10.4000/articulo.60>
- Rusch, E. Aubry, J-D. Denis, F. (2023). Participation et démocratie en santé : cadre, concepts et enjeux dans le dossier « *démocratie participative en santé* », coordonné par Pascal Mélihan-Cheinin, ADSP n°121 mars 2023. <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=ad1211924.pdf>
- Sabatier, P. (2000). *Theories of the Policy Process*, Boulder (Colo.), Westview Press.
- Salman, S. Topçu, S. (2015). Expertise profane, dans Henry, E. *Dictionnaire critique de l'expertise*, Paris, Presses de Sciences Po, pp. 164-172. [10.3917/scpo.henry.2015.01.0164](https://doi.org/10.3917/scpo.henry.2015.01.0164)
- Sanchez Salgado, R, Woll (2007), L'Européanisation et les acteurs non étatiques, in Palier B., Surel Y. (Dr), *L'Europe en action : l'européanisation dans une perspective comparée*, Éditions L'Harmattan, pp.145 – 191. <https://sciencespo.hal.science/hal-03398235>
- Sawicki, F. (2000). Les politistes et le microscope. Dans : *Les méthodes au concret. Démarches, formes de l'expérience et terrains d'investigation en science politique*, sous la direction de Myriam Bachir. Paris, PUF. P 143-164. https://extra.u-picardie.fr/outilscurapp/medias/revues/44/frederic_sawicki.pdf [4a0bdf85c3e3c/frederic_sawicki.pdf](https://doi.org/10.3917/scpo.henry.2015.01.0164)
- Schumpeter, J-A. (1947). (2nde édition). *Capitalisme, socialisme et démocratie*, Payot (1990).
- Schwartz, O. (1993). Postface : L'empirisme irréductible, dans Anderson, N., *Le Hobo, sociologie du sans-abri*, Paris, Nathan, p. 265-308.
- Seignan, G. (2010). L'hygiène sociale au XIX^e siècle : une physiologie morale. *Revue d'histoire du XIX^e siècle*, 40, 113-130. <https://doi.org/10.4000/rh19.3996>
- Sergent, L. (2023). *Malades en action, démocratie sanitaire en question*. Érès. <https://doi-org.scd-rproxy.u-strasbg.fr/10.3917/eres.serge.2023.01>
- Simon, H.A. (1947). *Administrative Behavior: A Study of Decision-Making Processes in Administrative Organization*. Macmillan, NY.
- Sittler, M-A. Sordet, C. Roussel, R. (2017). *Le Patient expert : présentation de l'UTEP (unité territoriale pour l'éducation du patient)*, 27 novembre 2017

Slocum, N. (2003). *Participatory Methods Toolkit. A practitioner's manual*. King Baudouin Foundation.

Smith, A. Sorbets, C. (2003). *Le leadership politique et le territoire*. Presses universitaires de Rennes, 2003, <https://doi.org/10.4000/books.pur.24860>

Stipanivic A. (2017). *Évaluation de la fidélité d'implantation et des effets du programme « Audelà du TED : des compétences parentales à ma portée*, CIUSSS MCQ.

Stipanivic, A. Couture, G. Rivest, C. Rousseau, M. (2017). *Rapport de recherche. Évaluation de la fidélité d'implantation et des effets du programme « Au-delà du TED : des compétences parentales à ma portée »*. Institut universitaire en déficience intellectuelle et en trouble du spectre de l'autisme. Québec. <https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/2944076>

Strauss, A. (1978). *Negotiations : Varieties, Contexts, Processes and Social Order*, San Francisco, Jossey-Bass publishers.

Strauss, A. (textes réunis par I. Baszanger). (1992). *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris, L'Harmattan.

Strauss, A-L. (1975). *Chronic Illness and the Quality of Life*. Mosby, 1975, 160p.

Surely, Y. (2014). « Approches cognitives » dans Boussaguet, L. Jacquot, S. & Ravinet, P. (2014). *Dictionnaire des politiques publiques*. Paris, Presses de Sciences Po (4e édition). <https://doi.org/10.3917/scpo.bouss.2019.01.0087>

Tabuteau, D. (2009). L'expert et les politiques de santé publique. *Nervure : Journal de psychiatrie*. N°4 Vol 22. 2009.

Tabuteau, D. (2013). Les pouvoirs de la santé : la complexité d'un système en quête de régulation. *Les Tribunes de la santé*, vol. 4, n° 41, p. 37-55.

Tabuteau, D. (2016). *Premier Forum de l'Institut pour la démocratie en santé*.

Tabuteau, D. (2016). Premier forum de l'Institut pour la démocratie en santé. Paris, 2016, cité dans : Laude A, Tabuteau D. *Les droits des malades*. Que sais-je ? Paris : Presses Universitaires de France, 2016 : 21.

Taskin, L. Tremblay, D. (2010). Comment gérer des télétravailleurs ? *Gestion*, Vol. 35(1), 88-96. <https://doi.org/10.3917/riges.351.0088>.

Thoenig, J.C. Duran, P. (1996). L'État et la gestion publique territoriale. In: *Revue française de science politique*, 46^e année, n°4, 1996. pp. 580-623. <https://doi.org/10.3406/rfsp.1996.395082>

Tournay, V. (2005). *Vers de nouvelles formes d'action publique en matière de santé. De la production à l'institutionnalisation des savoirs médicaux*. Colloque de l'école doctorale du département de science politique de l'université Paris 1 Pantheon Sorbonne. Jeudi 16 juin 2005. <https://doi.org/10.58079/9mw>

Tremblay, R. Perrier, Y. (2006). *Savoir plus : Outils et méthodes de travail intellectuel*. Chenelière Education.

Triboux, P. (2007). Strasbourg, Colmar, Mulhouse : les programmes de bains municipaux en Alsace au début du XXe siècle. Une politique volontaire d'hygiène publique. In: *Livraisons d'histoire de l'architecture*, n°14, 2e semestre 2007. Piscines, sous la direction de Marie Gloc. pp. 81-93. <https://doi.org/10.3406/lha.2007.1087>

Trouvé, H. Couturier, Y. Saint-Jean, O. Somme, D. (2010). L'organisation en réseau dans le champ gérontologique : à la recherche d'un nouveau mode de gouvernance ?. *Géographie, économie, société*, 12, 31-52. <https://www.cairn.info/revue-geographie-economie-societe-2010-1-page-31.htm>

Truchet, D. (2017). La ville dans le droit de la santé. *Les Tribunes de la santé*, 56, 43-47. <https://doi.org/10.3917/seve.056.0043>

Varone, F. (2000). Le choix des instruments de l'action publique : analyse comparée des politiques énergétiques en Europe et en Amérique du Nord. *Revue internationale de politique comparée*. (7)1. 2000. p.167-201.

Varone, F. (2001). Le choix des instruments des politiques publiques. Les instruments de la politique énergétique : analyse comparée du Canada et des États-Unis, *Revue canadienne de science politique*, 34 (1), 2001, p. 3-28.

Vega, A. (2016). 10. Analyse des points de vue de soignés sur leurs prises en charge : des marges de manœuvre toujours limitées en France ? Dans : Benjamin Derbez éd., *La dynamique sociale des subjectivités en cancérologie* (pp. 167-182). Toulouse, France. <https://dx.doi.org/10.3917/eres.derb.2016.01.0167>

Vieille Marchiset, G. (2019). *La conversion des corps : bouger pour être sain*, Paris, L'Harmattan, coll. « Logiques sociales », 156 p.

Vieille Marchiset, G. (2019). Activités physiques et santé : une conversion des corps en marche. *Corps*, 17, 65-76. <https://doi.org/10.3917/corp1.017.0065>

Vigarello, G. (1978). *Le corps redressé - Histoire d'un pouvoir pédagogique*, Broché.

Vigarello, G. (1993). *Le Sain et le Malsain : Santé et mieux-être depuis le Moyen-Age*, Broché.

Vigneron, E. (2011). *Les Inégalités de santé dans les territoires français. État des lieux et voies de progrès*, Elsevier Masson.

Vollaire, C. (2013). La carte et le territoire. *Pratiques, cahiers de la médecine utopique*, (60), pp.28-30.

Wacquant, L. (2002). *Corps et Âme. Carnets ethnographiques d'un apprenti boxeur*. Paris, Agone.

Waddington, I. (2000). *Sport, Health and Drugs: A Critical Sociological Perspective*. Broché

Weber, J-C. (2017). Dans « *Du malade passif au patient expert, eurocos et humanisme santé* ».

Weber, M. (1965). *Essais sur la théorie de la science (1904-1917)*. Paris: Librairie Plon, 1965, 539 pages.

Weber, M. (1965). (trad. de l'allemand par Julien Freund), L'objectivité de la connaissance dans les sciences et la politique sociales (1904), dans *Essais sur la théorie de la science*, Plon. https://ekladata.com/VWBdNnMtaH3W7BzszGcIuQcK9zc/2-Essais_science_1.pdf

Weber, M. (1971). *Économie et société*. Paris, Plon.

Weisbein, J. (2008). L'Europe à contrepoint: Objets nouveaux et classicisme théorique pour les études européennes. *Politique européenne*, 25, 115-135. <https://doi.org/10.3917/poeu.025.0115>

Williamson, O.E. (1991). Comparative Economic Organization: The Analysis of Discrete Structural. *Alternatives Administrative Science Quarterly*. 36 (2), p. 269-296. [https://josephmahoney.web.illinois.edu/BA549_Fall%202018/Session%202/2_Williamson%20\(1991\).pdf](https://josephmahoney.web.illinois.edu/BA549_Fall%202018/Session%202/2_Williamson%20(1991).pdf)

Wipf, E. (2012). *Action publique concertée et gestion des sports de nature : une ethnographie participative au Conseil général du Bas-Rhin*. Thèse de doctorat en sciences sociales du sport. Université de Strasbourg, 2012. Français. <https://theses.hal.science/tel-00762508>

Xhaufclair, V. (2013). Apprentissage collectif et réflexivité systémique : le rôle des acteurs tiers dans la structuration des méta-organisation”, *Revue Interventions économiques* [Online], 48 | 2013. <https://doi.org/10.4000/interventionseconomiques.2110>

Ziegler, A. (2014). *L'éducation thérapeutique du patient : un nouveau paradigme du soin ?* In *Revue française des affaires sociales*, 1(4), 13-23.

Zola, I-K. (1977). *Healthism and disabling medicalization, Disabling professions*, 1977, p. 41-67.

Rapports

Abelson, J. Martin, E. Gauvin, F-P. (2011). *Le Forum de Consultation : Retour sur trois années d'évaluation.* Québec, CSBE, 2011.
http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2013/Forum/CSBE_Rapport_final_Forum_Trois_annees_evaluation.pdf

Agence de Développement et d'Urbanisme de l'agglomération strasbourgeoise (ADEUS). (2009). *Enquête mobilité déplacements 2009.*

Agence Régionale de Santé (ARS). (2023). *Guide de l'intervention Prescirmouv.*
https://www.prescirmouv-grandest.fr/wp-content/uploads/2023/10/1-CDC-label_21_02.23.pdf

Albertoni, C. *Dossier de classement Monuments Historiques (2011/2012) à la suite du dossier pour l'inscription MH Réalisé par Dominique Tourstel-Harster en 1999.*

Ateliers RTT. (2021). *Présentation PowerPoint de la démarche des ateliers RTT.* 17 mars 2021.

Belhaddad, B. (2018). *Communication dans le cadre de la mission « flash » relative à la prescription d'activités physiques à des fins thérapeutiques.* Assemblée nationale.
https://www2.assemblee-nationale.fr/content/download/63488/641692/version/1/file/Communication_missionflash-prescriptionactivit%C3%A9sphysiques_18_01_31.pdf

Blanc, P. (2019). *Compte rendu de réunion du 5 mars 2019 sur la gouvernance de la Maison sport-santé.* Notes personnelles.

Blanc, P. (2019). *Compte-rendu de réunion, 4 avril 2019, projet Territoire de santé de demain.* Notes personnelles.

Blanc, P. (2019). *Questionnaire « Les maisons de sport santé (MSS) en France et en Europe » déployé au réseau des villes santé de l'OMS.*

Blanc, P. (2020). *Réunion de coordination des Maisons sport-santé du 9 mars 2020.* Notes d'observation.

Blanc, P. (2020). *Réunion du 19 juin 2020 avec la Fabrique de l'Hospitalité concernant notamment le projet immobilier de la Maison sport-santé, avec les agents de la Ville de Strasbourg.* Notes personnelles.

Blanc, P. (2020). *Compte-rendu, délégation territorial du Bas-Rhin de l'Agence Régionale de Santé Grand Est, réunion de concertation locale sur le projet de Centre e santé Diabète, visioconférence.* 27 octobre 2020.

Blanc, P. (2021). *Réunion sport-santé sur ordonnance, avril 2021,* Notes personnelles.

Blanc, P. (2021). *Schéma de l'origine des agents de la Maison sport-santé au 1^{er} janvier 2021.*

Blanc, P. (2022). *Compte-rendu d'une réunion du comité des usagers*, 21 février 2022. Notes personnelles.

Blanc, P. (2023). *Compte-rendu d'une réunion comité des usagers*, 9 février 2023. Notes Personnelles.

Blanc, P. Jouan, F. (2020). *Présentation PowerPoint, maison sport-santé. Séminaire France Assos Santé*, 4 mars 2020.

Centre d'études NAKO Fribourg. *Étude sur la santé*. <https://freiburg.nako.de/>

Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle. (2012). *Pratique collaborative : Engagement et leadership*. Montréal, Québec : RUIS de l'Université de Montréal.

Commission des communautés européennes. (2007). *Livre Blanc - Une stratégie européenne pour les problèmes de santé liés à la nutrition, la surcharge pondérale et l'obésité*. 30 mai 2007. http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/nutrition_wp_fr.pdf

Commission européenne. (2005). Livre vert « promouvoir une alimentation saine et l'activité physique ». <https://op.europa.eu/s/zPZN>

Commission européenne. (2008). *Recommandations du Groupe de travail de l'Union européenne « sport santé »*. https://ec.europa.eu/assets/eac/sport/library/policy_documents/eu-physical-activity-guidelines-2008_fr.pdf

Commission européenne. (2013). *Eurobaromètre 412 – Le sport et l'activité physique*, Commission européenne. Décembre 2013 <http://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/index.cfm/Survey/getSurveyDetail/yearFrom/2014/yearTo/2015/surveyKy/1116/p/2>

Commission européenne. (2017). *Eurobaromètre 472 – Sport et activité physique*. Décembre 2017. <http://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/index.cfm/ResultDoc/download/DocumentKy/82433>

Commission européenne. (2022). *Eurobaromètre 525 – Sport et activité physique*. Septembre 2022. https://europa.eu/eurobarometer/surveys/detail/2668?fbclid=IwY2xjawGl39lleHRuA2FlbQlXMAABHdP3v34HK6GbH_M1HPEZUQNPxBwA5YezFkdYhtLyfT5KuJg3f9cXgrQb2A_aem_v1dD DcMMYXdXV-RTUtkteA

Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la santé (CPASS) de l'Université de Montréal. *Guide d'implantation du partenariat de soins et de services, vers une collaboration optimale entre intervenants et avec le patient*. Montréal : Université de Montréal, Direction collaboration et partenariat patient/CPASS, 2013. http://www.ruis.umontreal.ca/documents/Guide_implantation.pdf

Conférence internationale sur la Santé. (1946). *Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé*, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19 juin -22 juillet 1946. <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/FR/constitution-fr.pdf>

Conseil de l'Union européenne. (2003). *Conclusions du Conseil, sur les modes de vie sains : éducation, information, communication* – 2004/C/22/01 – 2 décembre 2003 – Journal officiel de l'Union Européenne C22/1 du 27 janvier 2004. [https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/HTML/?uri=CELEX:52004XG0127\(01\)&from=EN](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/HTML/?uri=CELEX:52004XG0127(01)&from=EN)

Conseil de l'Union européenne. (2006). *Conclusions du Conseil sur la promotion de modes de vie sains et la prévention du diabète de type 2* – 2006/C 147/01 – 23 juin 2006. <https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2006:147:0001:0004:FR:PDF>

Conseil de l'Union européenne. (2012). *Conclusions du Conseil de l'Union européenne - une vieillesse en bonne santé se prépare tout au long de la vie*, 2012/C 396/02, C396/8 JOUE 2 décembre 2012. [https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/PDF/?uri=CELEX:52012XG1221\(01\)&from=PL](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/PDF/?uri=CELEX:52012XG1221(01)&from=PL)

Conseil de l'Union européenne. (2013). *Recommandation du Conseil sur la promotion transversale de l'activité physique bienfaisante pour la santé*, 26 novembre 2013 (2013/C 354/01), JOUE 4 décembre 2013. [https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/HTML/?uri=CELEX:32013H1204\(01\)](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/HTML/?uri=CELEX:32013H1204(01))

Consensus de Göteborg. (1999). *Étude de l'impact sur la santé, principaux concepts et méthode proposée*, traduction S2D/centre collaborateur de l'OMS pour les Villes-Santé francophones, juillet 2005.

Département du Bas-Rhin, Ville de Strasbourg. (2018). *Convention de délégation de compétences sociales entre le Département du Bas-Rhin et la Ville de Strasbourg 2018-2025*. <https://www.strasbourg.eu/documents/976405/1555899/Convention-delegation-dep-VDS-2018.pdf/de835d6f-b812-a3cc-4894-beafac63ad19?version=1.0&t=1559574344642>

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). (2010). « La santé des enfants en grande section de maternelle en 2005 – 2006 », *Études et résultats*, n°737. <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er920.pdf>

Eurométropole de Strasbourg – Agence régionale de Santé. (2015). *Contrat local de santé de l'Eurométropole de Strasbourg 2015 – 2020*. Juin 2015. http://www.villes-sante.com/wp-content/uploads/STRASBOURG_CLS_II_Eurometropole.pdf

European Commission. (2014). *EU Action Plan on Childhood Obesity 2014-2020* 24, February 2014 https://health.ec.europa.eu/system/files/2016-11/childhoodobesity_actionplan_2014_2020_en_0.pdf

Ferron, C. (2017). *La littératie en santé. Synthèse bibliographique*. https://www.federation-promotion-sante.org/wp-content/uploads/2018/01/Litt%c3%a9ratie-en-sant%c3%a9-Synth-biblio-Fnes_VDEF2.pdf

France Assos Santé. (2021). *Guide du représentant des usagers du système de santé*. 6^{ème} édition. En ligne. https://www.france-assos-sante.org/publication_document/guide-du-representant-des-usagers-du-systeme-de-sante-5e-edition/

Gatel, F. Cormier Bouligeon, F. (2019). Rapport « *Faire de la France une vraie nation sportive* ». Mars 2019. <https://www.vie-publique.fr/files/rapport/pdf/194000283.pdf>

GIP Maison Sport-Santé. (2020). *Procès-verbal du conseil d'administration du Groupement d'Intérêt Public en date du 18 novembre 2020*. Extrait.

GIP Maison Sport-santé (2020). *Convention constitutive*. https://www.alsace.eu/webdelib/files/unzip/seance_122399/199_2019_09_24_convention_GI_P.pdf

GIP Maison Sport-Santé. (2022). *Powerpoint Conseil d'administration du GIP Maison sport-santé*, 4 mars 2022.

GIP Maison Sport-Santé. (2022). *Délibération, AG2022-005, Assemblée générale du 4 mars 2022. Bilan du programme d'activités 2021*. https://www.maisonsportsantestrasbourg.fr/wp-content/uploads/2022/09/AG2022-005_04032022_Bilan-des-activites-2021-Programme-2022.pdf

GIP Maison Sport-Santé. (2023). *Rapport d'activité de la Maison sport-santé 2023*. Site internet de la Maison sport-santé.

GIP Maison Sport-Santé. (2023). *Powerpoint du Conseil d'Administration du GIP en date du 2 mars 2023, Maison sport-santé de Strasbourg*. Extrait.

Haute Autorité de Santé. (2011). *Rapport d'orientation de la Haute Autorité de Santé, Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées*, août 2011. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-06/developpement_de_la_prescription_de_therapeutiques_non_medicamenteuses_rapport.pdf

Inspection générale des affaires sociales (IGAS). (2001). *Rapport annuel 2001 - les institutions sociales face aux usagers*. Paris : Documentation française, 2001. <https://www.vie-publique.fr/files/rapport/pdf/014000409.pdf> ; dans Bréchat, P., Bérard, A., Segouin, C. & Bertrand, D. (2006). Usagers et politiques de santé : bilans et perspectives. *Santé Publique*, 18, 245-262. <https://doi.org/10.3917/spub.062.0245>

Inspection générale des affaires sociales (IGAS) – Inspection générale de la jeunesse et des sports (IGJS). (2018). *Évaluation des actions menées en matière d'activité physique et sportive à des fins de santé*. Rapport IGAS N°2017-126R/IGJS N°2018-I-07 Mars 2018. <https://www.sports.gouv.fr/sites/default/files/2023-02/anciens-rapports-igjs-rapport-igas---igjs-evaluation-des-actions-men-es-en-mati-re-d-activit-physique-et-sportive-des-fins-de-sant-4427.pdf>

Institut für Sport und Sportwissenschaft. (2004). *“Sport und Bewegung in Freiburg”* (Band 1-5), Stadt Freiburg-im-Breisgau https://www.freiburg.de/pb/site/Freiburg/get/params_E822959045/326094/Heft-2-Sport--und-Bewegungsr%C3%A4ume.pdf

Institut Roche de l'Obésité. (2020). Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité pour la Ligue contre l'Obésité. <https://www.sraenutrition.fr/wp-content/uploads/2021/08/Enquete-epidemiologique-sur-le-surpoids-et-lobesite-Odoxa-x-Obepi.pdf>

Jeuland K., Verheye J.-C., Karrer M. (2020), *Soutenir et encourager l'engagement des usagers dans les secteurs social, médico-social et sanitaire*, Rapport pour la Haute Autorité de Santé « Soutenir les bonnes pratiques ». https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-09/has_49_reco_engagement_usagers.pdf

Laude A, Tabuteau D. (2013). Les droits des malades. Que sais-je ? Paris : Presses Universitaires de France, 2016 : 21.

