

INJEP NOTES & RAPPORTS

RAPPORT D'ÉTUDE

■ Juin 2023

■ INJEPR-2023/05

Maisons sport-santé : l'émergence et la structuration d'un nouvel instrument d'action publique

AKIM OUALHACI

■ Chargé d'étude et de recherche, INJEP

Maisons sport-santé : l'émergence et la structuration d'un nouvel instrument d'action publique

Akim Oualhaci, chargé d'études et de recherche, INJEP

Pour citer ce document

OUALHACI A., 2022, *Maisons sport-santé : l'émergence et la structuration d'un nouvel instrument d'action publique*, INJEP Notes & Rapport/Rapport d'étude.

SOMMAIRE

SYNTHÈSE.....	5
INTRODUCTION.....	13
MÉTHODOLOGIE	17
1. CRÉATION DES MAISONS SPORT-SANTÉ : UN NOUVEL INSTRUMENT D'ACTION PUBLIQUE À LA CROISÉE DU SPORT ET DE LA SANTÉ.....	19
Du curatif au préventif.....	19
Un nouvel espace et de nouvelles opportunités pour des groupes professionnels du monde sportif	25
Les coordinateurs de MSS comme intermédiaires de l'action publique.....	29
Mettre le pied à l'étrier des publics éloignés de l'activité physique et sportive.....	30
Mettre les publics en mouvement	32
Effets de la labellisation MSS : entre statu quo et légitimation.....	34
2. LE SPORT-SANTÉ : UNE CAUSE PARTAGÉE, MAIS UN DÉVELOPPEMENT CONTRAIT	39
Les obstacles au développement des activités des MSS.....	39
« C'est toujours un juste milieu à trouver pour ne pas être trop cher parce que les gens n'ont pas forcément les moyens ».....	43
La crise sanitaire du COVID comme coup d'arrêt au développement du sport-santé	47
Les hommes participent moins aux activités des MSS.....	49
Des publics à distance du sport-santé, spatialement et symboliquement	50
Les effets d'une volonté politique affirmée.....	51
3. TERRITORIALISATION DE L'ACTION PUBLIQUE : DES STRUCTURES MISES EN RÉSEAU	55
Des acteurs mis en concurrence	56
Une quête de légitimité pour des acteurs du sport	58
Entre collaborations et logiques de distinction : trouver un nouveau cadre d'action commun ?.....	59
Les relations entre MSS et médecins : entre indifférence et collaboration.....	62
Des inégalités liées à l'ancrage territorial.....	70

4. COMMENT LES ACTEURS DES MAISONS SPORT-SANTÉ S'APPROPRIENT-ILS LE SPORT-SANTÉ ?	73
Des acteurs sportifs déjà convaincus, qui ont des attentes fortes à l'égard de l'État	73
Des appropriations du sport-santé différenciées	74
5. REPRÉSENTATIONS ET CATÉGORISATION DES PUBLICS DES MAISONS SPORT-SANTÉ PAR LES COORDINATEURS	77
Des inégalités sociales de santé et d'accès aux activités physiques et sportives.....	78
Accueillir tout le monde ou segmenter les publics par pathologie : un défi pour les MSS.....	80
Les MSS victimes de leur succès auprès des publics	81
CONCLUSION	87
BIBLIOGRAPHIE	89
ANNEXES	97
Annexe 1. Présentation générale des enquêtés	97
Annexe 2. Présentation générale des maisons sport-santé (MSS) enquêtées.....	99
Annexe 3. Liste des affections de longue durée (ALD)	102

Synthèse

Cette étude vise à comprendre la création et la structuration des maisons sport-santé en tant que nouvel instrument d'action publique à la croisée du sport et de la santé. Il ne s'agit pas tant de reconstruire la chronologie de l'invention du sport-santé, pour partie documentée¹ que de contribuer à une meilleure compréhension des inégalités face aux activités physiques et sportives et à la santé ainsi que des politiques publiques de réduction de ces inégalités, à partir du dispositif des maisons sport-santé (MSS). À cette fin, ce rapport d'étude se propose d'analyser les appropriations et les cadrages locaux de la politique publique de sport-santé en apportant des éléments de réponse à la question suivante : **comment la question du sport-santé, dont s'est récemment emparée l'action publique, a-t-elle été appropriée et coordonnée sur le terrain à travers le cas des maisons sport-santé** et comment façonne-t-elle et différencie-t-elle localement le rapport à la santé et à l'activité physique et sportive ?