Maracineanu, R. (2020). Édito. Dans : Ministère des Solidarités et de la Santé, Ministère chargé des Sports. (2020). *Les Maisons Sport-Santé*, dossier de presse. Mai 2020. https://pole-sante.creps-vichy.sports.gouv.fr/wp-content/uploads/2020/05/maisonssportsante_dp_v12b.pdf

Mauroy, P. (2000). « *Refonder l'action publique locale* ». Rapport au Premier Ministre. 1^{er} janvier 2000. <https://www.vie-publique.fr/files/rapport/pdf/004001812.pdf>

Ministère des Affaires sociales et de la Santé, Ministère de l'Enseignement supérieur et de la recherche. (2014). *Plan cancer 2014-2019*. <https://www.e-cancer.fr/content/download/63441/570837/file/Plan-cancer-2014-2019-V4.pdf>

Ministère des Affaires sociales et de la Santé, Ministère de l'écologie. (2015). *Plan national santé environnement 3 (2015-2019)*. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/pnse3_v_finale.pdf

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Inspection générale des affaires sociales. (2001). *Rapport annuel 2001 : Les institutions sociales face aux usagers*. Paris : Documentation française, 2001. <https://www.vie-publique.fr/files/rapport/pdf/014000409.pdf>

Ministère de l'Économie et des Finances. (2016). *Fiche 10A – la typologie des GIP au regard des règles budgétaires et comptables*. En ligne : https://www.economie.gouv.fr/files/files/directions_services/daj/gip/guide-relatif-aux-gip/fiche10-regime-budgetaire-et-comptable.pdf

Ministère de l'Économie et des Finances. (2016). *Fiche 9 – Gestion et statut des personnels soumis à un régime de droit public*. En ligne : https://www.economie.gouv.fr/files/files/directions_services/daj/gip/guide-relatif-aux-gip/fiche10-regime-budgetaire-et-comptable.pdf

Ministère des Solidarités et de la Santé, Ministère chargé des Sports. (2020). *Les Maisons Sport-Santé*, dossier de presse. Mai 2020. https://pole-sante.creps-vichy.sports.gouv.fr/wp-content/uploads/2020/05/maisonssportsante_dp_v12b.pdf

Ministère des Solidarités et de la Santé, Ministère chargé des Sports. (2021). *Les Maisons Sport-Santé. Un outil de santé publique*. Dossier de presse. 24 mars 2021. <https://pole-sante.creps-vichy.sports.gouv.fr/wp-content/uploads/2021/03/Dossier-de-presse-Maisons-Sport-Sante-2021.pdf>

Ministère des Solidarités et de la Santé. (2019) *Compte-rendu, 3^{ème} Groupe de travail de constitution du cahier des charges des Maisons sport santé*. 18 avril 2019.

Ministère des Solidarités et de la Santé, Ministère chargé des Sports. (2019). *Relevé de décision Groupe de travail Maisons Sport-Santé*. 12 mars 2019.

Ministère des Solidarités et de la Santé. (2019). *Lancement du 4^e Programme national nutrition santé 2019-2023*. 20 septembre 2019. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/pnns4_2019-2023.pdf

Ministère chargé des Sports, Ministère des Solidarités et de la Santé. (2019). *Appel à projet, Maison Sport-Santé*. Août 2019. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/aap_maisonssportsante.pdf

Ministère chargé des Sports, Ministère des Solidarités et de la Santé. (2019). *Compte-rendu de la réunion du groupe de travail MSS du 13 février 2019*.

Ministère des Sports. (2018). *Questionnaire. Les enjeux de la création des Maisons Sport Santé (MSS) sur les territoires - Réflexions pour préfigurer les MSS*.

Ministère des Sports. (2019). *Stratégie nationale sport-santé 2019-2024*. <https://www.sports.gouv.fr/media/2182/download>

Ministère des sports, Ministères des solidarités et de la santé. (2021). *Cahier des charges de l'appel à projet des Maisons sport-santé*.

Ministère des Sports. (2022). Dossier de presse, « *Le réseau Maisons sport santé poursuit son déploiement* ». 14 janvier 2022. <https://www.sports.gouv.fr/media/1984/download>

Nations Unies. (2011). *Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles*. Assemblée Générale. 16 septembre 2011. <https://documents.un.org/doc/undoc/ltd/n11/497/78/pdf/n1149778.pdf>

Observatoire national de l'activité physique et de la sédentarité (ONAPS). (2017). *État des lieux de l'activité physique et de la sédentarité en France – édition 2017*. https://onaps.fr/wp-content/uploads/2021/04/Onaps_Tableau-de-bord_2017.pdf

Oakley, Peter & World Health Organization. (1989). *L'engagement communautaire pour le développement sanitaire : analyse des principaux problèmes*. Organisation mondiale de la Santé. <https://iris.who.int/handle/10665/41698>

Organisation Mondiale de la Santé. (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Conférence internationale pour la promotion de la santé du 21 novembre 1986. <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/health-promotion/population-health/ottawa-charter-health-promotion-international-conference-on-health-promotion/chartre.pdf>

Organisation Mondiale de la Santé. (1996). *Troisième évaluation des progrès accomplis vers la santé pour tous dans la Région européenne de l'OMS*. Bureau régional de l'Europe. Copenhague. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/347005/46wd09f-HFA-3EV-05686.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Organisation mondiale de la santé. (1999). *Glossaire de la promotion de la santé*. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/67245/WHO_HPR_HEP_98.1_fre.pdf

Organisation Mondiale de la Santé. (2004). *Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé*. Rapport du secrétariat. 17 avril 2004. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_9-fr.pdf

Organisation mondiale de la santé. Ministère de la santé et des sports. (2009). *Activité physique et santé en Europe : informations au service de l'action*. 34 p. http://www.mangerbouger.fr/pro/IMG/pdf/oms_activite_physique_sante_en_europe.pdf

Organisation mondiale de la santé. (2010). *Recommandations mondiales en matière d'activité physique pour la santé*. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44436/9789242599978_fre.pdf

Organisation Mondiale de la Santé. (2017). Rapport - *Combattre les maladies non transmissibles « Meilleurs choix » et autres interventions recommandées pour lutter contre les maladies non transmissibles*. 26 octobre 2017. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/259350/WHO-NMH-NVI-17.9-fre.pdf?sequence=1>

Organisation mondiale de la Santé. (2013). *Suivi de la Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles*. Résolution WHA66.10. 27 mai 2013. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_R10-fr.pdf

Organisation Mondiale de la santé. (2020). *Lignes directrices de l'OMS sur l'activité physique et la sédentarité : en un coup d'œil*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/337003/9789240014862-fre.pdf?sequence=1>

Oualhaci, A. (2023). *Maisons sport-santé : l'émergence et la structuration d'un nouvel instrument d'action publique*, INJEP Notes & Rapport/Rapport d'étude. N°2023/05. <https://injep.fr/wp-content/uploads/2023/06/rapport-2023-05-Maisons-Sport-Sante.pdf>

Promotion Santé Grand Est. (2024). *Participation & précarité dans un contrat local de santé : des leviers pour agir*. 12 p. https://www.ireps-grandest.fr/images/publications/appui_aux_politiques/CLS-pr%C3%A9carit%C3%A9-participation.pdf

Quénéhervé, G. (2020). Conférence plénière, *Introduction du rassemblement national des premières Maisons Sport-Santé labellisées*. 23 septembre 2020.

Regione Toscana - Uffici Regionali Giunta Regionale. (2018). *Fisica Adattata (AFA): approvazione nuovo protocollo di esercizi per la fibromialgia*. Estratto Dal Verbale Della Seduta Del 07-05-2018 (punto N 19) ; Delibera N 491 del 07-05-2018 [En ligne] Traduit en « l'activité physique adaptée : approbation de nouveaux protocoles d'exercices et des orientations pour le développement des interventions pour le vieillissement de la population ». https://sds.comune.fi.it/sites/sds.comune.fi.it/files/2022-10/del491_RT2018%20AFA%20Fibro.pdf

Réseau des Villes-Santé de l'OMS. (1998). *Déclaration d'Athènes sur les Villes-Santé, Conférence internationale des Villes-Santé, Athènes (Grèce)*. 23 juin 1998. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/347603/WHO-EURO-1998-3868-43627-61310-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Réseau des Villes Actives du PNNS. (2009). *Le réseau des Villes Actives du PNNS. Quels développements ?* Colloque Villes actives du PNNS « La concrétisation de l'action des communes pour la nutrition ». 25 novembre 2009. Nancy. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/reseau_villes_actives.pdf

Santé Publique France. (2024). *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 11 juin 2024, n°12 https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/nutrition-et-activite-physique/documents/magazines-revues/bulletin-epidemiologique-hebdomadaire-11-juin-2024-n-12?fbclid=IwY2xjawE_vhleHRuA2FlbQIxMAABHYiRQURNPSQ09Wsj5C0VdTgCTmMIOaIx4-CEqY8h6ijj-6RfRouhB0DIlg_aem_AQQJAtAg72eV5Jp8nwXnCg

Secrétariat général pour l'investissement. (2019). *Dossier de presse, territoire d'innovation*. 13 septembre 2019. En ligne : https://www.info.gouv.fr/upload/media/organization/0001/01/sites/default/files/document_dokument_2019_09_dossier_de_presse_-_territoires_dinnovation_-_13.09.2019.pdf

The Council of European Union. (2013). Council Recommendation of 26 November 2013 on promoting health-enhancing physical activity across sectors. OJ C 354, 4.12.2013, p. 1–5 <https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2013:354:0001:0005:EN:PDF>

HASIC – Healthy Ageing Supported by Internet and Community, Turku Abo, Turku AMK. *Ulkokuntolaiteopas Ikääntyneille*. https://www.turku.fi/sites/default/files/atoms/files//ulkoliikuntaopas_sahkoinen_web.pdf

Université de Strasbourg / Centre national de la recherche scientifique (CNRS). (2018). *Dossier de réponse - Initiative d'Excellence (IDEX) - Pour une culture de l'action publique sociale européenne – Application aux cas de l'emploi/travail, de la culture, de l'éducation et du sport*. (2018).

Ville et Eurométropole de Strasbourg – Agence régionale de Santé. (2015). *Contrat local de santé de la Ville de Strasbourg 2015-2020*. Juin 2015. https://www.grand-est.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-02/67_CLS%20II_VilledeStrasbourg_2015-2020.pdf

Ville et Eurométropole. (2017). *Compte-rendu, Délégation territoriale du Bas-Rhin de l'Agence Régionale de Santé Grand Est, rencontre REDOM – Ville de Strasbourg*, 6 octobre 2017.

Ville et Eurométropole de Strasbourg. (2018). *Note interne - chef du service santé et autonomie - Analyse fonctionnelle des différents modes de gestion pour la future Maison sport-santé*.

Ville et Eurométropole de Strasbourg. (2018). *Note au Maire, service santé et autonomie*. 1 août 2018.

Ville et Eurométropole de Strasbourg. (2019). *Plaquettes de présentation des vitaboucles*.

Ville et Eurométropole de Strasbourg. (2019). *Powerpoint, Journée d'échanges – 5 février 2019. Les Bains municipaux, vers une Maison sport-santé.*

Ville et Eurométropole de Strasbourg. (2019). *Facilitation graphique, extraite du PowerPoint de la synthèse de la journée du 5 février 2019. Les Bains municipaux, vers une Maison sport-santé.*

Ville et Eurométropole de Strasbourg. (2019). *Dossier de réponse à l'appel à projet Maison sport santé.* 10 octobre 2019.

Ville et Eurométropole de Strasbourg. (2019). *Dossier de réponse à l'appel à projet TIGA.*

Ville et Eurométropole de Strasbourg. (2020). *Powerpoint de présentation de la Maison sport-santé, Comité de Pilotage du 2 mars 2020.*

Ville et Eurométropole. (2018). *Powerpoint de présentation de l'offre de prévention primaire de la Maison sport-santé.* 26 janvier 2018

Ville et Eurométropole. (2018). *Compte-rendu du groupe de travail sport-santé du réseau français des villes santé de l'OMS.* 16 mars 2018.

Ville et Eurométropole. (2018). *Présentation Powerpoint de la Ville de Strasbourg en date du 5 mai 2018.*

Ville et Eurométropole de Strasbourg. (2019). *La prévention primaire par la nutrition dans la MSS de Strasbourg - Feuille de route prévention primaire de la Maison sport-santé.* 23 juillet 2019.

Ville et Eurométropole de Strasbourg. (2019). *Note du 6 décembre 2019, Direction solidarités santé jeunesse – Direction des sports relative aux ressources humaines du GIP.*

Ville et Eurométropole de Strasbourg. (2020). *Présentation Powerpoint du Master plan olympique de la politique sportive.*

Ville et Eurométropole de Strasbourg. (2020). *Powerpoint Comité de pilotage - Maison sport santé.*

Ville et Eurométropole de Strasbourg. (2020). *Powerpoint de présentation des instances du GIP.* 25 septembre 2020.

Ville et Eurométropole de Strasbourg. (2020). *« Foire aux questions, le groupement d'intérêt public Maison sport-santé : KEZAKO ? ». 15 septembre 2020.*

Ville de Strasbourg (2021). *Délibération portant attribution d'une subvention à la Maison sport-santé de Strasbourg. Conseil municipal du 21 juin 2021.*

World Health Organization. (1999). *Health Impact Assessment : main concepts and suggested approach. Gothenburg Consensus Paper, Bruxelles, dec 1999 : 10 p.*
http://www.impactsante.ch/pdf/HIA_Gothenburg_consensus_paper_1999

World Health Organization & United Nations Children's Fund (UNICEF). (2018). *A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals*. World Health Organization.
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/328065/WHO-HIS-SDS-2018.15-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Articles de presse

Charbonnier, M. (2021). L'expérience Ungemach, une histoire de l'eugénisme », ou quand des Strasbourgeois étaient pris pour des rats de laboratoire ». Article de presse, *Rue 89 Strasbourg*, 14 mars 2021. <https://www.rue89strasbourg.com/experience-ungemach-documentaire-202594>

Bastin, G. (2016). Un cas d'eugénisme à la française. Article, *Le Monde*, 24 février 2026. https://www.lemonde.fr/livres/article/2016/02/24/un-cas-d-eugenisme-a-la-francaise_4871016_3260.html

Blog Lui Président. (2019). Emmanuel Macron et le sport : un programme ambitieux pas encore concrétisé. *Le Monde*. École de Journalisme de Lille. Avril 2019. <https://www.lemonde.fr/blog/luipresident/2019/04/25/emmanuel-macron-et-le-sport-un-programme-ambitieux-pas-encore-concretise/>

Ding Ding, M.D. Lawson, K.D. Kolbe-Alexander, T.L. Finkelstein, E.A. Katzmarzyk, P.T. Van Mechelen, W. Pratt, M. (2016). The economic burden of physical inactivity: a global analysis of major non-communicable diseases, *The Lancet*, 27 juillet 2016. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30383-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30383-X).

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES). (2021). Médecins en maisons de santé pluriprofessionnelle : des revenus en hausse et des effets prometteurs pour l'accès aux soins. Communiqué de presse, 11 mai 2021. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/communiqu-e-de-presse/medecins-en-maisons-de-sante-pluriprofessionnelle-des-revenus-en-hausse-et-des>

Galtier, L. (2019). Maisons sport-santé : Roxana Maracineanu veut labelliser 100 établissements avant la fin 2019. *Maire info*. <https://www.maire-info.com/sports/maisons-sport-sante-roxana-maracineanu-veut-labelliser-100-etablissements-avant-la-fin-2019-article-23340>

Gaullier, V. Lonni, J-J. (2021). *L'expérience Ungemach, une histoire de l'eugénisme*. Documentaire télévisé. Look at sciences. <https://www.france.tv/france-3/grand-est/la-france-en-vrai-grand-est/2327559-l-experience-ungemach-une-histoire-de-l-eugenisme.html#section-about>

Gérard, J-F. (2017). Aux Bains municipaux de Strasbourg, le sport-santé a évincé l'hôtel de luxe. Article de presse, *Rue 89 Strasbourg*, 29 novembre 2017. <https://www.rue89strasbourg.com/maison-sport-sante-ordonnances-bains-municipaux-hotel-luxe-128408>

Gourgousse, A. (2019). Sport sur ordonnance : nous n'en sommes qu'aux frémissements dans le Loiret. *La République, centre*. 12 octobre 2019. https://www.larep.fr/fleury-les-aubrais-45400/sports/sport-sur-ordonnance-nous-nen-sommes-quaux-fremissements-dans-le-loiret_13660669/

Ighirri, A. (2016). Strasbourg : La chaufferie des Bains municipaux transformée en salle de sport et d'étude. Article de presse. *20 Minutes Strasbourg*. 16 décembre 2016. <https://www.20minutes.fr/strasbourg/1981631-20161216-strasbourg-chaufferie-bains-municipaux-transformee-salle-sport-etude>

Jaroniak, F. (2019). Balaruc-les-Bains, la base arrière. *Le moniteur des travaux publics et du bâtiment*, n°6052. (11/10/2019). <https://www.lemoniteur.fr/article/balaruc-les-bains-la-base-arriere.2057179>

Lacroix, F. (2019). Angers. Goove : une maison du sport dédiée à l'activité physique adaptée. Article de presse, *Ouest France*. 16 novembre 2019 <https://www.ouest-france.fr/pays-de-la-loire/angers-49000/angers-goove-une-maison-du-sport-dediee-a-l-activite-physique-adaptee-37f0bc1e-0638-11ea-9b2e-28b99db998d5>

Lemarc, F. (2023). Habilitation des Maisons sport-santé : le décret est paru. *Maire info*. 9 mars 2023. <https://www.maire-info.com/habilitation-des-maisons-sport-sante-le-decret-est-paru-article2-27287>

Lesay, J.D. (2019). En dix ans, le sport-santé s'est fait une place de choix au Pays basque – Article. *Banque des territoires*. <https://www.banquedesterritoires.fr/en-dix-ans-le-sport-sante-sest-fait-une-place-de-choix-au-pays-basque>

Ligue de l'enseignement. (2019). Article « Lancement des Maisons Sport Santé Société M3S ». 14 octobre 2019. <https://www.ligue62.org/lancement-des-maisons-sport-sante-societe-m3s/>

Mege, Y. Desgeorge, S. (2013). *Documentaire – Balneum, mémoires de bains*. L'envol / France Télévision.

Organisation Mondiale de la Santé. (2024). *Près de 1,8 milliard d'adultes exposés à un risque de maladie en raison d'un manque d'activité physique*. Communiqué de presse, Genève, 26 juin 2024. <https://www.who.int/fr/news/item/26-06-2024-nearly-1.8-billion-adults-at-risk-of-disease-from-not-doing-enough-physical-activity>

Picot, D. (2019). Les Maisons Sport-Santé, un appel à projets sans financement. *La gazette des communes*. 17 octobre 2019. <https://www.lagazettedescommunes.com/642794/les-maisons-sport-sante-un-appel-a-projets-sans-financement/>

Think Tank Sport et Citoyenneté. (2019). Un lieu unique au service du sport santé. *Revue sport et citoyenneté*, n°47. Octobre 2019. <https://www.sportetcitoyennete.com/articles/inclusion-par-le-sport-revue-47>

Tissandié, E. (2023). Obésité et surpoids : près d'un Français sur deux touché, l'importance d'une prise en charge globale. *Revue Sciences et Avenir*. 23 février 2023. En ligne : https://www.sciencesetavenir.fr/sante/obesite-et-surpoids-en-france-pres-d-un-francais-sur-deux-touche-l-importance-d-une-prise-en-charge-globale_169569

Walch, V. (2018). Bains municipaux : les prémices de la Maison du sport santé. Article des *Dernières Nouvelles d'Alsace (DNA)*, édition du 6 octobre 2018. <https://c.dna.fr/edition-de-strasbourg/2018/10/05/les-premices-de-la-maison-du-sport-sante>

Textes juridiques

Article L.1434-17 du Code de la santé publique.
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000020897626/2010-04-01

Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne, 18 décembre 2000.
http://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_fr.pdf

Décret du 20 septembre 1792 qui détermine le mode de constater l'état civil des citoyens.
https://fr.wikisource.org/wiki/D%C3%A9cret_du_20_septembre_1792_qui_d%C3%A9termine_le_mode_de_constater_l'E2%80%99C3%A9tat_civil_des_citoyens

Décret n° 2015-808 du 2 juillet 2015 relatif au plan d'actions pour les mobilités actives et au stationnement <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000030837215>

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. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000033748987>

Décret n°2023-170 du 8 mars 2023 relatif à l'habilitation des maisons sport-santé.
<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2023/3/8/SPOV2234816D/jo/texte>

Loi n°82-213 du 2 mars 1982 relative aux droits et libertés des communes, des départements et des régions. <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGITEXT000006068736>

Loi n°83-8 du 7 janvier 1983 relative à la répartition de compétences entre les communes, les départements, les régions et l'État.
<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGITEXT000006068819>

Loi n°83-663 du 22 juillet 1983 complétant la loi no 83-8 du 7 janvier 1983 relative à la répartition de compétences entre les communes, les départements, les régions et l'État.
<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGITEXT000006068817>

Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.
<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000720668/>

Loi n° 99-533 du 25 juin 1999 d'orientation pour l'aménagement et le développement durable du territoire et portant modification de la loi n° 95-115 du 4 février 1995 d'orientation pour l'aménagement et le développement du territoire.
<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000760911>

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000227015/>

Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.
<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000787078>

Loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales.
<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000804607>

LOI n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie.
<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000446240>

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000020879475>

Loi n° 2011-525 du 17 mai 2011 de simplification et d'amélioration de la qualité du droit.
<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000024021430>

Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.
<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2016/1/26/AFSX1418355L/jo>

Loi n° 2022-296 du 2 mars 2022 visant à démocratiser le sport en France.
<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045287568>

Pages et sites internet

Alcimed. *Définition du living lab*. <https://www.alcimed.com/fr/explorations/living-labs/>

Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES) – *Définition de la sédentarité* <https://www.anses.fr/fr/content/plus-d%E2%80%99activit%C3%A9-physique-et-moins-de-s%C3%A9dentarit%C3%A9-pour-une-meilleure-sant%C3%A9-0>

Association Ain profession sport : <https://www.ain-profession-sport.fr/nos-services/la-plateforme-sport-sante/> ; plateforme sport-santé : <http://www.ainsportsante.fr/presentation/>

Association Nationale Recherche Technologie (ANRT) : <https://www.anrt.asso.fr/>

Assurance Maladie. (2024). *Qu'est-ce que le dispositif appelé Affection Longue Durée (ALD) ?* <https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/maladie-accident-hospitalisation/affection-longue-duree-ald/affection-longue-duree-maladie-chronique>

CDOS Ardèche : <https://www.ardeccheolympique.org/sport-sante/>

Centre national de ressources textuelles et lexicales (CNRTL) : <https://www.cnrtl.fr/>

Commission européenne. *Plateforme de l'UE relative à l'alimentation, l'activité physique et la santé* : https://ec.europa.eu/health/nutrition_physical_activity/platform_fr

Entreprise GOOVE : <https://www.goove.fr/decouvrir-goove/>

Fédération d'éducation physique et de gymnastique volontaire : <https://ffepgv.fr/federation/le-projet>

France Assos Santé : <https://www.france-assos-sante.org/presentation/qui-sommes-nous/>

France Assos Santé. *Fiche Santé info droits pratique, B.1 Démocratie sanitaire. Les représentants des usagers du système de santé* : https://www.france-assos-sante.org/publication_document/b-1-le-representant-des-usagers-du-systeme-de-sante/

GIP – Vie Publique : <https://www.vie-publique.fr/fiches/20250-groupement-dinteret-public-gip-gie-fondations>

Health Region Freiburg : <https://www.healthregion-freiburg.de/>

Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. *Études d'Impact en Santé* : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/evaluation-impact-en-sante/default.asp>

La langue française : <https://www.lalanguefrancaise.com/>

Larousse : www.larousse.fr

Les cahiers de l'innovation : <https://www.lescahiersdelinnovation.com/quelle-definition-de-l-innovation/>

Ministère de la Santé et de l'Accès aux soins. *CPTS : s'organiser sur un même territoire pour renforcer les soins aux patients* : <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/structures-de-soins/cpts-s-organiser-sur-un-meme-territoire-pour-renforcer-les-soins-aux-patients/>

Ministère des Solidarités et de la Santé : <http://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/article/activite-physique-et-sante>

Ministère des Solidarités et de la Santé. *Historique depuis 1945 de la participation en santé* : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-de-sante-vos-droits/les-usagers-et-leurs-representants/article/l-historique-depuis-1945>

Ministère des Sports. (2022). *Les Maisons sport-santé, un outil d'égalité des chances et d'accès au droit de la santé par le sport*, Mars 2022. <https://www.sports.gouv.fr/les-maisons-sport-sante-un-outil-d-egalite-des-chances-et-d-acces-au-droit-de-la-sante-par-le-sport>

Ministère de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle numérique - « Qu'est-ce qu'un label public ? » : <https://www.economie.gouv.fr/cedef/label-public>

Ministère de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle numérique - *Focus - Le label public, une marque de confiance* : <https://www.economie.gouv.fr/apie/publications/focus-label-public-marque-confiance>

Mon bilan prévention : <https://monbilanprevention.sante.gouv.fr/>

Nîmes sport-santé : <https://www.nimessportsante.fr/>

Observatoire national de l'activité physique et de la sédentarité (ONAPS) - *Définition de la sédentarité* : <http://www.onaps.fr/boite-outils-et-ressources/definitions/>

Organisation Mondiale de la Santé. (2006). *Urban Health Initiative*. <https://www.who.int/initiatives/urban-health-initiative>

Organisation mondiale de la santé – *Sédentarité* : https://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_inactivity/fr/

Organisation mondiale de la santé – *Définition de l'activité physique* : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>

Organisation mondiale de la Santé - *Présentation surpoids et obésité* : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

Projet PASS : <https://www.sportetcitoyennete.com/pass/>

Projet de Maison Sport-Santé – Ufolep 78 : <http://www.ufolep78.org/prevention-sport-sante/>

Maison sport santé de Strasbourg : <https://www.maisonsportsantestrasbourg.fr/>

Maison sport santé de Strasbourg. *Présentation du programme Joue pour ta santé*. <https://www.maisonsportsantestrasbourg.fr/les-missions-dispositifs-et-projets/>

Mon Stade : <http://www.monstade.fr/services/sport-sur-ordonnance/>

Service Public - *Flyer de présentation du dispositif Maita'i sport santé « informez-vous »* :
<https://www.service-public.pf/djs/maitai-sport-sante/>

Universalis – *Définition d'un système d'information* :
<https://www.universalis.fr/encyclopedie/systemes-informatiques-conception-architecture-et-urbanisation-des-systemes-d-information/>

Villes-Santé de l'Organisation mondiale de la Santé : <http://www.villes-sante.com/oms-europe/villes-sante-oms/>

Ville de Fribourg : <https://www.freiburg.de/pb/,Lde/231107.html>

Annexes

Table des annexes

Annexe 1 - Définitions, selon l'Observatoire National de l'Activité Physique et de la Sédentarité (ONAPS)	495
Annexe 2 – Le parcours du bénéficiaire de sport santé sur ordonnance	497
Annexe 3 - Schéma d'organisation d'une Maison sport-santé.....	498
Annexe 4 - État des lieux des structures pouvant porter des Maisons sport santé	499
Annexe 5 - Grille du questionnaire déployé au réseau des villes santé de l'OMS	500
Annexe 6 – Typologie des Maisons sport santé	506
Annexe 7 – Convention constitutive du GIP Maison sport-santé de Strasbourg	508
Annexe 8 – Convention individuelle d'adhésion au Groupement d'intérêt public.....	535
Annexe 9 - Appel à communication du conseil scientifique de la Maison sport-santé dans le cadre des 5èmes assises du sport-santé	538
Annexe 10 – Organigramme cible de la Maison sport santé.....	543
Annexe 11 - Délibérations, interpellations, Ville et Eurométropole de Strasbourg concernant la Maison sport santé et les bains municipaux	544
Annexe 12 - Tableau des indicateurs objectifs et subjectifs de la recherche	546
Annexe 13 - Échantillon d'entretiens	548
Annexe 14 – Extrait du tableau ethnographique des rencontres avec les acteurs du GIP.....	549
Annexe 15 - Extrait du carnet ethnographique numérique du contexte de passation des entretiens	553
Annexe 16 - Nouveau parcours PRESCRIMOUV	560
Annexe 17 - Présentation de la maison commune comprenant les actions – TSD	561
Annexe 18 - Préfiguration de la prévention primaire nutrition dans la MSS - Scenarii interfaces MSS – Ville.....	562
Annexe 19 - Article des DNA du mercredi 3 mars 2021 : une pétition pour veiller à l'intégrité patrimoniale des Bains Municipaux	563
Annexe 20 - Avis des usagers concernant la réforme du parcours ssso, 21 février 2022	564

Annexe 1 - Définitions, selon l'Observatoire National de l'Activité Physique et de la Sédentarité (ONAPS)

Activité physique : Tous les mouvements corporels produits par la contraction des muscles squelettiques entraînant une augmentation de la dépense énergétique au-dessus de la dépense de repos. Elle comprend tous les mouvements de la vie quotidienne, y compris ceux effectués lors des activités de travail, de déplacement, domestiques ou de loisirs. Les activités physiques d'intensité élevée ou soutenue sont des activités nécessitant un effort physique important et causant une augmentation conséquente de la respiration ou du rythme cardiaque. Les activités physiques d'intensité modérée sont des activités qui demandent un effort physique modéré et causant une petite augmentation de la respiration ou du rythme cardiaque. L'inactivité caractérise un niveau insuffisant d'activité physique d'intensité modérée à élevée, ne permettant pas d'atteindre le seuil d'activité physique recommandé de 30 minutes d'AP d'intensité modérée, au moins 5 fois par semaine ou de 25 minutes d'AP intensité élevée au moins 3 jours par semaine pour les adultes. Pour les enfants et les adolescents, le seuil recommandé est de 60 minutes d'AP d'intensité modérée par jour [3].

Activité physique adaptée : Pratique dans un contexte d'activité du quotidien, de loisir, de sport ou d'exercices programmés, des mouvements corporels produits par les muscles squelettiques, basée sur les aptitudes et les motivations des personnes ayant des besoins spécifiques qui les empêchent de pratiquer dans des conditions ordinaires. (Décret 20.12.2016)

Sport : Toutes formes d'activités physiques qui, à travers une participation organisée ou non, ont pour objectif l'expression ou l'amélioration de la condition physique et psychique, le développement des relations sociales ou l'obtention de résultats en compétition de tous niveaux [1].

[1] Charte européenne du sport révisée en 2001. Conseil de l'Europe, Comité des Ministres

[2] Pate et al. 2008

[3] ANSES, 2016

[4] Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, adopté par la Conférence internationale sur la Santé en 1946

Santé : La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité [4].

Sport-santé : Le sport-santé recouvre la pratique d'activités physiques ou sportives qui contribuent au bien-être et à la santé du pratiquant conformément à la définition de la santé par l'organisation mondiale de la santé (OMS) : physique, psychologique et sociale.

Source - ONAPS, site internet.

Annexe 2 – Le parcours du bénéficiaire de sport santé sur ordonnance



Source - Les Actes, Assises Européennes du Sport Santé sur Ordonnance, 14 et 15 octobre 2015.
Ville de Strasbourg.

Annexe 3 - Schéma d'organisation d'une Maison sport-santé

Tableau 21 : Schéma d'organisation d'une maison « sport santé »



[265] La présentation schématique ci-dessus permet de montrer différentes formes d'organisation susceptibles d'être mises en place et pouvant prendre appui sur des structurations existantes. Le respect du cahier des charges des services rendus doit en effet l'emporter sur une organisation standardisée au niveau national.

Source - Rapport de l'IGAS IGJS de 2018

Annexe 4 - État des lieux des structures pouvant porter des Maisons sport santé

Région	Prestations et offre de service	Partenariats, réseaux	Publics Cibles	Typologie des structures éligibles	Encadrement activité - accueil	Total	% de la note maximale
Bretagne	15	14	4	10	13	56	90,3%
Guyane	15	15	4	7	15	56	90,3%
CREPS MONTPELLIER	15	10	4	12	14	55	88,7%
CREPS PAYS DE LA LOIRE	15	12	4	10	13	54	87,1%
PACA	16	16	4	5	13	54	87,1%
Auvergne Rhône Alpes	16	13	4	8	12	53	85,5%
Bourgogne Franche-Comté	16	12	4	9	12	53	85,5%
LA Reunion	13	13	3	11	13	53	85,5%
Nouvelle - Aquitaine	16	10	4	10	13	53	85,5%
CREPS AUVERGNE RHONE ALPES	16	14	4	6	12	52	83,9%
CREPS REIMS	14	12	4	10	12	52	83,9%
Normandie	16	11	4	9	12	52	83,9%
CREPS TOULOUSE	13	12	4	9	11	49	79,0%
Grand Est	15	8	4	9	11	47	75,8%
Martinique	16	7	4	5	14	46	74,2%
CREPS POITIERS	12	13	4	2	14	45	72,6%
Occitanie	14	9	3	9	10	45	72,6%
Centre-Val de Loire	12	12	4	4	12	44	71,0%
Corse	14	12	3	3	12	44	71,0%
Hauts de France	12	10	4	8	9	43	69,4%
CREPS WATTIGNIES	12	10	4	8	9	43	69,4%
Guadeloupe	12	10	3	5	11	41	66,1%
Pays de la Loire	13	8	3	4	11	39	62,9%
Ile de France	6	9	2	6	12	35	56,5%
CREPS BORDEAUX	0	0	0	0	0	0	0,0%
CREPS CENTRE	0	0	0	0	0	0	0,0%
CREPS DUON	0	0	0	0	0	0	0,0%
CREPS IDF	0	0	0	0	0	0	0,0%
CREPS LORRAINE	0	0	0	0	0	0	0,0%
CREPS PACA	0	0	0	0	0	0	0,0%
CREPS REUNION	0	0	0	0	0	0	0,0%
CREPS STRASBOURG	0	0	0	0	0	0	0,0%
CREPS VICHY	0	0	0	0	0	0	0,0%
CREPS PACA	0	0	0	0	0	0	0,0%

% De la note maximale = pourcentage de points obtenus rapporté au maximum (2 points max par critère).

Source - étude préalable aux Maisons sport-santé, Ministère des sports, Ministère de la santé et des solidarités

Annexe 5 - Grille du questionnaire déployé au réseau des villes santé de l'OMS

Titre	Les maisons de sport santé (MSS) en France et en Europe	
Description :	Je réalise ce questionnaire dans le cadre de ma thèse, réalisée en Convention industrielle de formation et de recherche (CIFRE) entre la Ville de Strasbourg et le laboratoire Sports et Sciences Sociales de la Faculté des sciences du sport de Strasbourg. Le premier axe de recherche est la production d'un benchmarking sur les initiatives françaises et européennes de Maisons de sport-santé. Les résultats de cette enquête, s'ils sont concluants, pourront être présentés lors des 3èmes assises européennes du sport santé sur ordonnance de Strasbourg, le 14 octobre prochain. Ce questionnaire vous nécessitera un temps de réponse d'environ 45 minutes, vous pouvez sauvegarder vos réponses et reprendre le questionnaire plus tard.	
Accueil :	Aucune question n'a de caractère obligatoire, vous pouvez donc passer toute question dont vous n'avez pas connaissance de la réponse ou qui vous poserait problème. Vous pouvez me contacter au mail suivant : pauline.blanc@strasbourg.eu	
Message de fin :	Je vous remercie de votre participation. Pour toute question n'hésitez-pas à me contacter au mail suivant : pauline.blanc@strasbourg.eu	
Numéro de question – de groupe de question	Groupe de question	Question
G-0	Qui êtes-vous ?	
Q-0		Quel est votre nom ?
Q-1		Quel est votre prénom ?

Q-2		Quelle est votre fonction/métier ? Où (Ville/territoire-institution) ?
Q-3		Votre ville/territoire porte-t-il un projet de Maison du Sport-Santé ?
G-1	Votre lien avec le projet de MSS]	
Q-4		Quel lien avez-vous avec le projet de Maison de sport-santé dont vous voulez me parler ?
Q-5		Vous considérez-vous comme acteur de ce projet ? Pourquoi ?
Q-6		Acceptez-vous que je vous recontacte dans le cadre de vos réponses ?
G-2	Informations de contact	Afin que je puisse vous recontacter, merci de me donner les informations suivantes.
Q-7		Votre adresse mail
Q-8		Votre numéro de téléphone
G-3	La maison du sport-santé dont vous voulez nous parler	
Q-9		Comment s'appelle/s'appellera cette MSS ?
Q-10		Où se situe / se situera cette MSS ?
Q-11		Quel est/sera son territoire ? (Ville, EPCI, Département, Région, etc.).
Q-12		Ce territoire est-il engagé dans une démarche de sport-santé et/ou de santé ? (Ex : Ville santé de l'OMS).

Q-13		Ce territoire a-t-il des enjeux spécifiques en termes de santé, de sédentarité, etc. ? Lesquels ?
Q-14		Est-elle ouverte ? Quand le sera-t-elle ?
Q-15		De quand date le concept de cette MSS ?
Q-16		Qui / qu'est-ce-qui en est à l'origine ?
Q-17		Quel a été / Quel sera le processus de conception de cette MSS ?
Q-18		Quelle est/sera la structure porteuse de la MSS (Nom, forme juridique, etc.) ?
Q-19		Pourquoi le choix d'une telle structure porteuse ?
Q-20		Cette structure porteuse préexiste-t-elle à la MSS ?
Q-21		Quelles sont/seront ses instances ? (Comité de pilotage, comité technique, assemblée générale, conseil d'administration, comité des usagers, etc.).
Q-22		Quels sont les objectifs sanitaires de la MSS ?
Q-23		Cette maison souhaite-t-elle s'inscrire dans le plan national des 500 maisons de sport-santé annoncé par le Président de République Emmanuel MACRON ? (ou dans un autre plan européen/national).
Q-24		Lequel ? Pourquoi ?
Q-25		De quel type ?
G-4	Les aménagements et activités de la Maison du Sport-Santé	

Q-26		La MSS aura-t-elle un lieu d'accueil physique ?
Q-27		Ce lieu sera un bâtiment dédié uniquement aux activités de la MSS ?
Q-28		Quelles sont/seront les autres structures/activités hébergées dans ce bâtiment ?
Q-29		En l'absence de lieu physique, comment la MSS s'organise/s'organisera-t-elle ?
Q-30		Quelles sont/seront les activités données et/ou proposées par la MSS ? (APA, ateliers diététicienne, etc.).
Q-31		Ces activités ont/auront lieu dans ou en dehors de la MSS ?
Q-32		Comment est/sera aménagée la MSS ? Aura-t-elle des salles spécifiques ? (activité physique, cuisine pédagogique, etc.)
Q-33		Quel est/sera le matériel disponible dans la MSS ?
G-5	Les acteurs de la MSS	
Q-34		Qui sont les acteurs qui participent à la construction/conception de la MSS ? De quelle manière ?
Q-35		Qui sont les partenaires de la MSS ? (Collectivités, institutions, associations, etc.) Quelle est leur collaboration ?
Q-36		Qui sont/seront les intervenants/professionnels intervenant dans la MSS ?

Q-37		La MSS a-t-elle vocation à accueillir des professionnels de santé ?
Q-38		Lesquels et pourquoi ? (Des consultations ?)
Q-39		La MSS a-t-elle vocation à accueillir des éducateurs sportifs ?
Q-40		Lesquels et dans quel objectif ?
G-6	Les bénéficiaires de la MSS	
Q-41		Les bénéficiaire ou futurs bénéficiaires de la MSS ont-ils été / seront-ils intégrés à la conception de la MSS ?
Q-42		De quelle manière ?
Q-43		Pourquoi ?
Q-44		Sous quelle forme sont-ils écoutés ? (Comité des usagers, boîte à idées, etc.).
Q-45		La MSS développe / entend-elle développer le principe de patient expert ? Pourquoi ?
G-7	Recherche et formation	
Q-46		La MSS a-t-elle/aura-t-elle des actions de recherche ?
Q-47		Lesquelles ? Avec qui ? Dans quel but ?
Q-48		La MSS aura-t-elle des activités de formation ?
Q-49		Lesquelles ? Avec quel public et quels intervenants ? Dans quel but ?
G-8	Modèle économique	
Q-50		Quel est le coût du projet de MSS ?

Q-51		Comment est/sera financé le projet-les activités de la MSS ? Des subventions sont-elles demandées ?
G-9		
Q-52		Avez-vous connaissance d'autres projets de MSS ?
Q-53		Lequel/lesquels ?
G-10	Assises européennes du sport-santé sur ordonnance	Les troisièmes assises européennes du sport-santé sur ordonnance se dérouleront le 14 octobre 2019 Strasbourg.
Q-54		Si vous êtes porteur d'un projet de MSS, souhaitez-vous le présenter aux assises du Sport-santé sur ordonnance à Strasbourg le 14 octobre 2019 ?
Q-55		Merci de laisser votre numéro de téléphone et mail.
G-11	Précisions	
Q-56		Souhaitez-vous préciser quelque chose ?

Source - Questionnaire développé aux porteurs de projets de Maisons sport-santé, Pauline Blanc.

Annexe 6 – Typologie des Maisons sport santé

Type de Maison	Caractéristiques principales
Structures associatives	Derrière le terme association, les structures restent disparates. Sont associations des structures telles que l'UFOLEP (Union française des œuvres laïques d'éducation physique) ou encore des offices municipaux des sports (Saint-Pierre, Saint Joseph, etc.). L'association RSSBE – réseau sport santé bien-être fait également partie des structures portant de nombreuses maisons sport santé en région Grand Est. Les structures sont ainsi essentiellement portées par des réseaux constitués autour du sport santé et qui préexistent à l'appel à projet Maison sport santé.
Structures privées	Les structures privées sont portées par des sociétés comme : la société d'exploitation de la base de plein air de Temple sur Lot, Mon stade à Paris, etc. Les tarifs peuvent être moins accessibles pour les bénéficiaires et le reste à charge important, comme c'est le cas pour la structure Mon Stade dont le parcours coûte en moyenne 650 € au bénéficiaire ⁴¹² . Pour la structure SCAPAD, 10 séances sont réalisées pour environ 70 €. ⁴¹³ Les structures développent au-delà de l'offre sport-santé des offres dédiées au sport en entreprise, au sport de haut-niveau, ou des cours grands-publics, cours dédiés aux enfants pour l'apprentissage de la nage, etc. Le sport-santé peut y apparaître comme une offre parmi d'autres.
Portées par des collectivités territoriales	Les collectivités territoriales sont également nombreuses à porter en première intention des structures de maisons sport santé. Elles bénéficient parfois de structures juridiques tierces : groupement d'intérêt public comme à Strasbourg, établissement public, etc. Le reste à charge pour les bénéficiaires est faible, à Strasbourg le dispositif bénéficie d'une première année gratuite et d'une

⁴¹² Site internet : Mon stade. <http://www.monstade.fr/>

⁴¹³ Site internet SCAPAD : <https://www.scapad-sante.com/cours-specifiques>

	tarification sociale et solidaire par la suite. Parmi les collectivités ayant un projet labellisé de Maison sport santé, de nombreuses villes et établissements publics de coopération intercommunale étaient déjà engagés dans du sport-santé (Strasbourg, Villeurbanne, Libourne, etc.). Il peut s'agir ainsi de labellisation de dispositifs existants.
CDOS – CROS – CREPS	Nous avons choisi de créer une catégorie spécifique des CROS – CDOS – CREPS, car les maisons sport santé portées par de telles structures représentent 18 établissements en première labellisation. Les structures ont plus ou moins intégré les missions des maisons sport santé. Pour le CDOS Ardèche, la maison sport santé repose principalement sur une plateforme numérique, mais propose également un accueil par des chargés de mission. Le CDOS du Territoire de Belfort repose principalement sur un centre médico-social et peut donc également représenter un établissement de santé. Le CDOS d'Eure-et-Loir c'est ainsi associé à l'Association pour le développement de la médecine et le sport et propose aux bénéficiaires près de 30 créneaux hebdomadaires. Les structures sont donc principalement portées par des dynamiques sportives.
Établissements de santé	On entend derrière structure de santé, là également, différentes structures : centre hospitalier, groupe de coopération sociale et médico-sociale, centre de médecine et d'évaluation sportive, centre de santé, etc. Mais également des mutuelles : la mutualité française des Côtes d'Armor. Ce type de maisons sport santé s'inscrivent principalement dans des parcours de patients hospitalisés en établissement de santé, mais pas uniquement (Maison sport santé du Pays de Morlaix par exemple). Des centres médico-sportifs sont également labellisés maisons sport santé, axant ainsi leur public sur des publics sportifs (Ex : centre médico-sportif de Lorient).