Une étude basée sur des entretiens approfondis avec une trentaine de coordinateurs et coordinatrices de maisons sport santé

Pour répondre à ces questions, nous nous sommes intéressés aux opérateurs du sport-santé, les coordinateurs et chargés de développement des MSS, maillons essentiels de la chaîne d'intermédiation qui aboutit à la mise en œuvre du sport-santé et à son opérationnalisation. Ces acteurs participent activement à la (re)définition en acte de l'action publique – le sport-santé restant une catégorie floue qu'il leur faut sans cesse (re)définir – et à sa diffusion par « le bas », au plus près des populations, à travers le prisme des normes et le système de représentations de ces dernières.

Dans cette perspective, **cette étude porte sur le travail des acteurs du sport-santé, sur les actions que ceux-ci mènent sur le terrain et sur la manière dont ils s'approprient ces enjeux, construisent des collaborations et organisent ce champ d'intervention professionnelle émergent au niveau local.** Avec les enseignants en activité physique adaptée (APA), les éducateurs sportifs, et d'autres professionnels de santé tels que les médecins du sport et les spécialistes hospitaliers (cardiologues, oncologues), les coordinateurs de MSS sont en première ligne de la lutte contre la sédentarité par les actions qu'ils et elles mènent dans le but de mettre les populations à l'activité physique et sportive. Cette approche « par le bas », focalisée sur les acteurs qui mettent concrètement en œuvre le sport-santé sur les territoires, fait apparaître à la fois une cohérence et une diversité de manières dont les acteurs de terrain relayent l'action publique en matière de sport-santé au niveau local.

Au regard de ces enjeux, il nous a paru pertinent de resserrer l'étude sur les coordinatrices et coordinateurs de MSS car, d'une part, ceux-ci font partie des principaux acteurs de la mise en œuvre concrète et quotidienne du sport-santé à l'échelle locale ; d'autre part, ils sont ceux qui, probablement plus que tout autre acteur de cet espace social, se situent le plus fortement à l'interface entre le champ sportif et le champ de la santé, ainsi qu'entre les professionnels du sport-santé et les publics. Nous avons

¹ Voir : Defrance J., El Boujjoufi T., Hoibian O. (dir.), 2021, *Le sport au secours de la santé. Politiques de santé publique et activité physique : une sociohistoire, 1885-2020*, Vulaines-sur-Seine, Éditions du Croquant ; Gasparini W., Knobé S. (dir.), 2021, *Le sport-santé. De l'action publique aux acteurs sociaux*, Strasbourg, Presses universitaires de Strasbourg.

mené des entretiens auprès de coordinateurs et coordinatrices de 30 MSS ainsi que des observations. Les coordinatrices et coordinateurs enquêtés sont jeunes, surtout des femmes et possèdent la plupart un master en sciences et techniques des activités physiques et sportives mention « activité physique adaptée et santé ».