Source - Typologie des structures de Maisons sport-santé, Pauline Blanc.

Convention constitutive du groupement d'intérêt public portant création de la Maison Sport Santé de Strasbourg

Préambule

La constitution du groupement d'intérêt public (GIP) « *Maison Sport Santé de Strasbourg* » est née de la volonté commune portée par les partenaires locaux d'élaborer et d'organiser sur le territoire une réponse innovante en matière de promotion de la sante par l'activité physique y compris les mobilités actives, l'alimentation équilibrée et le développement d'un territoire favorable à la santé.

Le contexte d'accueil en France des Jeux Olympiques et Paralympiques de Paris 2024, et de l'importance de l'héritage social pour le pays que doit apporter cet événement, est l'occasion d'impulser une dynamique nouvelle pour améliorer la sportivité du territoire, inciter et soutenir tou-te-s les habitant-e-s à la pratique physique et sportive régulière.

Plus particulièrement, le territoire strasbourgeois rencontre des enjeux de surpoids et d'obésité des enfants et des adolescent-e-s, de prévalence des maladies chroniques mais aussi de perte d'autonomie que la prévention et lutte contre la sédentarité permettent d'améliorer.

L'ambition des partenaires est ainsi de créer, par ce GIP « *Maison Sport Santé de Strasbourg* », un espace fédérateur regroupant trois entités complémentaires :

- un pôle ressources en matière d'accueil, d'orientation et d'accompagnement du public,
- un pôle de formation continue, de recherche et d'expertise au travers d'un institut sport santé,
- un pôle d'innovation et d'expérimentation par la création d'un laboratoire d'innovation ouverte

Il sera hébergé au sein de l'Aile médicale rénovée des Bains Municipaux, boulevard de la Victoire, au sein d'un lieu symboliquement fort pour les Strasbourgeois-es ; la Maison Sport Santé permettra ainsi de concilier l'héritage historique et l'ancrage dans la modernité.

La présente convention a pour objet de constituer le Groupement d'Intérêt Public gestionnaire de la Maison Sport Santé de Strasbourg en tant que **personne morale de droit public dotée de l'autonomie administrative et financière**.

Vu les articles L. 6321-1 et L. 6321-2 du **Code de la Santé Publique** relatifs au développement des réseaux de santé,

Vu les articles L. 341-1 et suivants du **Code de la recherche**,

Vu la **Loi n° 2004-809 du 13 août 2004** relative aux libertés et responsabilités locales, notamment ses articles 49 et 50,

Vu la **Loi n° XXXX du 26 janvier 2016** de modernisation de notre système de santé

Vu la **Loi n° 2011-525 du 17 mai 2011** de simplification et d'amélioration de la qualité du droit, notamment son chapitre 2 relatif au statut des GIP,

Vu le **Décret n° 2012-91 du 26 janvier 2012** relatif aux GIP,

Vu le **Décret n° 2013-292 du 5 avril 2013** relatif au régime de droit public applicable aux personnels des GIP,

⁴¹⁴ Cette version de la convention constitutive est issue de la délibération du conseil d'administration de l'Université de Strasbourg du 18 mai 2021. Point 4.14.2 de l'ordre du jour « *convention individuelle d'adhésion de l'Université de Strasbourg au GIP Maison sport-santé de Strasbourg* ».

Vu l'**Arrêté du Premier Ministre du 23 mars 2012** pris en application de l'article 3 du décret n° 2012-91 du 26 janvier 2012 relatif aux GIP,
Vu la **Stratégie Nationale Sport Santé** du XX/XX/XX
Vu le **Cahier des charges relatif aux Maisons Sport Santé** publié par le Ministère des Sports le XX/XX/XX
Vu le **Projet Régional de Santé** du XX/XX/XX notamment son article XX préconisant la création de Maisons Sport Santé en région Grand Est
Vu le **Contrat Local de Santé de la Ville de Strasbourg** voté en conseil municipal du 25 février 2019, notamment son objectif de créer une Maison Sport Santé
Vu les **délibérations des partenaires** membres fondateurs du groupement

Il est constitué entre

La Ville de Strasbourg, représentée par son Maire en exercice agissant en vertu d'une délibération du <XX>, et dont le siège est situé 1, parc de l'Etoile à Strasbourg,

Le Département du Bas-Rhin, représenté par le Président du Conseil Départemental en exercice agissant en vertu d'une délibération du <XX>, et dont le siège est situé place du Quartier Blanc à Strasbourg,

La Région Grand-Est, représentée par le Président du Conseil Régional en exercice agissant en vertu d'une délibération du <XX>, et dont le siège est situé 1, place Adrien Zeller à Strasbourg,

L'Université de Strasbourg, représentée par son Président en vertu d'une délibération de son conseil d'administration du <XX>, dont le siège est situé 4 Rue Blaise Pascal à Strasbourg,

Les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, représentés par le Directeur général, en vertu d'une délibération du Conseil de surveillance du <XX> et par délégation par <XX>, dont le siège est situé <XX>,

L'UGECAM Alsace et notamment son Institut Universitaire de Réadaptation Clémenceau-Strasbourg, représentés par le Directeur général, en vertu d'une délibération du Conseil d'Administration de l'UGECAM Alsace du <XX> et par délégation par <XX>, dont le siège est situé 45 boulevard Clémenceau à Strasbourg,

L'association Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé Grand Est, représentée par sa Présidente en exercice, agissant en vertu d'une délibération du Conseil d'Administration du <XX>, et par délégation par la Directrice, dont le siège est situé <XX>,

L'Institut Siel Bleu, représenté par son Président en exercice, agissant en vertu d'une délibération du Conseil d'Administration du <XX> et par délégation par <XX>, dont le siège est situé <XX>,

L'association France Assoc Santé, représentée par son Président en exercice, agissant en vertu d'une délibération du Conseil d'Administration du <XX> et par délégation par <XX>, dont le siège est situé <XX>,

L'association du Comité Régional Sports pour Tous Grand Est, représentée par sa Présidente en exercice, agissant en vertu d'une délibération du Conseil d'Administration du 29/04/2017, et par délégation par son Conseiller Technique Régional Sports pour Tous Grand Est, dont le siège est situé Maison départementale des Sports, Route de la Moncelle, à Bazeilles,

Le Comité Départemental Olympique et Sportif du Bas-Rhin 67 représentée par son Président en exercice, agissant en vertu d'une délibération du Conseil d'Administration du <XX>, et par délégation par son Conseiller Technique Régional Sports pour Tous Grand Est, dont le siège est situé 4, Jean-Mentelin – BP 95028 à Strasbourg,

L'Office des Sports de Strasbourg, représentée par son Président en exercice, agissant en vertu d'une délibération du Conseil d'Administration du <XX>, et par délégation par son <XX>, dont le siège est situé 19, rue des Couples - 67000 - Strasbourg

L'association Alsace BioValley, représentée par son Président en exercice, agissant en vertu d'une délibération du Conseil d'Administration du <XX> et par délégation par <XX>, dont le siège est situé <XX>.

La Mutualité Générale de l'Education Nationale, représentée par son Président en exercice, agissant en vertu d'une délibération du Conseil d'Administration du <XX> et par délégation par <XX>, dont le siège est situé <XX>.

La Mutualité Française Grand Est représentée par son Président en exercice, agissant en vertu d'une délibération du Conseil d'Administration du <XX> et par délégation par <XX>, dont le siège est situé <XX>

L'association Unis vers le sport, représentée par le Président, en vertu d'une délibération du Conseil d'Administration du XX/XX/XX et par délégation par XXX, dont le siège est XX

L'association la Ligue contre le cancer, comité du Bas-Rhin, représentée par la Présidente en vertu d'une délibération du Conseil d'Administration du XX/XX/XX et par délégation par XXX, dont le siège est XX

un groupement d'intérêt public (GIP) régi par les règles fixées au chapitre II de la loi n° 2011-525 du 17 mai 2011 de simplification et d'amélioration de la qualité du droit, et par ses décrets d'application, ainsi que par les stipulations de la présente convention.

* *
*

TITRE Ier

CONSTITUTION DU « GIP Maison Sport Santé de Strasbourg »

Article 1^{er} - Dénomination

La dénomination du groupement d'intérêt public est « Maison Sport Santé de Strasbourg ».

La dénomination peut être modifiée par délibération de l'assemblée générale.

Article 2 – Siège

Le siège provisoire est fixé au Centre administratif de la Ville de Strasbourg - Parc de l'Etoile. Le siège sera définitivement fixé Boulevard de la Victoire après livraison des travaux de rénovation.

Le siège peut être transféré par une délibération de l'assemblée générale.

Article 3 – Objet, missions, compétence géographique

3.1 – Objet

Conformément au cahier des charges national du <XX> arrêté en vue de la mise en œuvre de la stratégie nationale sport santé sur le territoire, le groupement « Maison Sport Santé de Strasbourg » a pour objet de :

- faciliter l'adoption de comportements non sédentaires et la pratique des activités physiques et sportives, reconnus comme des déterminants essentiels de l'état de santé et ainsi comme des enjeux de santé publique ;
- participer également à l'intégration des personnes ;
- contribuer à réduire les inégalités sociales entre les individus à tous les âges de la vie.

3.2 – Missions

Dans le cadre de son objet d'intérêt général, le groupement exerce les missions suivantes :

- un espace d'accueil permettant, d'une part, d'informer et d'orienter les personnes dans leur programme sport-santé ;
- un lieu de réalisation d'un bilan de l'état de la personne, d'évaluation de sa condition physique, un lieu d'exercice de l'Activité Physique et Sportive et de l'Activité Physique Adaptée ;
- un lieu de formation des acteur·rice·s du champ sport/santé.

Pour mener à bien ces missions, la Maison Sport santé est constituée de 3 pôles interagissant les uns avec les autres :

- Un pôle Ressources
- Un pôle Institut sport-santé
- Un pôle Laboratoire d'innovation ouverte

Ces missions sont susceptibles d'évoluer au regard des modifications des politiques publiques concernant le champ d'intervention de la Maison Sport Santé de Strasbourg.

3.3 – Compétence géographique

Le groupement d'intérêt public exerce son activité sur le territoire de la Ville de Strasbourg.

Les services à la personne proposés concernent le public strasbourgeois. Les activités du groupement d'intérêt public en termes de recherche, d'échanges de pratiques, notamment avec le projet de Maison Sport Santé et bien-être de Saverne, pourront s'étendre en dehors du périmètre de la Ville de Strasbourg.

Le groupement d'intérêt public pourra participer à des coopérations transfrontalières avec des organismes étrangers.

Article 4 – Durée

Le groupement est constitué pour une durée indéterminée, sauf dissolution anticipée.

Article 5 – Adhésion, exclusion, retrait

5.1 – Qualité de « membre fondateur »

Ont la qualité de « membre fondateur » chacun des membres suivants :

- La Ville de Strasbourg
- Le Département du Bas-Rhin
- La Région Grand-Est
- L'Université de Strasbourg
- Les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg
- L'UGECAM Alsace et notamment son Institut Universitaire de Réadaptation Clémenceau-Strasbourg
- L'association Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé Grand Est
- L'Institut Siel Bleu
- L'association France Assoc Santé
- L'association du Comité Régional Sports pour Tous Grand Est
- Le Comité Départemental Olympique et Sportif du Bas-Rhin 67
- L'Office des Sports de Strasbourg
- L'association Alsace BioValley
- La Mutualité Générale de l'Education Nationale
- La Mutualité Française Grand Est
- L'association Unis vers le Sport
- L'association La Ligue contre le cancer, comité du Bas-Rhin

5.2 – Qualité de « membre adhérent »

Le groupement d'intérêt public peut accueillir de nouveaux membres.

Les nouveaux adhérents ont la qualité de « membre adhérent ».

Toute demande d'adhésion est formulée par écrit.

Cette demande est examinée par l'assemblée générale, qui accepte ou rejette la demande d'adhésion par une délibération adoptée à la majorité simple.

L'adhésion d'un membre adhérent donne lieu à la conclusion d'un avenant à la convention constitutive du groupement, ou par la modification de la convention constitutive par délibération de l'assemblée générale.

Les membres adhérents jouissent des mêmes prérogatives que les membres fondateurs.

5.3 – Qualité de « partenaire »

Ont la qualité de « partenaire » au groupement d'intérêt public chacune des personnes suivantes :

- L'Etat
- L'Agence Régionale de Santé Grand Est
- Le Rectorat de l'Académie de Strasbourg
- La Caisse Primaire d'Assurance Maladie du Bas-Rhin
- La Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail Alsace Moselle

De nouveaux partenaires peuvent adhérer au groupement ultérieurement.

Toute demande d'adhésion est formulée par écrit.

Cette demande est examinée par l'assemblée générale, qui accepte ou rejette la demande d'adhésion par une délibération adoptée à la majorité simple.

L'adhésion d'un partenaire donne lieu à la conclusion d'un avenant à la convention constitutive du groupement, ou par la modification de la convention constitutive par délibération de l'assemblée générale.

5.4 – Retrait

Tout membre et partenaire peut se retirer du groupement d'intérêt public, à la condition d'être à jour de ses obligations vis-à-vis du groupement pour l'exercice en cours et les précédents.

Le membre-partenaire qui souhaite se retirer doit préalablement en informer le la Président·e, au moyen d'un courrier recommandé avec demande d'avis de réception.

Le retrait doit être autorisé par une délibération de l'assemblée générale adoptée à la majorité simple. Le refus ne peut être justifié que par le fait que le membre souhaitant se retirer ne s'est pas acquitté de ses obligations vis-à-vis du groupement, au titre de l'exercice en cours ou au titre des exercices précédents.

En cas de refus du retrait, l'assemblée générale adopte, dans la même délibération que celle portant refus du retrait, des prescriptions visant à ce que le membre souhaitant se retirer s'acquitte de ses obligations vis-à-vis du groupement. Un délai raisonnable est fixé au membre souhaitant se retirer pour s'acquitter de ses obligations.

Le retrait d'un membre-partenaire du groupement donne lieu à un avenant à la convention constitutive du groupement, qui précise les modalités du retrait ainsi que sa date d'effectivité.

5.5 – Exclusion

L'exclusion d'un membre-partenaire peut être prononcée par l'assemblée générale en cas d'inexécution de ses obligations ou pour faute grave.

Le membre-partenaire concerné est préalablement entendu par le Conseil d'administration.

Si après l'audition du membre-partenaire concerné, le Conseil d'administration acquiert la conviction que les griefs visés au premier paragraphe du présent article sont constitués, il adresse au membre-partenaire concerné une mise en demeure contenant les actions correctrices appropriées, ainsi qu'un délai raisonnable de mise en œuvre.

Si le membre-partenaire concerné s'abstient de répondre à la mise en demeure ou persiste dans le comportement qui lui est reproché, le Conseil d'administration peut proposer l'exclusion du membre-partenaire concerné à l'assemblée générale.

L'exclusion est prononcée par l'assemblée générale à l'unanimité des membres ayant voix délibérative.

Le membre-partenaire concerné ne prend pas part au vote.

5.6 – Conséquences du retrait, de l'exclusion, de la liquidation judiciaire ou du redressement judiciaire d'un membre

En cas de retrait, d'exclusion, de liquidation judiciaire ou de redressement judiciaire d'un membre, le groupement se poursuit entre les autres membres, sauf décision contraire de l'assemblée générale.

Les droits et obligations des membres restants sont alors redéfinis entre eux, d'un commun accord faisant l'objet d'un avenant à la convention constitutive.

TITRE II CAPITAL – OBLIGATIONS DES MEMBRES – MOYENS DU GROUPEMENT

Article 6 – Capital

Le groupement est constitué sans capital. Les droits des membres sont représentés par des droits statutaires attribués à chacun d'eux dans les conditions précisées par la présente convention constitutive.

Article 7 – Obligation des membres entre eux et à l'égard des tiers

Sauf convention particulière, les membres ne sont pas tenus envers les tiers des engagements du groupement.

Ils ne sont pas solidaires à l'égard des tiers.

La contribution des membres aux dettes du groupement est déterminée à raison de leurs contributions statutaires aux charges du groupement.

Les nouveaux membres ne sont tenus que des dettes échues à compter de leur admission, au prorata de leur contribution aux charges du groupement.

En cas de retrait ou d'exclusion, et sauf décision contraire de l'assemblée générale prise à l'unanimité, un membre est responsable des dettes du groupement échues à la date à du retrait ou de l'exclusion, dans la limite du montant de ses contributions statutaires aux charges.

Dans leur rapport entre eux, les membres sont tenus des obligations du groupement à proportion de leurs droits statutaires.

Ces dispositions ne s'appliquent pas aux partenaires.

Article 8 – Moyens matériels du groupement

8.1 – Description des ressources du groupement

Les ressources du groupement sont :

- les contributions des membres visées à l'article 8.2
- les subventions
- les produits des biens propres ou mis à leur disposition
- les emprunts et autres ressources d'origine contractuelles
- les dons et legs.

8.2 – Contributions des membres

Les membres fondateurs du groupement participent au fonctionnement du groupement en mettant à disposition des moyens sous forme de :

- contribution en nature ;
- contribution financière ;
- mise à disposition de personnels ;
- mise à disposition de locaux ;

- mise à disposition de matériel ;
- mise à disposition d'outils informatiques et statistiques ;
- mise à disposition de productions (études et analyse) ;

ou sous toute autre forme contribuant au fonctionnement du groupement.

A la date de création du groupement, les contributions apportées par les membres fondateurs sont définies au sein de l'annexe 1.

8.3 – Autres ressources

Le groupement peut recevoir des dons et des legs.

Il peut, en outre, recevoir des subventions, ou passer des conventions avec l'Etat ou tout autre partenaire pour la réalisation de programmes pour lesquels il recevrait des financements complémentaires.

Des conventions individuelles d'adhésion, sont signées entre chaque membre fondateur du groupement et le Groupement d'intérêt public afin de préciser les moyens (humains, financiers, de locaux, matériels, logiciels...) que chacun de ces membres fondateurs s'engage à consacrer à l'exécution des missions du groupement et les modalités éventuelles de remboursement sur facturation. Ces conventions définissent également les conditions générales, la durée, le mode de d'actualisation et de renouvellement des contributions.

Elles sont signées au plus tard 6 mois après la date de publication de l'arrêté préfectoral actant la création du groupement.

8.4 – Mise à disposition et propriété des biens mobiliers et immobiliers

Les matériels et immeubles, loués ou mis à disposition du groupement par un membre fondateur, restent la propriété de ce dernier; en cas de dissolution du groupement, ils sont remis à leur disposition. Les conditions de mise à disposition de ces matériels et immeubles feront l'objet d'une convention.

Les risques juridiques liés à la qualité de propriétaire restent à la charge du membre qui a mis ses matériels et immeubles à la disposition du groupement ; ceux nés de l'utilisation par le groupement de ces matériels et immeubles sont à la charge du groupement qui en a seul la garde. Le groupement prendra toutes les dispositions pour souscrire les assurances nécessaires à l'utilisation de ces biens.

Les matériels et immeubles achetés, développés ou construits par le groupement appartiennent à ce dernier. En cas de dissolution du groupement, ils sont dévolus par décision de l'assemblée générale.

8.5 – Propriété intellectuelle

Chacun des membres s'engage à communiquer aux autres toutes les informations nécessaires à l'exécution de l'objet du groupement, sous réserve des accords conclus avec des tiers.

Chaque membre conserve la propriété des résultats de ses travaux propres brevetés ou non, effectués dans le domaine de l'objet du groupement, soit antérieurement à la constitution du groupement, soit hors du cadre

du programme de travail du groupement. La propriété de ces résultats subsiste même si ceux-ci ont été modifiés à l'occasion des travaux du groupement.

Au cas où la réalisation du programme de travail nécessiterait l'utilisation de ces résultats, le détenteur de ceux-ci s'engage à accorder aux membres une concession des droits d'exploitation et de reproduction à titre gracieux, ou à des conditions favorables relativement à celles qui seraient faites à des tiers, dans la limite de leurs moyens respectifs et du respect de leurs missions propres. Sauf disposition contraire expressément et préalablement convenue à l'unanimité des membres du groupement, les résultats des travaux confiés par le groupement à l'un de ses membres sont la propriété du membre qui les a obtenus.

Ces résultats sont mis gracieusement, et pour la durée du groupement, à la disposition des autres membres, à des fins de recherche et développement.

Le groupement doit conclure, avec tout tiers concourant à son programme de travail, un contrat protégeant la confidentialité de ses travaux, la propriété de ceux-ci, les conditions de divulgation éventuelles à des tiers et éventuellement l'exploitation des résultats.

Article 9 – Gestion du personnel

9.1 – Description des moyens humains du groupement

Les moyens humains du groupement sont constitués par :

- 1° Des agent·e·s et salarié·e·s mis à disposition et/ou détaché·e·s par les membres du groupement ;
- 2° Des fonctionnaires relevant de la fonction publique de l'Etat, de la fonction publique territoriale ou de la fonction publique hospitalière ;
- 3° A titre purement complémentaire, des agent·e·s contractuel·le·s de droit privé ;

Le personnel est consulté sur l'organisation du groupement et l'organisation du travail dans les six mois suivant la création du groupement.

La mise à disposition de personnels des membres du groupement donne lieu à la conclusion d'une convention de mise à disposition.

Les personnels mis à la disposition du groupement conservent leur statut d'origine. Leur employeur d'origine garde à sa charge leurs rémunérations et prestations sociales annexes, leur couverture sociale, leurs assurances et conserve la responsabilité de leur avancement.

Les personnels mis à la disposition du groupement sont placés sous l'autorité fonctionnelle de la Direction collégiale du groupement.

Ces personnels sont remis à la disposition de leur corps ou de leur organisme d'origine :

- à leur demande, dans le respect des règles de réintégration fixées par l'employeur d'origine,
- à la demande de l'organisme d'origine, sous réserve que la durée de mise à la disposition du groupement initialement prévue ait expiré, ou à l'issue de l'exercice budgétaire en cours, sous réserve d'avoir respecté un préavis de trois mois minimum,

- dans le cas où cet organisme se retire ou est exclu du groupement, à l'issue de l'exercice en cours, sous réserve d'avoir respecté un préavis de trois mois minimum,
- en cas de disparition de cet organisme, notamment en cas de liquidation, dissolution ou absorption,
- par décision de l'assemblée générale du groupement, sur proposition du/de la directeur-trice.

9.2 – Règles particulières au recrutement des personnels propres au groupement

Le groupement peut recruter, à titre purement complémentaire et lorsque ses missions et activités le justifient, des personnels propres rémunérés sur son budget dans les conditions prévues à l'article 4 du décret n° 2013-292 du 05 avril 2013.

Les personnels ainsi recrutés, par contrat de droit public, n'acquièrent pas de droit à occuper ultérieurement des emplois dans les établissements participants à celui-ci.

Les conditions générales de recrutement et d'emploi des personnels propres sont fixées par délibération de l'assemblée générale et soumises à l'approbation du Commissaire du Gouvernement.

Le/la Directeur-trice est chargé-e de pourvoir au remplacement des personnels absents au titre d'un congé (maladie, maternité,...).

TITRE II ORGANISATION ET ADMINISTRATION DU GROUPEMENT

Article 10 – Assemblée générale

10.1 – Composition

L'assemblée générale est composée de l'ensemble des membres fondateurs, des membres adhérents, et des partenaires.

Chaque membre désigne un-e représentant-e titulaire et son/sa suppléant-e.

La Ville de Strasbourg et l'Université de Strasbourg désignent chacune deux représentant-e-s.

Ces représentant-e-s à l'assemblée générale et leurs suppléant-e-s sont désigné-e-s par les autorités compétentes de ces membres et de ces partenaires.

10.2 – Fonctionnement

Les membres fondateurs et adhérents siègent au sein de l'assemblée générale avec voix délibérative.

Les partenaires siègent au sein de l'assemblée générale avec voix consultative.

Le/la Président-e préside la séance.

Le quorum est fixé à la moitié des membres fondateurs et adhérents. Si le quorum n'est pas atteint, l'assemblée est convoquée à nouveau, avec le même ordre du jour, dans un délai qui ne peut être supérieur à huit jours. Elle délibère alors sans condition de quorum.

Tout membre fondateur ou adhérent de l'assemblée absent ou empêché peut se faire représenter, il peut également donner son pouvoir à un membre fondateur ou adhérent de l'assemblée. Chaque membre fondateur ou adhérent ne peut disposer au cours d'une réunion que d'un (1) pouvoir. Chaque pouvoir ne peut valoir pour plus d'une assemblée générale.

L'assemblée générale comporte 5 collèges :

1 ^{er} collège - <i>Les collectivités</i>	<i>Région Grand Est, Département du Bas Rhin, Ville de Strasbourg</i>
2 ^{ème} collège - <i>Université, recherche, innovation</i>	<i>Université de Strasbourg, Biovalley France, Institut SIEL BLEU</i>
3 ^{ème} collège - <i>Associations</i>	<i>IREPS, CDOS 67, CR SPORTS POUR TOUS, France ASSOC SANTE, ODS, Unis vers le sport, La ligue contre le cancer, comité du Bas-Rhin</i>
4 ^{ème} collège - <i>Mutuelles</i>	<i>MGEN, MFGE</i>
5 ^{ème} collège - <i>Etablissements de santé</i>	<i>UGECAM-IURC, HUS</i>

L'intégration des membres adhérents dans un collège sera décidée par l'assemblée générale, notamment en fonction de leur nature juridique ou de leur activité.

Sont également membres avec voix consultative de l'assemblée générale : le·la Président·e du Conseil Scientifique et un·e représentant·e du Comité de financement.

L'assemblée générale se réunit au moins une fois par an sur convocation du·de la Président·e. Elle se réunit de droit à la demande du tiers de ses membres sur un ordre du jour déterminé.

Les séances de l'assemblée générale sont préparées par l'administration du groupement et en premier lieu son·sa Directeur·trice. Les agent·e·s du groupement, ainsi que toute personne autorisée par le·la Président·e peuvent assister aux séances. L'assemblée générale peut inviter à participer à ses réunions toute personne physique ou représentant de personne morale sans que ces derniers n'aient un quelconque pouvoir délibératif.

Les convocations sont adressées par courrier simple ou par voie électronique au moins 15 jours ouvrés avant la tenue de la séance. Les convocations comportent la date, l'heure et le lieu de la séance, ainsi que l'ordre du jour et les documents y afférents. En cas d'urgence dûment justifiée, ce délai est réduit à 5 jours.

Lorsque l'assemblée est appelée à se prononcer sur le budget et les comptes annuels, la convocation comprend en annexe le document budgétaire et les comptes annuels.

L'assemblée générale ne délibère que sur les questions inscrites à l'ordre du jour. Toutefois, au début de chaque assemblée, l'ordre du jour peut être complété par demande d'au moins deux des membres présents ou représentés.

Toutes les propositions de décisions soumises à l'assemblée générale sont présentées par le·la Président·e lors d'un conseil d'administration.

Une feuille de présence est émargée par les membres du groupement entrant en séance et certifiée par le·la Président·e.

Les délibérations de l'assemblée générale font l'objet d'un procès-verbal signé par le·la Président·e ou, en cas d'absence, un·e Vice Président·e, et conservés au siège du groupement.

Les modalités de fonctionnement de l'assemblée générale seront précisées dans un règlement intérieur.

10.3 – Répartition des voix

En assemblée générale, chaque membre fondateur et adhérent dispose d'une voix délibérative par représentant.

En cas d'égalité des voix, celle du·de la Président·e est prépondérante.

Le·la représentant·e de chaque membre peut désigner par écrit un·e mandataire habilité·e à le·la représenter à l'assemblée générale.

Au titre de l'administration du groupement, elle délibère sur les sujets suivants :

- 1) Les orientations générales du groupement,
- 2) Le programme des activités de l'année à venir, après avis des comités consultatifs,
- 3) La dissolution anticipée du groupement, ainsi que les mesures nécessaires à sa liquidation,
- 4) Toute modification de la convention constitutive,
- 5) L'admission ou l'exclusion d'un membre,
- 6) Les modalités financières et administratives de retrait d'un membre du groupement,
- 7) L'approbation du règlement intérieur initial du groupement, qui peut évoluer ensuite par décisions du Conseil d'administration,
- 8) Le quitus de la gestion des organes de direction du groupement,
- 9) La nomination et la révocation des administrateurs,
- 10) Le transfert du siège social.

Article 11 – Conseil d'administration

11.1 – Composition

Le groupement est administré par un Conseil d'administration comprenant 13 membres élu·e·s par l'assemblée générale au scrutin secret pour une durée de 5 ans, renouvelable.

Les élections ont lieu par collège selon les modalités suivantes :

- 1^{er} collège : 4 représentant·e·s dont 2 représentant·e·s de la Ville de Strasbourg.
- 2^{ème} collège : 3 représentant·e·s
- 3^{ème} collège : 3 représentant·e·s
- 4^{ème} collège : 1 représentant·e
- 5^{ème} collège : 2 représentant·e·s

Sont membres avec voix consultative du Conseil d'administration : le·la Président·e du Conseil scientifique, un·e représentant·e du Comité des usager·ère·s et un·e représentant·e du Comité de financement.

Le Conseil d'administration peut convier à ses réunions des personnalités qualifiées selon l'ordre du jour. Ces personnalités ne participent pas au vote des délibérations.

Le Conseil d'administration convie également les partenaires du groupement, qui ne participent pas au vote des délibérations.

Le mandat d'administrateur·trice est exercé gratuitement. Toutefois, le Conseil d'administration peut allouer des indemnités de défraiement pour les missions qu'il confie aux administrateurs·trices dans le cadre du budget voté par le Conseil d'administration.

11.2 – Fonctionnement

Le Conseil d'administration se réunit au moins une fois par trimestre et aussi souvent que l'exige l'intérêt du groupement, sur convocation de son·sa Président·e ou à la demande de la majorité de ses membres.

Le Conseil d'administration délibère valablement si la moitié de ses membres sont présents ou représentés et si au moins un membre de chaque collège est présent.

Tout membre du Conseil d'administration empêché de participer à une réunion du Conseil peut donner mandat à un autre membre du Conseil d'administration administrateur pour le représenter. Nul ne peut recevoir plus d'un mandat.

Les décisions du Conseil d'administration sont prises à la majorité des suffrages exprimés. Chaque représentant élu au sein de son collège dispose d'une voix délibérative.

En cas d'égalité des voix, celle du·de la Président·e est prépondérante.

Le compte rendu du Conseil d'administration est transmis aux membres de l'assemblée générale.

11.3 – Compétences

Le conseil d'administration prend toutes les décisions qui ne relèvent pas de l'assemblée générale et particulièrement les décisions budgétaires (budget primitif, décisions modificatives du budget et compte financier) :

1) L'organisation générale du groupement lui permettant de mener les missions définies à l'article 4, dont son projet stratégique et le programme annuel prévisionnel d'activité ;

- 2) La nomination du·de la Directeur·trice sur proposition du·de la Président·e du Groupement
- 3) La fixation des participations respectives des membres au Conseil d'administration par un règlement intérieur
- 4) La convocation des assemblées générales et la fixation de l'ordre du jour
- 5) Le fonctionnement du groupement
- 6) La rédaction d'un rapport financier à destination des membres de l'assemblée générale
- 7) La mise en place d'un règlement intérieur
- 8) Le budget du groupement, les décisions modificatives, le compte administratif et l'affectation des résultats.
- 9) L'élection du·de la Président·e et des Vices-Président·e·s.
- 10) Désigner les membres du conseil scientifique

Article 12 – Président·e du groupement

Le·la Président·e du groupement est élu·e par le Conseil d'administration parmi les représentants des membres fondateurs du Groupement. Il·elle est élu·e pour cinq ans et pour un mandat renouvelable une fois. Le Conseil d'administration élit également en son sein deux Vice-Président·e·s qui assurent la suppléance du·de la Président·e en son absence.

En présence de deux Vice-Président·e·s, le·la Vice-Président·e le·la plus âgé·e assure en 1^{er} lieu la suppléance du·de la Président·e en son absence.

Le·la Président·e du groupement est le·la Président·e de l'Assemblée générale et du Conseil d'administration.

Le·la Président·e assure par son arbitrage le fonctionnement régulier des instances qu'il préside.

Il·elle est chargé·e de la mise en œuvre et de la bonne application des orientations définies par l'assemblée générale.

Il·elle contribue au rayonnement du groupement et au développement du groupement. Le·la Président·e assure la représentation du groupement.

Il·elle peut déléguer une partie de ses attributions au·à la Directeur·trice, après accord du Conseil d'Administration.

Article 13 – Le·la Directeur·trice

Le·la Directeur·trice est nommé·e par le Conseil d'administration sur proposition du·de la Président·e du groupement. Il·elle assure le fonctionnement du groupement sous l'autorité du Conseil d'administration. Il·elle a autorité sur les personnels du groupement.

Dans les rapports avec les tiers, le·la Directeur·trice engage le groupement pour tout acte entrant dans son objet. Il·elle est à ce titre habilité·e à ester en justice.

Il·elle reçoit délégation du Conseil d'administration pour passer des contrats et conventions au nom du groupement. Il·elle participe de droit, avec voix consultative, au Conseil d'administration, auquel il·elle rend compte de sa gestion ainsi qu'à l'assemblée générale. Il·elle prépare les travaux et exécute les décisions du Conseil d'administration et de l'assemblée générale.

Le·la Directeur·trice coordonne une direction collégiale avec les responsables des pôles et peut déléguer sa signature, selon des conditions précisées au règlement intérieur.

Article 14 – Les instances paritaires

Le groupement peut créer, sur décision du Conseil d'administration, une ou des instances paritaires (comité technique, commission consultative paritaire, comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail).

Les modalités d'élection et de saisine de ces instances sont précisées par un règlement intérieur.

Article 15 – Le Conseil scientifique

Les missions du conseil scientifique sont de :

- Donner un avis sur les activités et projets de recherche initiés par la Maison Sport Santé
- Faciliter et soutenir le développement de ces projets et la diffusion de leurs résultats
- Faciliter, si nécessaire, les liens avec les activités de recherche et d'innovation menées par les partenaires du groupement sur le territoire
- Donner un avis sur le rapport annuel, le suivi et l'évaluation des activités de la Maison Sport Santé de Strasbourg
- Donner un avis sur les aspects éthiques des projets développés et/ou proposés à la Maison Sport Santé de Strasbourg
- Veiller au respect des règles découlant du Règlement général sur la protection des données à caractère personnel, et à l'utilisation des données de santé
- Emettre un avis sur les formations dispensées au sein de la Maison Sport Santé
- Valider l'accès aux données, aux ressources, aux bénéficiaires, de la Maison Sport Santé pour tout projet de recherche

Le conseil scientifique peut convier à ses réunions des personnalités qualifiées et/ou le·la représentant·e du comité des usager·ère·s.

Le conseil scientifique élit en son sein un·e Président·e- qui siège au Conseil d'administration et à l'assemblée générale avec voix consultative. Le·la Président·e ne doit pas être un·e représentant·e élu·e d'un collègue au Conseil d'administration.

Le Conseil scientifique de la Maison Sport Santé de Strasbourg est pluridisciplinaire. Ses membres, apportant leur expertise dans leurs domaines de compétences propre sont nommé·e·s par les membres du Conseil d'administration au sein des collèges ou parmi des personnalités qualifiées proposées par des membres du Conseil d'administration. La durée de leur mandat est déterminée par le règlement intérieur du groupement d'intérêt public.

Il se réunit au moins une fois par an.

Le conseil scientifique présente un rapport annuel devant l'assemblée générale.

Article 16 – Le Comité des usager·ère·s

Le Comité des usager·ère·s est une instance chargée de représenter les usager·ère·s de la Maison Sport Santé de Strasbourg.

Dans l'attente d'une éventuelle création d'une association des usager·ère·s de la Maison Sport Santé, les usager·ère·s qui souhaitent siéger au comité peuvent en manifester le souhait auprès du groupement.

Les parents des enfants bénéficiaires des actions de la Maison Sport Santé peuvent également y siéger.

Les conditions de fonctionnement du comité pourront être régies par un règlement intérieur propre.

Le Comité des usager·ère·s se réunit au moins une fois par an.

Ses avis concernant les points à l'ordre du jour de l'assemblée générale et du Conseil d'administration sont joints aux délibérations communiquées aux membres de l'assemblée générale et du Conseil d'administration.

Il peut demander à mettre à l'ordre du jour du CA ou de l'AG un-des point-s.

Il émet un avis et est consulté sur tout projet structurant au sein de la Maison Sport Santé de Strasbourg.

Il peut s'autosaisir de tout sujet concernant le projet stratégique et/ou l'objet du groupement.

Il se réunit systématiquement en amont de l'assemblée générale, du Conseil d'administration et/ou du Conseil scientifique.

Il est destinataire de l'ordre du jour et des délibérations proposées à l'assemblée générale et au Conseil d'administration, une semaine avant leur réunion. Il peut émettre des avis sur ces délibérations, lesquelles sont transmises aux membres de l'assemblée générale et du Conseil d'administration.

Il émet un avis, sur les travaux réalisés au cours de l'année précédente et sur le programme d'activité de l'année à venir. Cet avis est présenté en assemblée générale par un·e représentant·e du Comité élu en son sein.

Il siège en assemblée générale et au Conseil d'administration. Il veille à la bonne présentation des avis du comité des usager·ère·s en assemblée générale et en Conseil d'administration.

Le Comité des usager·ère·s présente un rapport annuel devant l'assemblée générale.

Article 17 – Le Comité de financement

Le Comité de financement est une instance consultative chargée de :

- Mettre en cohérence la réalisation du programme d'activité annuel avec les orientations des financeurs en termes de subvention ;
- Prendre connaissance de toute initiative (appels à projets...) des membres fondateurs et partenaires relative aux missions du groupement;
- Prendre connaissance de toute initiative nationale ou européenne (appels à projets...) relative aux missions du groupement ;
- Instruire collectivement des propositions financières proposées au Conseil d'administration.

Il réunit le-la Directrice et les responsables de pôle concernés, les membres fondateurs ou adhérents ainsi que les partenaires y contribuant financièrement. Les membres fondateurs ou adhérents, potentiellement concernés par le versement d'une subvention, se retirent du comité dès lors que l'attribution d'une subvention les concernant est débattue entre les financeurs.

Le Comité de financement se réunit au moins deux fois par an sur invitation du-de la Directeur-trice.

Il désigne un-e représentant-e pour siéger au sein de l'assemblée générale et du Conseil d'administration, parmi les partenaires financeurs du groupement.

Le Comité de financement présente un rapport annuel devant l'assemblée générale.

TITRE III GESTION DU GROUPEMENT

Article 18 – Budget et compte financier

Le budget, préparé par le-la Directeur-trice et chacun-e des responsables de pôle, présenté par son-sa Président-e, est adopté chaque année par l'assemblée générale.

Il inclut l'ensemble des opérations de recettes et de dépenses prévues pour l'exercice. Il distingue les opérations de fonctionnement et les opérations d'investissement. Il est voté en équilibre réel.

Ces dispositions sont applicables aux décisions modificatives, au compte financier et à l'affectation des résultats.

Toutefois, sous réserve de ratification par l'assemblée générale lors de sa plus prochaine réunion, le-la Directeur-trice peut arrêter des décisions modificatives provisoires qui ne portent pas atteinte à l'équilibre de chacune des sections du budget et qui n'ont pas pour objet un virement de crédits entre chapitres de personnel et chapitres de matériel ni entre la section de fonctionnement et la section d'investissement.

Les conditions d'attributions des moyens de chacun des membres sont précisées dans une annexe financière révisée lors de l'assemblée générale d'adoption du budget.

Article 19 – Résultats de l'exercice

L'activité du groupement ne donne lieu ni à la réalisation ni au partage de bénéfices.

L'excédent éventuel des recettes d'un exercice sur les charges correspondantes est affecté en tout ou partie à la constitution de réserves, à la couverture des charges d'exploitation de l'exercice suivant ou au financement des dépenses d'investissement.

Le déficit éventuel d'un exercice doit être apuré lors de l'exercice suivant soit par imputation sur les réserves, soit par réduction des dépenses de l'exercice suivant.

Article 20 – Tenue des comptes

Le groupement est soumis aux règles de gestion financière et comptable publiques : application des dispositions du titre III du décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012.

La comptabilité du groupement est tenue et gérée par un agent·e comptable.

L'agent·e comptable est nommé·e par arrêté du Ministre en charge du budget.

Article 21 – Contrôle économique et financier de l'Etat

Le groupement est soumis au contrôle de la Chambre Régionale des Comptes. Il est également soumis au contrôle de l'Inspection Générale des Affaires sociales dans les conditions prévues par le décret n° 90-393 du 2 mai 1990 modifié.

Par ailleurs, les dispositions du Titre II du décret n° 55-733 du 26 mai 1955 portant codification et aménagement des textes relatifs au contrôle économique et financier de l'Etat et du décret n° 53-707 du 9 août 1953 relatif au contrôle de l'Etat sur les entreprises nationales et certains organismes ayant un objet d'ordre économique et social, lui sont applicables.

Le Directeur Régional des Finances Publiques ou son représentant, exerce auprès du groupement la fonction de contrôleur d'Etat.

Article 22 – Commissaire du gouvernement

Le Préfet du Département du Bas-Rhin ou son représentant exerce la fonction de Commissaire du Gouvernement. Il est chargé de contrôler l'activité et la gestion du groupement.

Le Commissaire du Gouvernement assiste avec voix consultative aux séances de toutes les instances délibératives du groupement. Il est destinataire des convocations, ordres du jour et tous autres documents adressés aux membres de ces organes avant chaque séance.

Il reçoit notamment communication avant leur examen par lesdits organes :

- des projets de modification de la convention ou du programme d'activité,
- des projets d'emprunts,
- des projets de recrutement de personnel propre qu'il doit approuver,
- des prévisions annuelles et de dépenses et des modifications qui y sont apportées,
- des comptes de l'exercice clos.

Le Commissaire du Gouvernement dispose d'un droit de visite des locaux occupés par le groupement.

Pour les décisions qui mettent en jeu l'existence ou le bon fonctionnement du groupement, le Commissaire du Gouvernement peut provoquer une nouvelle délibération dans un délai de quinze jours à compter de la date à laquelle le procès-verbal de la séance lui a été communiqué.

TITRE IV

FIN DU GROUPEMENT

Article 23 – Dissolution

Le groupement est dissous par :

1° Décision de l'assemblée générale

2° Décision de l'autorité administrative qui a approuvé la convention constitutive, notamment en cas d'extinction du projet

La dissolution du groupement entraîne sa liquidation, mais la personnalité morale du groupement subsiste pour les besoins des opérations de liquidation.

Article 24 – Liquidation

L'assemblée générale nomme un-e ou plusieurs liquidateurs-trices et détermine les règles relatives à leur rémunération.

Les pouvoirs et l'étendue des pouvoirs du de la liquidateur-trice sont fixés par l'assemblée générale.

Article 25 – Dévolution des actifs

Après paiement des dettes et, le cas échéant, reprise des apports, l'excédent d'actif est attribué à un ou plusieurs bénéficiaires conformément aux décisions prises par l'assemblée générale du groupement.

TITRE V DISPOSITIONS DIVERSES

Article 26 – Règlement intérieur

Le règlement intérieur complète les stipulations de la présente convention constitutive pour ce qui concerne le fonctionnement du groupement. Il sera approuvé par le Conseil d'administration.

Article 27 – Condition suspensive

La présente convention constitutive est conclue sous réserve de son approbation par l'autorité administrative compétente, qui en assure la publicité conformément à la réglementation en vigueur.

Article 28 – Date d'exercice des compétences

L'assemblée générale, le-la Président-e et le-la Directeur-trice exercent à compter de la création du groupement (date de publication de l'arrêté du Préfet) les compétences qui leur sont attribuées. La présente convention est conclue sous réserve de son approbation et de sa publication par les autorités compétentes.

Fait à Strasbourg, le <XX>

Annexe 1 – Contributions des membres du groupement d'intérêt public

- **Ville de Strasbourg** : 6 ETP mis à disposition gracieusement ; une subvention annuelle de fonctionnement ; la mise à disposition gracieuse des locaux boulevard de la Victoire à Strasbourg ; la mise à disposition de créneaux dans ses équipements ;

- **Département du Bas-Rhin** :
 - *Subventionner l'investissement initial réalisé par la Ville de Strasbourg dans l'aile médicale des Bains Municipaux, à hauteur de XXX XXX € maximum, soit XX % d'un coût prévisionnel éligible de 4 583 333 € HT (en attendant l'officialisation du montant lors de notre séance plénière du 24 juin) dans le cadre du contrat départemental de développement territorial et humain conclu avec la Ville de Strasbourg le 24 juin 2019 ;*
 - *Subventionner les projets et actions « de droit commun » existants au titre du Contrat Local de Santé et de la conférence des financeurs de l'autonomie ;*
 - *Alimenter le partenariat autour du Living Lab, en lien avec le projet du Département d'installer une Maison du Bien-Être et de Sport-Santé à Saverne : échange de données, partage d'expériences, réflexions communes ;*
 - *Co-construire des formations-actions spécifiques pour les aidants naturels et familiaux en lien avec la Maison de l'autonomie ;*
 - *Faciliter le lien avec les 18 collèges strasbourgeois et leurs principaux, en vue de proposer, par conventionnement et à titre gratuit, des actions « sport-santé » adaptées aux collégiens, au sein des établissements ou de la Maison Sport-Santé*

- **Région Grand Est** : *à compléter*

- **Université de Strasbourg** : *aide à la conception de formations, accueil de stagiaires, sujets de thèse, etc.*

- **Hôpitaux Universitaires de Strasbourg** : mise à disposition de temps ETP de médecins (0,1 ETP par profession pôles gériatrie, psychiatrie, rhumatologie), recherche et formation, vœu de participation au conseil scientifique, échanges de bonnes pratiques sur l'éducation thérapeutique du patient, passerelle avec le dispositif CAPS.

- **UGECAM - IURC :**

A travers l'IURC :

- Orientation des bénéficiaires du dispositif Sport-Santé sur ordonnance relevant d'une évaluation en médecine physique et de réadaptation vers l'un des services spécialisés de l'IURC,
- Mise à disposition la piscine de l'IURC-site Strasbourg gracieusement à l'équipe d'éducateurs sportifs dédiés aux dispositifs de la Ville, aux créneaux horaires non dédiés à l'activité hospitalière, pendant la durée de la fermeture des bains municipaux et au-delà, selon de nouvelles modalités à définir,
- Accès favorisé, pour les bénéficiaires du dispositif Sport- Santé sur Ordonnance et de PRECCOSS, aux autres équipements sportifs de l'IURC, aux créneaux horaires non dédiés à l'activité hospitalière, aux diététiciennes, pour les bénéficiaires en affection longue durée qui nécessiteraient cet accompagnement spécifique, aux programmes d'éducation thérapeutique du patient dont l'IURC est le promoteur, en ambulatoire,
- Poursuite de la recherche clinique en Médecine Physique et de Réadaptation (MPR) dans le cadre de l'universitarisation de l'IURC, sur des cohortes de bénéficiaires du Dispositif Sport- Santé sur Ordonnance pour évaluer l'effet sur le long terme du dispositif Sport et Santé,
- Participation au Conseil scientifique

A travers l'UGECAM Alsace :

- Orientation des patients strasbourgeois accueillis dans l'un des sites de l'UGECAM Alsace du département du Bas-Rhin (Schirmeck, sites de l'IURC, sites du CERRAN), vers le Dispositif Sport et santé,

- Elaboration et mise en œuvre conjointe d'un programme d'éducation thérapeutique du patient pluridisciplinaire axé sur l'activité physique santé, adaptée aux pathologies chroniques, accessible au sein de la future Maison du Sport- Santé, selon des conditions à définir,
- Participation à la formation des éducateurs sportifs de la Ville de Strasbourg par des médecins et rééducateurs de l'UGECAM Alsace, suivant des modalités à préciser. »
- **Institut Siel bleu** : Partage d'expérience sur la mise en place de programme de recherche appliquée et de recherche développement de nouvelles pratiques concernant la prévention santé pluridisciplinaire auprès d'un public varié ;
 - Apport du réseau national et européen ISB et SB et passerelle vers d'autres territoires ;
 - Contribution à hauteur de 10% ETP du responsable Recherche et de 10% ETP de la responsable de l'incubateur de l'Institut Siel Bleu (soit au total 20% ETP) pour co-construire des projets de recherche et développement.
- **IREPS Grand Est** :
 - Participation aux instances (Assemblée Générale, Comité scientifique)
 - Mise à disposition temps homme pour :
 - apporter une expertise technique sur la MSS en tant que telle (son élaboration, sa mise en œuvre, son évaluation) et les projets portés par la MSS
 - participer aux travaux de recherche
 - participer à des projets expérimentaux innovants, en partenariat, sur la PS en matière d'AP et d'AE
 - proposer des actions de formation à destination des acteurs et des publics (ex : renforcer les savoirs, savoir-être et savoir-faire des acteurs en matière d'AP et d'AE ; se former aux techniques de l'entretien motivationnel ; dispensation et/ou coordination ETP ; Comment prendre en compte les inégalités de santé dans la promotion de l'AP et de l'AE ; Comment prendre en compte les questions de littérature en santé de la population, ; Animer des séances collectives, etc.)

- accompagner méthodologiquement la MSS et les acteurs/porteurs dans l'élaboration, la mise en œuvre et /ou l'évaluation de leurs projets de promotion de la santé en AP et AE
- animer des temps d'échanges de pratiques à destination des acteurs/porteurs
- être en appui de la gouvernance (Comité scientifique, Comité des usagers/publics/habitants - selon terme défini)- mettre à disposition des ressources documentaires, élaborer des produits documentaires (bibliographie, veille, sélection d'outils...)
- **France Assoc Santé : à compléter**
- **Comité Régional Sports pour Tous** : mise à disposition de temps homme du Conseiller Technique Régional Sports pour Tous à hauteur de 2 % maximum de son temps de travail et ouverture du réseau des clubs affiliés à la FF Sports pour Tous dans le Bas-Rhin (137 clubs) afin d'expérimenter et d'assurer la continuité de la pratique d'activité physique dans les associations de proximité ;
- **Comité Départemental Olympique et Sportif du Bas-Rhin** : Mise à profit de la cartographie des créneaux sport-santé et labellisés *Prescri'Mouv* dans le Bas-Rhin : Mise à disposition des clubs strasbourgeois ; Formation des éducateurs sportifs de ces associations ; Temps agent/Mise à disposition de personnel : maximum 10% du temps de travail de l'agent de développement
- **MGEN** :
 - Adressage de personnes et de patients par le biais du centre médico-dentaire de Strasbourg
 - Echanges de pratiques sur l'éducation thérapeutique du patient, en lien avec le centre médico-dentaire de Strasbourg

- Co-construction d'actions de prévention en lien avec la section départementale MGEN et le centre médico-dentaire de Strasbourg
- Participation au conseil scientifique
- **Biovalley France** : participation au conseil scientifique sous réserve de nomination par le Conseil d'administration ; participation à l'animation de la Maison Sport Santé sur le volet innovation, partage des pratiques d'innovation, participation à la gestion des relations avec les entreprises et les laboratoires de recherches universitaires.
- L'association Unis Vers le Sport : mise à disposition temps éducateur sportif, participation formation, construction de l'offre passerelle L'association la Ligue contre le Cancer – comité du Bas-Rhin :
 - Animation d'ateliers « expression ligue » autour de thème qui touchent au Cancer ou plus large, ouverts aux bénéficiaires de SSSO.
 - Réflexion autour de l'intervention des médiateurs santé dans les parcs sans tabac.
 - Accompagnement des professionnels autour de la prise en charge des patients touchés par le cancer.
 - Proposer des activités de bien-être (yoga, taï chi), dans les locaux de la MSS, ouvert à leurs patients + aux patients de SSSO.
 - Ateliers dans la cuisine pédagogique, via mise à disposition d'intervenants.
 - Sur des consultations tabacologiques dans la MSS
 - Possibilité d'organiser des ateliers collectifs de la psychologue, avec des bénéficiaires de SSSO, dans la MSS (ils organisent des ateliers collectifs pour leurs patients dans leurs locaux et sont très ouverts au partage d'expérience).
- L'Office des sports
- Mutualité Française Grand-Est : **acteur** dans la MSS et apporter son expertise au sein des différents temps de réunion du GIP. De part notre statut d'opérateur de prévention, nous

pourrons mettre en place des actions de Prévention et Promotion de la Santé au sein de la MSS et à destination de ses usagers à travers notre programmation d'actions. L'ensemble des informations pourront être relayées aux mutuelles ; pour rappel, l'une des missions principales de la Mutualité Française est de fédérer plus de 300 mutuelles santé à l'échelon national, qui protègent 35 Millions de personnes.

Les contributions des membres fondateurs sont précisées dans l'annexe financière annuelle.

Les contributions des partenaires :

- CARSAT Alsace-Moselle : réalisation d'actions collectives du bien-vieillir en inter-régimes ou au titre de la CARSAT.
- Rectorat / Caaps : Conseils et Accompagnement pour Agir en Promotion de la Santé en faveur des jeunes. Participer :
 - aux groupes de travail relatifs à la prévention primaire,
 - à la coordination pour une vision globale du territoire,
 - aux échanges de bonnes pratiques
 - à la co-conception de formations.

Annexe 8 – Convention individuelle d’adhésion au Groupement d’intérêt public⁴¹⁵



ARTICLE 1 : Objet

La présente convention est conclue en application de l’article 15 de la convention constitutive du GIP et a pour objet de préciser les conditions dans lesquelles la Collectivité européenne d’Alsace (« la CeA ») apporte son soutien aux activités du Groupement d’Intérêt Public Maison sport santé de Strasbourg conformément à ses statuts et tels que précisés dans la convention constitutive.

Ainsi, la convention a pour objet de préciser les moyens (humains, financiers, de locaux, matériels, logiciels) que la CeA s’engage à consacrer à l’exécution des missions du Groupement et les modalités éventuelles de remboursement sur facturation.

Cette convention définit également les conditions générales, la durée, le mode d’actualisation et de renouvellement des contributions.

ARTICLE 2 : Activités du Groupement d’intérêt public Maison sport santé de Strasbourg

Conformément à l’article 3 de la convention constitutive, dans le cadre de son objet d’intérêt général, le groupement exerce les missions suivantes :

- un espace d’accueil permettant, d’une part, d’informer et d’orienter les personnes dans leur programme sport-santé ;
- un lieu de réalisation d’un bilan de l’état de la personne, d’évaluation de sa condition physique, un lieu d’exercice de l’Activité Physique et Sportive et de l’Activité Physique Adaptée ;
- un lieu de formation des acteurs du champ sport/santé.

Pour mener à bien ces missions, la Maison Sport santé de Strasbourg est constituée de 3 pôles interagissant les uns avec les autres :

- Un pôle Ressources
- Un pôle Institut sport-santé
- Un pôle Laboratoire d’innovation ouverte

Ces missions sont susceptibles d’évoluer au regard des modifications des politiques publiques concernant le champ d’intervention de la Maison Sport Santé de Strasbourg.

ARTICLE 3 : Modalités pratiques de collaboration

3.1 Rappel des engagements de la Collectivité européenne d’Alsace tels que définis dans la convention constitutive

- Subventionner l’investissement initial réalisé par la Ville de Strasbourg dans l’aile médicale des Bains Municipaux, à hauteur de 916 667 € maximum, soit 20 % d’un coût prévisionnel éligible de 4 583 333 € HT dans le cadre du contrat départemental de développement territorial et humain conclu avec la Ville de Strasbourg le 24 juin 2019 ;
- Subventionner les projets et actions « de droit commun » existants au titre du Contrat Local de Santé et de la conférence des financeurs de l’autonomie ;
- Alimenter le partenariat autour du Living Lab, en lien avec le projet de la CEA d’installer une Maison du Bien-Être et de Sport-Santé à Saverne : échange de données, partage d’expériences, réflexions communes ;
- Co-construire des formations-actions spécifiques pour les aidants naturels et familiaux en lien avec la Maison de l’autonomie ;
- Faciliter le lien avec les 18 collèges strasbourgeois et leurs principaux, en vue de proposer, par conventionnement et à titre gratuit, des actions « sport-santé » adaptées aux collégiens, au sein des établissements ou de la Maison Sport-Santé ;

3.2 Mise en œuvre des engagements

- Pour l'investissement : la CeA soutiendra le projet de rénovation de l'Aile médicale des Bains Municipaux située boulevard de la victoire à Strasbourg, sur la base des factures produites à cet effet, et ce dans la limite de 916 667€, conformément au contrat départemental de développement territorial et humain conclu avec la Ville de Strasbourg (délibération n°CD/2019/020 du 24 juin 2019) ;
- Pour le fonctionnement : une enveloppe de 25 000€ au titre de la conférence des financeurs sera versée au GIP MSS au titre du premier trimestre 2021 tel que prévue par la délibération n° CP/2020/381 du Département du Bas-Rhin en date du 2 novembre 2020 ; une enveloppe complémentaire d'un montant prévisionnel de 75 000€ est sollicitée auprès de la CeA (conférence des financeurs de l'autonomie) au titre du 2^{ème} semestre 2021 ;
- La CeA facilitera le partage d'expériences entre la MSS de Strasbourg et le projet de Maison du Bien-Être et de Sport-Santé à Saverne ;
- La CeA participera avec la MSS à la co-construction d'actions en direction des aidants familiaux ;
- La CeA facilitera auprès des collégiens strasbourgeois et des communautés éducatives des 18 collèges concernés la connaissance et la diffusion des actions menées par la MSS de Strasbourg, notamment le dispositif PRECCOSS dédié aux enfants et adolescents en surpoids et/ou obèses ;
- La CeA participera, en fonction des sujets traités et selon les compétences qu'elle pourra mobiliser, au Conseil Scientifique du Groupement.

ARTICLE 4 : Conditions d'application et de renouvellement de la convention

4.1 Prise d'effet et durée de la convention

La convention est établie pour une période d'un an. Elle pourra être renouvelée par tacite reconduction chaque année.

L'application de la présente convention fera l'objet d'une évaluation annuelle selon des modalités à déterminer.

Elle se fera sur la base du rapport d'activité annuel de la Maison sport santé de Strasbourg. L'objectif de cette évaluation sera d'améliorer l'efficacité de la collaboration entre la CeA et la Maison sport santé de Strasbourg.

La convention pourra être dénoncée par chacun des signataires moyennant un préavis de six mois.

4.2 Modification de la convention

Toute modification de la présente convention devra faire l'objet d'un avenant signé entre toutes les parties à condition que cette modification n'en remette pas en cause les principes fondamentaux. Tous les avenants ultérieurs feront partie intégrante de la présente convention et seront soumis à l'ensemble des dispositions qui la régissent.

ARTICLE 5 : Règlement des litiges

Tout litige dans la mise en œuvre des contributions entre le Groupement d'Intérêt Public Maison sport santé de Strasbourg et la CeA fera l'objet d'une conciliation entre les parties. Sans accord obtenu, il sera porté devant le conseil d'administration du GIP Maison sport santé et le/les service/s de la CEA réunis conjointement.

⁴¹⁵ Convention individuelle d'adhésion de la collectivité européenne d'Alsace au groupement d'intérêt public Maison sport-santé de Strasbourg, 22 février 2021.



Fait à Strasbourg, le

Le Président du Conseil de la Collectivité
européenne d'Alsace

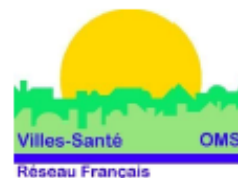
Le Président du Groupement d'Intérêt Public
Maison Sport Santé de Strasbourg

[Signature]

[Signature]

Ce document est établi en deux exemplaires.

Annexe 9 - Appel à communication du conseil scientifique de la Maison sport-santé dans le cadre des 5èmes assises du sport-santé



Appel à communications

5^{èmes} Assises européennes du sport santé sur ordonnance

Strasbourg

Le 10 octobre 2022, aura lieu la 5^{ème} édition des Assises européennes du sport santé sur ordonnance à Strasbourg, organisée conjointement par le GIP Maison sport santé de Strasbourg, la Ville de Strasbourg, le groupe de travail sport-santé du réseau français des villes santé de l'OMS et l'ANDES.

Cette journée de rencontres est ouverte à l'ensemble des acteurs du sport-santé : professionnels, bénéficiaires, chercheurs, agents territoriaux, étudiants ... Elle a ainsi pour vocation de questionner, explorer et promouvoir le sport-santé en France, en Europe et à l'international.

La raison d'être des Assises européennes du sport santé :

La 5^{ème} édition célébrera les 10 ans du lancement du programme « sport-santé sur ordonnance » à Strasbourg. Pour cette occasion, les Assises européennes du sport santé ont pour objectif de dresser un bilan, de rassembler et de fédérer la communauté des acteurs du « sport santé ».

Maison Sport Santé de Strasbourg • Groupement d'Intérêt Public • 1, Parc de l'Étoile - 67076 Strasbourg cedex
Tél. 03 68 98 85 43 • courriel : maisonsportsante-administration@strasbourg.eu



Les bénéfices pour la santé d'une pratique régulière d'activité physique à intensité modérée sont largement démontrés. Des campagnes d'incitation à « bouger plus » et « manger mieux » à la prescription médicale d'activité physique, les instruments d'une nouvelle action publique de sport-santé se sont durablement installés en France. Dès lors, le sport-santé revêt aujourd'hui une place importante dans notre société. Mais il fait également face à de nombreux défis : covid_19, santé mentale, modèle économique ... Ensemble, définissons les contours du sport-santé de demain.

« Sport-santé, 10 ans après »

10 ans après la première expérimentation, quel bilan pouvons-nous dresser ? Quels sont les différents modèles du sport-santé, comment ont-ils évolué et comment les faire évoluer ? Quelles innovations sont aujourd'hui développées dans le sport-santé ? Quel modèle économique pérenne permettrait de soutenir les initiatives territoriales ? Quelle peut/doit être la place de l'État, de l'assurance maladie, des mutuelles et des collectivités territoriales ? Quelle place du secteur économique privé dans le sport-santé ? Comment intégrer les bénéficiaires du sport-santé et les conduire vers l'auto-santé physique ? Comment évaluer l'impact des actions « sport santé » pendant et après leur déroulement ? Quel impact des Jeux Olympiques et Paralympiques de Paris 2024 sur le développement du sport-santé ? Quelles perspectives d'avenir du sport-santé ?

Les contributions pour les Assises du sport-santé pourront s'inscrire dans les différentes thématiques suivantes :

- Modèles et dispositifs de sport-santé en France, en Europe et à l'international
- Pratiques, innovations et projets de terrain du sport-santé
- Bénéficiaires du sport-santé
- Politiques publiques, partenariats et modèle économique du sport-santé
- Évaluer l'impact du sport-santé
- Jeux olympiques et paralympiques et sport-santé

Des sessions d'ateliers et des tables rondes seront organisées pour répondre aux différents axes de communications.

Format des communications :

Les communications proposées devront s'inscrire dans les axes des Assises décrits ci-dessus.

Le format de la communication devra être précisé dans le formulaire de soumission. Deux types de communications sont possibles :

- Les communications orales, d'une durée de 15 minutes seront suivies d'échanges de 5 à 10 minutes. Elles seront programmées dans des ateliers d'une durée de 1 h 30 animés par un/e modérateur/trice.
- Des communications écrites sous forme de poster, un espace sera dédié à la présentation de posters. Une session sera réservée dans le programme, durant laquelle les communicants seront invités à répondre aux questions.

Les communications pourront donner lieu, par la suite, à publication au sein des actes des Assises européennes du sport-santé.

Calendrier :

- Ouverture de la soumission : **15 mars 2022**
- Clôture de la soumission : **20 mai 2022**
- Retours du conseil scientifique : **30 juin 2022**
- Assises du sport santé : **10 octobre 2022**

Instructions aux auteurs :

Le projet de présentation devra être soumis au format Word (.docx) et répondre aux exigences suivantes :

- Titre (Police : Times New Roman (TNR), taille : 14, lettres capitales, caractères gras, texte centré) ;
- Nom de(s) l'auteur.e(s) (Police : TNR, taille : 11, caractères gras, texte centré), institution d'appartenance (Police : TNR, taille : 11, caractères italiques, texte justifié) et email de l'auteur (Police : TNR, taille : 11, caractères soulignés, texte justifié) ;
- Résumé : maximum 2.000 caractères, espaces non compris (Police : Times New Roman, taille : 11, interligne simple, marges droite, gauche, haut et bas : 2,5 cm, texte justifié) ;
Ce résumé doit permettre de présenter le contexte, l'objet principal de la communication, les points saillants présentés et d'éventuels résultats ainsi que des éléments de discussion.
- Mots-clés (5 maximum) ;
- Références (à la fin du document, par ordre alphabétique, Normes APA, 5 maximum)

Les propositions de communication sont à envoyer avant le 20/05/2022 à l'adresse :
maisonsportsante-conseilscientifique@strasbourg.eu

Attentions particulières :

- Un auteur ne peut être déclaré "auteur présentateur" que pour un seul résumé, il pourra cependant être nommé dans autant de résumés qu'il le souhaite en tant que co-auteur.
- Les abréviations doivent être limitées et immédiatement compréhensibles.
- Un maximum de 3 co-auteurs est autorisé par résumé.
- L'inscription au colloque du présentateur est OBLIGATOIRE.
- Votre résumé doit être soumis en français ou en anglais.

Modalités d'inscription :

L'inscription en tant que communicant fera l'objet d'une procédure spécifique dès la rentrée 2022.

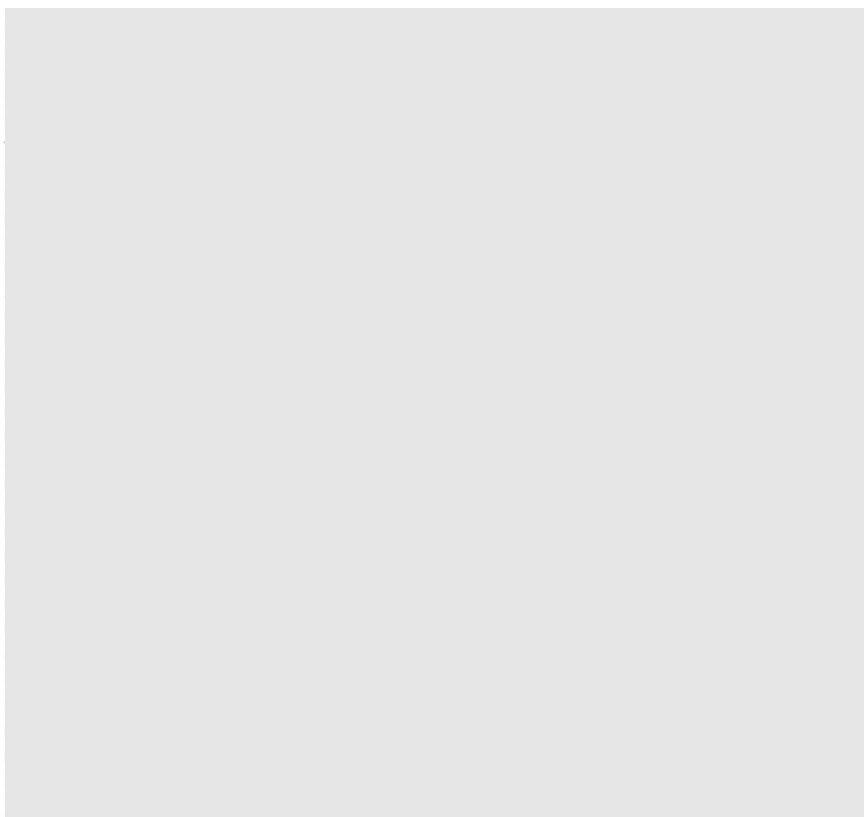
L'accès au colloque est ouvert à tous, et permet d'assister aux communications et aux ateliers. Il est demandé de s'inscrire par cette plateforme en cours de développement.

Le Colloque aura lieu en présentiel à Strasbourg. Le comité d'organisation se réserve le droit de basculer en tout distanciel, selon l'évolution de la situation sanitaire. Un lien sera alors envoyé aux participants.

L'inscription est gratuite.

Comité scientifique :

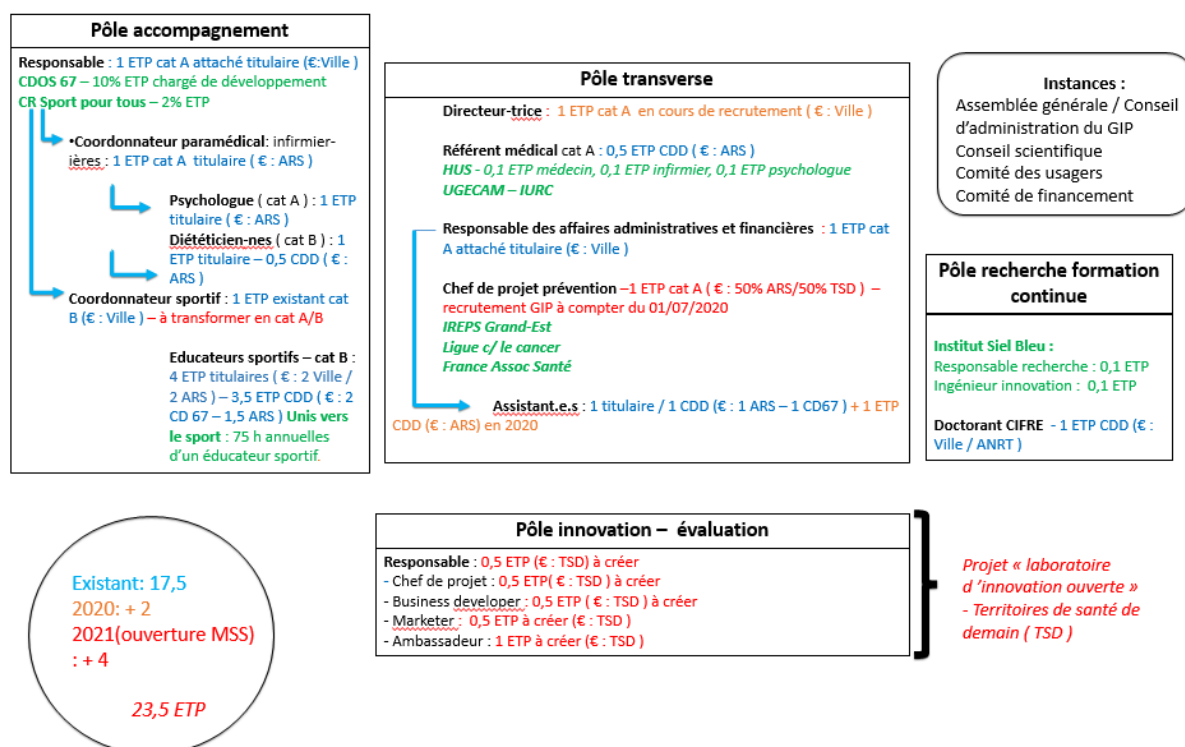
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-



Contact :

Pour toute question ou demande d'information, n'hésitez pas à contacter le comité d'organisation à l'adresse suivante : Maisonsportsante-conseilscientifique@strasbourg.eu

Annexe 10 – Organigramme cible de la Maison sport santé



Source - Comité de pilotage, Ville et Eurométropole de Strasbourg, septembre 2019

Annexe 11 - Délibérations, interpellations, Ville et Eurométropole de Strasbourg concernant la Maison sport santé et les bains municipaux

- 5 février 2010 : délibération en conseil de la communauté urbaine de Strasbourg sur le schéma directeur des piscines de la communauté urbaine de Strasbourg
- 24 septembre 2012 : interpellation en conseil municipal : Interpellation de Mme Fabienne Keller relative aux Bains municipaux et Palais des Fêtes : un patrimoine abandonné par la municipalité ? La vente d'ENEREST pourrait être la solution.
- 16 février 2015 : Interpellation en conseil municipal - Interpellation de Monsieur Éric SENET : Modifications conjoncturelles d'ordre du jour des Conseils municipaux.
- 23 mars 2015 : Interpellation en conseil municipal - Interpellation de Monsieur Jean-Philippe Vetter : Quel avenir pour les Bains Municipaux ?
- 18 mai 2015 : interpellation en conseil municipal - Interpellation de Monsieur Jean-Philippe Vetter : L'avenir des Bains Municipaux doit être décidé démocratiquement."
- 22-juin 2015 Délibération du Conseil Municipal - Rénovation des Bains Municipaux de Strasbourg - Mission d'étude à la Société Publique Locale Deux Rives.
- 12-oct-15 interpellation en conseil municipal - Interpellation de Monsieur Jean-Philippe Vetter : "Bains municipaux : le choix de la privatisation avant la concertation ?".
- 20-nov-15 Interpellation en Conseil Municipal - Interpellation de Monsieur Jean-Philippe Vetter : "Bains municipaux : un besoin de clarté".
- 12-mars-16 Délibération du Conseil Municipal - Rénovation des Bains Municipaux : Prise de compétences pour la Gestion de l'établissement des Bains Municipaux par la Ville de Strasbourg
- 27-juin-16 Délibération du conseil municipal - Rénovation des Bains Municipaux de Strasbourg : Demande de modification de l'intérêt métropolitain de la compétence « piscines » pour l'équipement « Bains de la Victoire » à Strasbourg. Cadrage général du programme et du montage opérationnel
- 30-sept-16 Délibération du conseil municipal - Projet de rénovation des Bains Municipaux : Demande de retrait de l'intérêt métropolitain de la compétence « piscines » pour l'équipement « Bains de la Victoire » à Strasbourg. Restitution de la compétence à la ville de Strasbourg. Cadrage général du programme et du montage opérationnel.
- 26-juin-17 Délibération du conseil Municipal - Bains municipaux : organisation et formalisation de l'opération. Désignations.

- 22/01/2018 *Délibération Conseil Municipal Bains Municipaux*
- 28/05/2018 *Délibération du Conseil Municipal : Projet Territoires d'Innovation Grande Ambition, « la santé en mouvements, une ambition partagée » : engagement de la ville de Strasbourg au sein du consortium coordonné par l'Eurométropole.*
- 15/10/2018 - *Délibération du Conseil Municipal - Rénovation des Bains Municipaux : Périmètre d'intervention de la SPL deux rives et création de la Maison "Sport-Santé" dans l'aile médicale.*

Cette délibération est la première qui aborde le terme même de maison du sport santé. Est alors retenue son implantation dans l'aile médicale des bains municipaux. La maison du sport santé est alors décrite comme répondant aux besoins et préoccupations de la concertation citoyenne. La maison y est présentée déjà comme un réseau municipal de prévention et de prise en charge.

- 21/01/2019 - *Délibération du Conseil Municipal - Rénovation des Bains Municipaux de Strasbourg : engagement de la phase opérationnelle du projet*

C'est cependant dès 2019 que la ville de Strasbourg adopte la convention constitutive du groupement d'intérêt public et crée le poste de préfigurateur-directeur de la Maison sport santé, poste mis à disposition par la Ville à destination du GIP.

- *Lundi 21 octobre 2019 Délibération du conseil municipal - Adhésion de la Ville de Strasbourg au Groupement d'Intérêt Public « Maison Sport Santé de Strasbourg »*

23/09/2019 Délibération du conseil municipal pour création du poste de préfigurateur-directeur du Groupement d'Intérêt public

Source - Étude documentaire, Pauline Blanc.

Annexe 12 - Tableau des indicateurs objectifs et subjectifs de la recherche

Groupe d'indicateurs objectifs	
Identité de l'interviewé	Présentation Âge Études réalisées Parcours professionnel
Appartenance sociale	Professions des parents
Appartenance institutionnelle	Poste Rôle dans l'institution
Rôle dans le projet de Maison Sport-Santé	Participation à des réunions du projet Participation à des instances Participation préalable aux dispositifs
Groupe d'indicateurs subjectifs	
Rapport à la Maison Sport-Santé	Connaissance du projet Représentation Définition Changement dans le travail de la personne avec le projet
Rapport à la politique de sport santé	Connaissance Représentation Définition
Rapport à l'activité physique	Pratique d'une activité : aujourd'hui et enfant
Concept de maison	Sentiment de nouveauté
Rôle dans le projet	Sentiment d'être acteur Raisons de l'implication

Interactions	Connaissances d'acteurs Interactions avec les acteurs Processus de décisions Appartenance au projet
Conflits débats	Freins dans l'action Conflits
Bénéficiaires – usagers	Définition Intégration Comité des usagers Patients experts – connaissance
Personnes à interviewer	Interconnaissance d'acteurs

Source – tableau des indicateurs d'entretiens, Pauline Blanc.

Annexe 13 - Échantillon d'entretiens

Instance	type	Responsabilité	Nom	Nombre
GIP	Représentants	Président		1
		Vice président		1
		Vice Président		1
		Président du Conseil scientifique		1
	Agents de la MSS	Directeur		1
		Responsable pôle accompagnement		1
		éducateurs	PRECCOSS	2
			SSSO	2
		Diététicienne	PRECCOSS	1
		infirmière coordinatrice		1
Membres fondateurs	Collectivités	CD 67	Technique	1
			Politique	1
	Universités/recherche	Biovalley		1
		Université		1
		Siel bleu		1
	Etablissements médicaux	HUS		1
			médecin	1
		UGEAM/IURC		1
	Associations	Ireps		1
		CDOS 67		1
		CROS		1
		Ligue contre le cancer		1
		Unis vers le sport		1
		France Assoc Santé		1
				1
	Mutuelles	MFGE		1
Partenaires	Santé	ARS		1
		CPAM		1
	Rectorat	CAAPS		1
	Collectivités	Région Grand Est		1
Ville de Strasbourg	Agents de la Ville de Strasbourg	chef de service	santé	1
			sport	1
		directrice	sport	1
			santé	1
	Personnes politiques	Adjoint santé Ville		1
		VP sport santé EMS		1
		adjoint aux sports		1
Bénéficiaires	PRECCOSS	Engagés dans la MSS		2
		Non engagés dans la MSS		2
	SSSO	Engagés dans la MSS		2
		Non engagés dans la MSS		2
	Représentants des usagers	Homme		1
		femme		1
Partenaires non engagés dans le GIP	Associations partenaires non engagées dans le projet	PRECCOSS		2
		SSSO		2
	TSD	chargée de projet		1
	Immobilier	Fritz Béblo comité		1
		comité de liaison		1
	DRDJSCS			1
	Régime local			1

Source - Tableau de l'échantillon d'entretien, Pauline Blanc.

Annexe 14 – Extrait du tableau ethnographique des rencontres avec les acteurs du GIP

Personne	Date de la première rencontre	Circonstances
Président du GIP	Ville de Strasbourg – janvier 2016	Stage de Master 2 au cabinet du maire de la Ville de Strasbourg.
Vice-présidente du GIP.	Décembre 2020	1 ^{res} instances du GIP MSS
Vice-président du GIP.	Janvier 2019	Écritures collaborative de la convention constitutive du GIP MSS
Co-Président du conseil scientifique	2018	Professeur lors de mon Master 2 PSAT.
Co-président du conseil scientifique	2019	Rencontrée au sein des premières réunions du GIP en février 2019.
Directeur du GIP	2018	Rencontré lors de mon Master 2 PSAT, dans le cadre de mon mémoire sur le sport-santé.
Responsable pôle accompagnement	2020	Rencontré au sein des premières réunions du GIP en février 2019 – contact référent initialement du Conseil départemental.
Éducateurs	2019 environ	Rencontrés pour mon mémoire Master 2 PSAT
Diététicienne	2019	Rencontrée lors de mon arrivée dans le service en avril 2019.
infirmière coordinatrice	2020	Recrutement en 2020, rencontrée par la suite.
CD 67	2019	Est devenu le responsable du pôle accompagnement.
Biovalley	2019	Rencontré au sein des premières réunions du GIP en février 2019
Université	2019	Rencontré en Master 2 PSAT.

Siel bleu	2019	Rencontré au sein des premières réunions du GIP en février 2019
HUS	2019	Rencontré au sein des premières réunions du GIP en février 2019
UGE CAM/IURC	2019	Rencontré au sein des premières réunions du GIP en février 2019
Ireps	2019	Rencontré au sein des premières réunions du GIP en février 2019
CDOS 67	2019	Rencontré au sein des premières réunions du GIP en février 2019
CROS	2019	Rencontré au sein des premières réunions du GIP en février 2019
Ligue contre le cancer	2019	Rencontré au sein des premières réunions du GIP en février 2019
Unis vers le sport	2019	Rencontré au sein des premières réunions du GIP en février 2019
France Assoc Santé	2019	Rencontré au sein des premières réunions du GIP en février 2019
MFGE	2019	Rencontré au sein des premières réunions du GIP en février 2019
ARS	2019	Rencontré au sein des premières réunions du GIP en février 2019
CPAM	2019	Rencontré au sein des premières réunions du GIP en février 2019
CAAPS	2019	Rencontré au sein des premières réunions du GIP en février 2019
Région Grand Est	2019	Rencontré au sein des premières réunions du GIP en février 2019

Chef de service santé Ville	2018	Rencontré lors de mon arrivé au service en février 2019. Il était alors chargé de projet sur les CLS.
Chef de service sports Ville	2018	Rencontré lors de mon Master 2 ALORE – stage au cabinet du maire et du président de la Ville et l’Eurométropole de Strasbourg.
Directeur sport ville	2018	Rencontré lors de mon Master 2 ALORE – stage au cabinet du maire et du président de la Ville et l’Eurométropole de Strasbourg.
Directrice santé ville	2019	Rencontrée lors de mon arrivée dans le service, en avril 2019.
Adjoint santé Ville	2018	Rencontré lors de mon Master 2 ALORE – stage au cabinet du maire et du président de la Ville et l’Eurométropole de Strasbourg.
VP sport santé EMS	2021	Première réunion le 12 mars 2021 sur l’intégration de l’Eurométropole dans le GIP.
adjoint aux sports	2020	Premières instances du GIP à l’automne 2020.
Bénéficiaires PRECCOSS	2020	Rencontrés lors de la 1 ^{re} réunion des bénéficiaires à l’automne 2020.
Bénéficiaires SSSO	2020	Rencontrés lors de la 1 ^{re} réunion des bénéficiaires à l’automne 2020.
Représentants des usagers	2020	Rencontrés lors de la 1 ^{re} réunion des bénéficiaires à l’automne 2020.
Associations partenaires	2020	Rencontrées au fil du temps (depuis mon stage de M2 PSAT lors de mon mémoire sur le sport santé).
Chargée de projet TSD	2019	Réunions de Territoire de santé de Demain, avril 2019.

Comité Fritz Béblo	2019	Premier comité de liaison des Bains municipaux suite à mon arrivée dans le service, printemps 2019.
Comité de liaison	2019	Premier comité de liaison des Bains municipaux suite à mon arrivée dans le service, printemps 2019.
Régime local	2020	Premier comité des financeurs, automne 2020.
DRDJSCS		Premières réunions du GIP Maison Sport-Santé en avril 2019.

Source – journal de bord de recherche, Pauline Blanc.

Annexe 15 - Extrait du carnet ethnographique numérique du contexte de passation des entretiens

Personne entretenue	Date	Lieu	Contexte
Éducateur sportif PRECCOSS	11 décembre 2020	Centre administratif, Ville de Strasbourg. Sur sa proposition. Salle 068.	1^{er} entretien réalisé. L'enquête me remercie. Au début de l'entretien, il s'adresse principalement au micro comme à une personne extérieure, réexpliquant le projet, sans me regarder. Petit à petit son regard se pose plus sur moi. L'entretien dure une heure. Lors de l'entretien il me définit en tant que chargée de projet. Il termine l'entretien en me disant que je suis très appréciée par les équipes et qu'il faut absolument que je rencontre les autres membres de l'équipe. Il m'assimile donc à mon statut professionnel au sein de la collectivité.
Bénéficiaire de sport santé sur ordonnance – représentant des usagers	18 janvier 2021	Centre administratif, Ville de Strasbourg. Sur sa proposition. Salle 068.	Nous avons convenu d'un entretien avec ce représentant des usagers. Il est arrivé avec au moins trente minutes d'avance, me disant avoir peur d'être en retard. Installés dans la salle, nous débutons l'entretien. Il me vouvoie, mais m'appelle par mon prénom. A plusieurs reprises, il me désigne comme faisant partie de l'équipe de la Maison Sport-Santé. Il profite également de ce temps d'échange pour m'interpeller sur plusieurs sujets de Maison Sport-Santé

			pour lesquels il semble m'identifier comme ressource. Nous convenons en fin de réunion d'un point avec le Directeur du GIP sur l'engagement des usagers dans la Maison Sport-Santé.
Référente technique – Agence régionale de Santé	26 janvier 2021.	Entretien <i>skype</i> , souhaité de sa part.	Au début de l'entretien, notre référente technique souhaite avoir des précisions sur le sujet de la thèse, ses modalités, et mon échéancier futur. Nous nous tutoyons. L'échange dure environ une heure.
Educatrice sport-santé sur ordonnance	19 février 2021	Au 38 route de l'hôpital, lieu de travail de l'équipe sport-santé sur ordonnance.	L'entretien se déroule en amont de la réunion d'équipe sport-santé sur ordonnance. Nous nous installons dans la salle d'activité. Nous nous tutoyons. Pendant l'entretien, des personnes passent dans la salle. Le Directeur de la Maison Sport-Santé arrive en amont de la réunion, nous changeons de salle. Sur la fin de l'entretien, plusieurs personnes passent devant la nouvelle salle, ce sont des équipes de la Maison Sport-Santé. Nous devons nous presser sur la fin de l'entretien pour suivre la réunion.
Bénéficiaire de sport-santé sur ordonnance – représentante des usagers	19 février 2021	Centre administratif, Ville de Strasbourg. Sur sa proposition. Salle 068.	Lors de l'entretien et en amont nous nous tutoyons. L'entretien dure environ une heure. Les mains de l'enquêtée sont très expressives. Avant l'entretien, l'enquêtée en profite pour discuter avec le directeur du GIP. A la fin de l'entretien, elle le salue également.

			Nous convenons de nous réunir à nouveau pour parler du comité des usagers.
L' élu en charge de la santé auprès de la Maire de Strasbourg, président du GIP MSS.	19 février 2021.	Centre administratif, Ville de Strasbourg. Dans le bureau de l' élu.	L' entretien fait suite à une réunion avec le directeur du GIP, moi-même et les services du ministère des Sports. Le début de notre rencontre est dédié à la composition du conseil scientifique. Nous discutons sur la base d' une proposition de conseil scientifique. Nous passons ensuite à l' entretien. A la fin de l' entretien, l' élu me parle de politique, me connaissant auparavant pour des engagements politiques locaux. Il me prête également une revue de santé publique.
Éducatrice sport-santé sur ordonnance	19 février 2021	Au 38 route de l' hôpital, lieu de travail de l' équipe sport santé sur ordonnance.	L' entretien a été décalé une première fois à cause de mon arrêt maladie. Nous nous installons dans une bulle d' entretien, à la suite de la réunion d' équipe sport-santé sur ordonnance. Nous nous tutoyons. Au cours de l' entretien, nous sommes contraints de nous arrêter à cause d' un mauvais enregistrement. Nous continuons l' entretien après avoir résolu cette problématique. A plusieurs reprises, elle recherche des notes de réunions pour appuyer ses propos
Référent technique – Biovalley	22 février 2021	Sur sa proposition, par <i>skype</i> .	Nous nous retrouvons en entretien, je lui explique ma thèse sur sa question. L' entretien est interrompu à plusieurs

France			reprises, car il se trouve chez lui et ses enfants viennent le voir. L'entretien est décontracté, nous nous tutoyons.
Référent politique MGEN –	22 février 2021	Par <i>skype</i> .	L'entretien se déroule par <i>skype</i> , sur sa proposition. Nous nous vouvoyons. Il me demande ce que je souhaite faire à la suite de ma thèse.
Référent politique CDOS 67 –	23 février 2021	Dans les locaux du CDOS 67, sur sa proposition. A Strasbourg.	C'est la première fois que je vais dans les locaux du CDOS 67. Il m'appelle en amont pour bien m'indiquer où nous nous retrouvons. J'arrive dans le bureau et m'installe sur une table de réunion. Il reste sur son bureau, tourné vers moi. Avant l'entretien, on vient lui demander de regarder un document. Nous sommes seuls dans le bureau et nous vouvoyons. Il me demande dans quel cadre j'effectue mon travail. A la fin de l'entretien, nous discutons du projet de Maison Sport-Santé et de la formation des éducateurs. Il m'indique plusieurs informations et me dit de prendre attache avec son chargé de mission.
Référente technique CAAPS (Rectorat) –	23 février 2021	Dans les locaux de CAAPS, au Rectorat de Strasbourg, sur sa proposition.	Tout en acceptant l'entretien sur son principe, elle me demande par mail des précisions sur le cadre de ma thèse (sujet). Arrivée au Rectorat, elle me présente dans un premier temps dans son bureau une personne de son équipe. Nous nous installons dans une salle de réunion. Nous nous tutoyons. Elle me demande d'abord où en est le projet

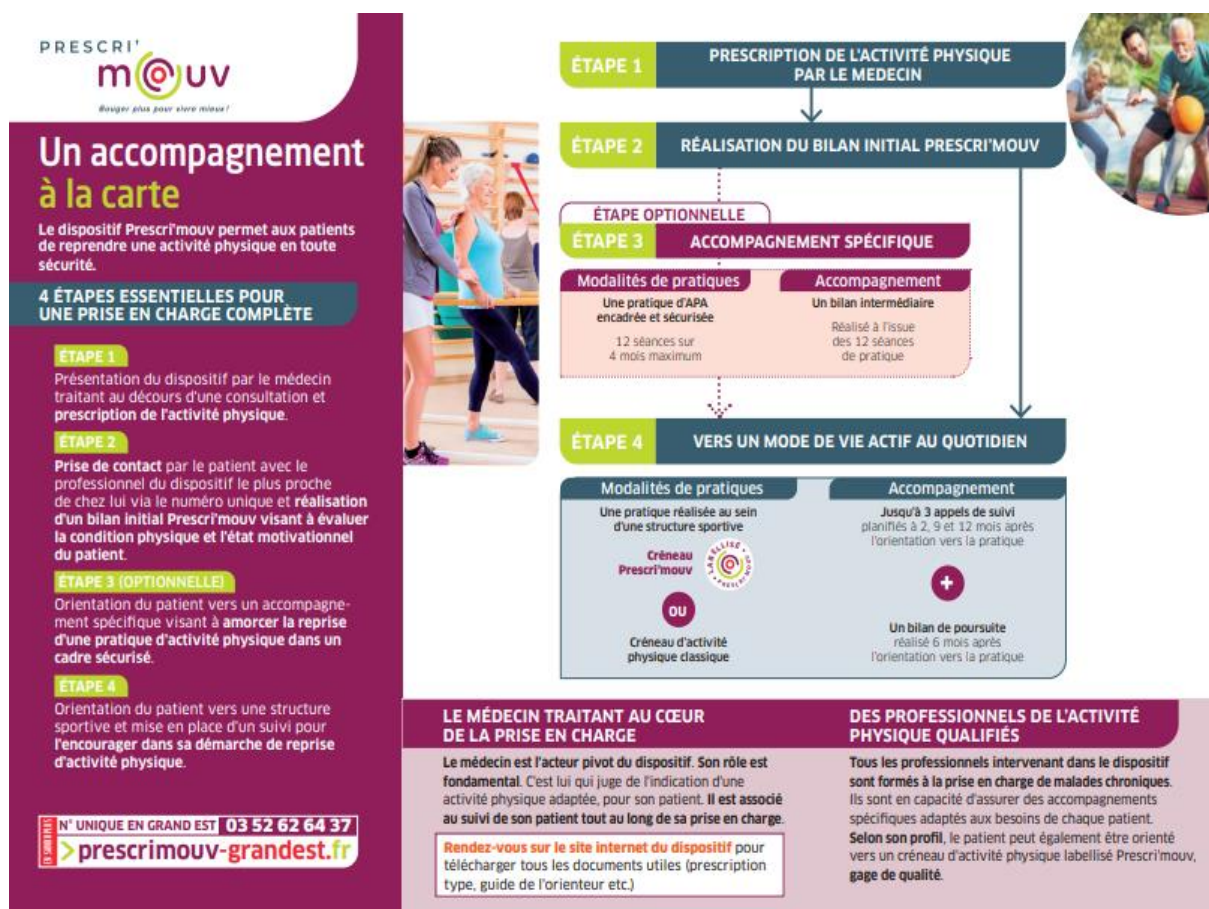
			« Joue pour ta santé ». Je lui indique que nous venons de recruter une agente dédiée au sujet qui prendra rapidement contact avec elle.
Référente technique – IREPS Grand Est	25 février 2021	Entretien par <i>skype</i> , à sa demande.	L'entretien commence par des explications sur le cadre de ma thèse, etc. La discussion est libre, nous nous vouvoyons. Elle me donne un contact d'une personne à joindre et m'indique qu'elle la prévient que je pourrais lui écrire. Elle m'écrit un mail en ce sens et me remercie pour nos échanges qui lui ont permis de réfléchir sur le projet. L'entretien dure 1 h 10 environ.
Référente technique – Sport pour tous 67	25 février 2021	Par <i>zoom</i> , à sa demande.	Je suis en retard du fait d'une réunion. Les échanges sont très naturels et nous nous tutoyons. Elle me demande notamment ce que je souhaite faire à la fin de mon travail de thèse. L'entretien dure 1 h 10 environ.
Educateur sportif – dispositif PRECCOSS	1 mars 2021	Locaux de PRECCOSS – Hautepierre	L'entretien se déroule dans les locaux de PRECCOSS, l'éducateur me reçoit dans son bureau. Nous nous tutoyons du fait que nous nous connaissons déjà.
Médecin référent – dispositif PRECCOSS	1 mars 2021	Locaux de PRECCOSS – Hautepierre	La médecin référente du dispositif me reçoit dans son bureau de PRECCOSS. Nous nous tutoyons. A plusieurs reprises, elle m'interpelle sur mes missions au sein de la Maison Sport-Santé, m'intégrant également dans son discours dans des éléments que doit réaliser par la suite la Maison Sport-

			Santé.
Infirmière coordinatrice – dispositif PRECCOSS	1 mars 2021	Locaux de PRECCOSS – Hautepierre	L’infirmière coordinatrice du dispositif me reçoit dans son bureau de PRECCOSS. Nous nous tutoyons.
Mère d’un bénéficiaire du dispositif PRECCOSS	1 mars 2021	Centre administratif, Ville de Strasbourg.	La mère d’un bénéficiaire du dispositif PRECCOSS souhaite réaliser l’entretien dans les locaux de la Ville, en présentiel. Je vais la chercher dans les couloirs de la Ville de Strasbourg, nous nous installons dans une salle de réunion. L’entretien dure 1 h10 et la discussion se poursuit dans les couloirs. La mère du bénéficiaire me remercie pour l’action de la Maison Sport-Santé
Élu en charge des sports	1 mars 2021	Bureau de l’élu en charge des sports – Centre administratif de la Ville de Strasbourg	L’entretien se déroule dans le bureau de l’élu en charge des sports au Centre administratif de la Ville de Strasbourg. L’entretien se déroule de manière assez rapide, l’élu a un rendez-vous par la suite.
Référent technique – Collectivité européenne d’Alsace (CeA)	2 mars 2021	Au siège de Strasbourg de la Collectivité européenne d’Alsace.	L’entretien se déroule au siège de la CeA. Lors de mon arrivée, le référent technique parle avec le directeur des sports de la CeA, que je connais. Il lui parle d’ailleurs de ces connaissances antérieures. Nous nous installons par la suite dans son bureau. L’entretien se déroule alors que le référent technique vient d’être officiellement retenu pour un poste de la Maison Sport-Santé. Il s’agit donc d’une première rencontre à

			ce titre et dans le cadre de la thèse.
Référente bien-être / vivre mieux, ville de Strasbourg	3 mars 2021	Locaux de la direction des sports Ville de Strasbourg	L'entretien se déroule dans une salle de réunion de la direction des sports.
Cheffe du projet Territoire de santé de demain	4 mars 2021	<i>Skype</i> à sa demande.	L'entretien se déroule par <i>skype</i> . Nous nous tutoyons.
Vice-présidente de la Ligue contre le cancer Alsace	4 mars 2021	Locaux de l'association Ligue contre le cancer	A sa demande, l'entretien se déroule dans les locaux de la Ligue contre le cancer.
Chargée de projet contrats locaux de santé, anciennement dédiée au dispositif sport-santé sur ordonnance	5 mars 2021	Centre administratif de la Ville de Strasbourg	L'enregistrement lui est difficilement accepté initialement, ne comprenant pas les motifs. L'entretien est délicat dans la passation des questions. Certaines questions provoquent une résistance de l'enquêtée. Du fait de nos antécédents au sein du service santé, nous nous tutoyons pendant l'entretien.
Diététicienne du dispositif PRECCOSS	8 mars 2021	<i>Skype</i>	L'entretien est réalisé par <i>skype</i> avec la diététicienne. Nous nous tutoyons.
Président de l'association Siel Bleu – référent politique de l'association	9 mars 2021	<i>Skype</i>	L'entretien est réalisé par <i>skype</i> avec le président de l'association. Nous nous vouvoyons.

Source – journal de bord de recherche, Pauline Blanc.

Annexe 16 - Nouveau parcours PRESCRIMOUV



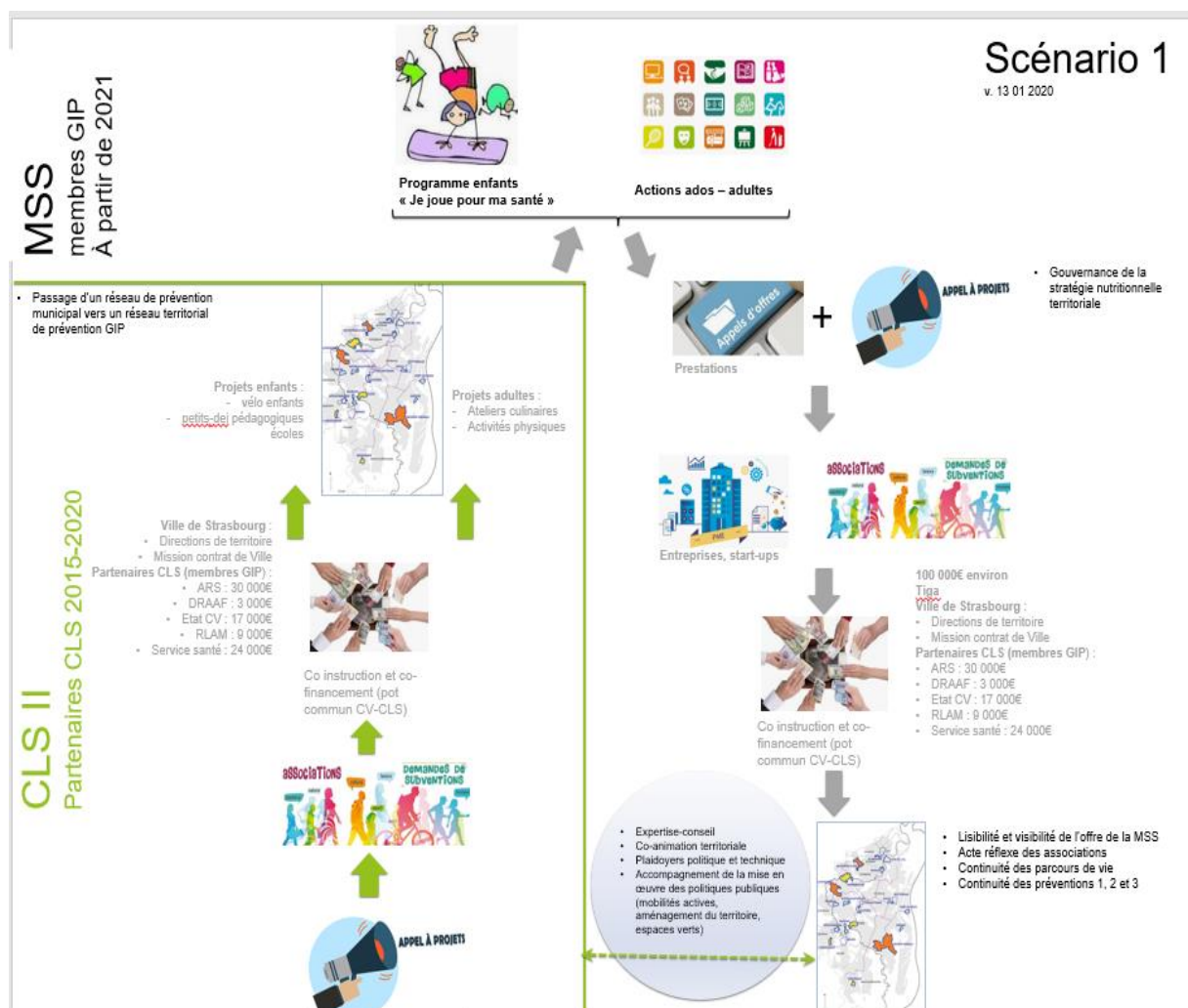
Source - Flyer Prescri'mouv Grand Public, agence Régionale de Santé. <https://www.grandest.ars.sante.fr/dispositif-prescri-mouv-ameliorez-votre-sante-et-votre-condition-physique-grand-public>

Annexe 17 - Présentation de la maison commune comprenant les actions – TSD



Source - Ville et Eurométropole de Strasbourg de Strasbourg, dossier de candidature, territoire de santé de demain (2019).

Annexe 18 - Préfiguration de la prévention primaire nutrition dans la MSS - Scenarii interfaces MSS – Ville



Source - stage M2 EHESP Rennes – 2020, Ville et Eurométropole de Strasbourg.

Annexe 19 - Article des DNA du mercredi 3 mars 2021 : une pétition pour veiller à l'intégrité patrimoniale des Bains Municipaux

DNA - Mercredi 3 Mars 2021

LA VILLE EN DÉBAT

Une pétition pour veiller à l'intégrité patrimoniale des Bains municipaux

Restitués, mais mutilés et inaccessibles ? Quel avenir veut-on, réellement, pour les Bains municipaux ? Dans une tribune, l'association « Les Amis des Bains municipaux de Strasbourg » (ABMS), par la voix

« En 2017, la mairie de Strasbourg, par la voix

s'était engagée à rénover les Bains pour les « restituer identiques, mais en plus beau ». On sait bien que les promesses, en France, n'engagent que ceux qui les croient, mais certains d'entre nous ont été proprement éberlués d'apprendre que les plans pour l'aile médicale présentés, le 8 décembre 2020, à un petit nombre de personnes et sans aucune forme de concertation préalable, confinent au saccage patrimonial.

Entendons-nous bien : lorsque nous disons « mutilés et inaccessibles », nous parlons des bains médicaux, que bien peu de Strasbourgeois connaissent bien. Pourtant, le plateau hydrothérapique (photo) qui s'y trouve au rez-de-chaussée, est un des joyaux de la Neustadt, et bénéficie de la plus haute protection patrimoniale, en tant que « Monument classé ». Lorsque nous parlons de « saccage patrimonial », nous parlons de l'aile médicale, mais aussi d'une zone wellness créée dans les sous-sols de l'édifice principal, d'une exigulté à rendre claustrophobe un banc de sardines.

Beaucoup de Strasbourgeois ignorent – et la Ville fait bien peu pour les informer correctement – qu'il n'y a non pas un, mais trois chantiers dans le complexe des Bains municipaux. Seule la partie classée « Monument historique » des Bains natatoires a été confiée au prestigieux cabinet d'architecte [redacted] qui y a réalisé un travail remarquable de rénovation. La partie wellness, a été confiée à un sous-traitant du maître d'ouvrage, INA.

Mais revenons à l'aile médicale : là, le problème architectural n'est pas lié à un défaut de conception de la part du bureau d'architecture (en l'occurrence, celui de [redacted] Colmar), mais à un défaut de programmation.

■ Les trois défauts majeurs du plan actuel de l'aile médicale

Pour sauver la situation, c'est nous, les citoyens, qui devons pousser les responsables politiques à revoir leur copie. Les travaux ne commencent pas avant plusieurs mois, nous avons encore le temps d'agir.

Le plan actuel de l'aile médicale a trois défauts majeurs :

1/ Il rend inaccessible un patrimoine classé, sauf pour un petit nombre d'inscrits à des cours sport-santé ayant lieu dans cet espace ;
2/ Il dénature le plateau hydrothérapique en en faisant un objet muséal sans fonction, contrairement à ce qui se passe pour les mêmes objets dans la restauration dirigée par François Chailion, et ce, bien que le degré de protection soit le même ;
3/ Il affecte les deux tiers de l'es-



L'association « Les Amis des Bains municipaux de Strasbourg » veut faire en sorte d'éviter la destruction/amputation du plateau hydrothérapique de l'aile médicale. Photo Gilles Klein

pace à des entités administratives au lieu de respecter la finalité « sport santé ».

Pourtant, le porteur du projet, [redacted], s'était publiquement engagé, le 25 janvier 2020 [...] à tout faire pour que le plateau hydrothérapique reste en fonction.

Que nenni ! Sous prétexte que les douches et les cuves seraient « irrémédiablement cassées » le plan prévoit de rien garder qu'une trace muséale. Qui veut tuer son chien... Or, on a pu constater que le patrimoine est resté parfaitement fonctionnel, comme avant la fermeture de cet espace, précédemment affecté au sauna.

Faut-il alors imaginer que la fin de la partie a été sifflée, selon une expression dont aime user

[redacted] ? Non ! Le Comité Fritz Behlo, instance de suivi patrimonial franco-allemande créée en 2018 (dont l'existence n'a, curieusement, jamais été révélée au grand public...) a trouvé une solution : on peut faire une discrète passerelle couverte entre l'extrémité gauche de la piscine extérieure des Bains et le plateau hydrothérapique, pour maintenir ce dernier en fonction. Cette passerelle, étant loin de la rue Prechter et cachée de la vue depuis la rue Fritz-Kiener, serait à peine visible et respecterait le caractère patrimonial de l'édifice.

Une autre solution consisterait à simplement prendre le mot « Maison Sport Santé » à la lettre. La Ville crée actuellement des milliers

de mètres carrés de bureaux pour les agents de l'Eurorégion à quelques minutes à pied des Bains, dans l'ancienne Caisse primaire d'assurance sociale (rue de Berner/rue de Lausanne). Pourquoi ne pas y loger les administratifs et affecter l'immeuble entier à des activités sport-santé ? [...] Le plateau hydrothérapique retrouverait alors la fonction pour laquelle il a été créé : fournir des conditions hygiéniques et esthétiques optimales aux utilisateurs sport santé, c'est-à-dire nous, les citoyens de Strasbourg.

Mais la Ville a-t-elle, réellement, le souci des utilisateurs ou celui du patrimoine ? On peut en douter. [...] Aussi, une association, dénommée « Les Amis des Bains municipaux de Strasbourg » (ABMS)

a été créée le lundi 1^{er} mars 2021, qui a pour principal objectif de veiller à l'intégrité patrimoniale du bâtiment.

Nous vous prions donc de signer, si vous souhaitez contribuer à la protection des Bains municipaux, la pétition qui est en dessous de ce texte, en vous rendant sur notre site www.amisdesbains.com (multilingue, en cours de création).

Vous pouvez aussi devenir membre de notre association pour un montant modeste (10 euros), qui nous aidera à régler les frais administratifs et à maintenir notre site web.

Faut-il accepter la dénaturation des bains au motif que notre Ville serait assez riche en patrimoine ? Il faut au moins en débattre. C'est aussi ça, la « démocratie directe »...

■ La pétition

Souhaitez-vous que la Ville de Strasbourg respecte les engagements pris en 2017 de restituer les Bains Municipaux « identiques, mais en plus beau » et prenne réellement toutes les mesures techniques pour permettre au plus grand nombre de la population et aux visiteurs de profiter des espaces classés Monument historique ? Cela inclut notamment le maintien en fonction du plateau hydrothérapique de l'aile médicale, classé Monument historique, qui serait dénaturé et rendu inaccessible si les plans actuels, décidés en l'absence de débat public, étaient maintenus.

Les Amis des Bains Municipaux de Strasbourg
www.amisdesbains.com

Source – DNA du 3 mars 2021

Annexe 20 - Avis des usagers concernant la réforme du parcours sso, 21 février 2022



Strasbourg, le 21 février 2022

Lors de sa réunion du lundi 21 février 2022, le Comité des Usagers de la Maison Sport Santé de Strasbourg a été saisi pour émettre un avis relatif à la refonte du parcours « Sport Santé sur Ordonnance ».

Après concertation et vote, le Comité émet l'avis suivant :

☒ Avis favorable

☐ Avis défavorable

Par ailleurs, le Comité émet les recommandations complémentaires suivantes :

Le Comité des usagers émet un avis favorable à la refonte du parcours permettant une adaptation en fonction des besoins, à l'accès à un plus grand nombre de bénéficiaires. Par ailleurs le Comité émet une alerte : Si l'ouverture à plus de pathologies, plus de bénéficiaires est favorable dans un contexte financier contraint, nous souhaitons qu'une attention particulière soit portée afin que ces évolutions ne fassent pas au détriment de la qualité de la prise en charge. L'accompagnement individuel demande du temps, l'activité doit pouvoir se poursuivre en petits effectifs, la prise en charge des bénéficiaires présentant des pathologies n'est pas juste celle du corps, mais aussi du cœur et de l'esprit. Cela doit rester au centre du dispositif.

Les représentants-tes du Comité des Usagers :



**La Maison sport-santé de Strasbourg, nouvel
instrument de l'action publique locale ?**

Jeux d'acteurs et dynamiques institutionnelles.

Résumé

Dans le cadre d'une action publique de santé locale, la Ville de Strasbourg développe depuis 2012 un programme de « sport-santé sur ordonnance » comme réponse au problème public de la sédentarité. La Maison sport-santé (MSS) constitue une nouvelle étape de cette action qui met en jeu une multitude d'acteurs. L'enquête qualitative en CIFRe (entretiens, observation participante, analyse documentaire, analyse d'archives) interroge le jeu des acteurs et questionne le contexte de développement de la MSS : local (historique, politique et épidémiologique) et à l'interface de plusieurs normes extérieures (label national). L'analyse permet de comprendre les interactions au sein de la nouvelle action publique locale ainsi que les stratégies tant institutionnelles qu'individuelles, les intérêts ou encore le rôle particulier joué par certains acteurs. La place des usagers dans la structuration d'un comité des usagers est également interrogée.

Mots clés : activité physique, instrument de l'action publique, démocratie participative, action publique.

Résumé en anglais

As part of a local public health initiative, the City of Strasbourg has been developing a “sport-health on prescription” program since 2012 as a response to the public problem of sedentary lifestyles. The Maison sport-santé (MSS) is a new stage in this initiative, which involves a multitude of players. The qualitative CIFRe study (interviews, participant observation, documentary analysis, archive analysis) examines the interactions between these stakeholders and explores the context in which the MSS was developed : local (historical, political and epidemiological) and at the interface of several external standards (national label). The analysis provides insight into the dynamics within this new local public action, as well as the institutional and individual strategies, interests, and the specific role played by certain stakeholders. The role of users in the formation of a user committee is also explored.

Keywords: physical activity, public action instrument, participatory democracy, public action.