Saisir la mise en œuvre d'un nouvel instrument d'action publique à la croisée du sport et de la santé

Du curatif au préventif

La création des MSS témoigne d'une volonté de transition d'un modèle de soin curatif à un modèle de soin préventif et d'une appréhension plus individualisante des questions de santé et d'activité physique. Les orientations de santé publique en matière de maladies chroniques se fondent sur le principe selon lequel l'évitement des comportements à risque permet de les prévenir. Les tenants de cette dynamique préventive cherchent à transformer le cadrage du lien entre sport et état de santé individuel et à en faire une véritable question de santé publique. Les politiques de santé publique incitent ainsi davantage les individus à se prendre en main afin d'améliorer leur santé et de prévenir les maladies chroniques. Ces transformations à la croisée du monde médical et du monde des activités physiques et sportives induisent une volonté de convertir les sédentaires à ce nouveau paradigme par « l'éducation thérapeutique », à laquelle souscrivent pleinement les coordinateurs des MSS. Se déploient une nouvelle organisation des soins et de nouvelles pratiques professionnelles en réseau, qui permettent une prise en charge « adaptée » et des interventions de proximité, dont participent les MSS.

Une bonne partie des MSS enquêtées ont ainsi investi l'espace du sport-santé en partant du constat d'une hausse du nombre de personnes obèses dans leur environnement local, sans toutefois s'en tenir, par la suite, à cette pathologie et aux publics touchés par celle-ci, pour cibler plus largement les personnes sédentaires ou éloignées de l'activité physique et sportive.

La dynamique du sport-santé s'inscrit dans une volonté plus large de substituer un schème préventif, et non médicamenteux, au schème curatif, dominant en France dans la prise en charge et le traitement des pathologies liées notamment à la sédentarité, en présentant celle-ci comme une conduite dangereuse. En ce sens, elle vise à entraîner une véritable révolution culturelle, les coordinateurs de MSS enquêtés adhérant à ce changement de perspective.

Des activités physiques adaptées le plus souvent payantes et centrées autour d'un programme passerelle de 12 séances

Les maisons sport-santé constituent un nouveau dispositif, mis en place par les ministères en charge des sports et de la santé. Il s'agit d'une mesure « phare » de la Stratégie nationale sport santé 2019-2024 qui vise à lutter contre les inégalités de santé et d'accès au sport. **Les maisons sport-santé, au nombre de 436 au moment de l'enquête (2021-2022), sont réparties à travers tout le territoire et présentent l'originalité d'inciter à la collaboration des acteurs et professionnels du sport et de la santé qui travaillaient jusqu'ici peu ensemble.** L'objectif de la politique de développement du sport-santé est de mailler tout le territoire national, avec une attention particulière aux territoires en géographie prioritaire, où les difficultés sociales et sanitaires se cumulent : les quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV) et les zones de revitalisation rurales (ZRR).

Les maisons sport-santé ont ainsi une quadruple mission : accueillir le public souhaitant pratiquer ou reprendre une activité physique et sportive à des fins de santé, de bien-être, indépendamment de leur âge ; le renseigner sur les offres de pratiques disponibles localement ; l'informer et le conseiller sur les bienfaits de l'activité physique et sportive ou adaptée ; enfin, l'orienter vers des professionnels qualifiés.

Concrètement, **selon leurs ressources, leur réseau et leurs orientations, les MSS enquêtées s'en tiennent à mettre en place un programme « passerelle », souvent limité à 12 séances, ou à l'associer à un accueil des publics tout au long de l'année.** Le « programme passerelle » est un dispositif qui accueille et oriente les publics, en particulier les plus éloignés de l'activité physique et sportive, et si possible, qui encadre leurs activités physiques et sportives adaptées, mais sur un temps défini, avec l'objectif de rendre les usagers du sport-santé autonomes en l'espace de douze séances.

Les activités physiques et sportives proposées par les MSS sont par ailleurs très diverses : de la marche nordique, au basket-santé ou rugby-santé, en passant par du renforcement musculaire doux ou de l'aviron.

Le cahier des charges ministériel le réclamant, **les MSS enquêtées effectuent un suivi des publics de l'activité physique adaptée en relevant les progrès, en consignnant un ensemble de données,** voire en rappelant régulièrement les personnes au téléphone afin de garder le contact, à intervalles réguliers, après la fin du programme passerelle, par exemple un mois, trois mois, six mois et un an après.

Les activités proposées par les MSS sont le plus souvent payantes, avec des coûts qui diffèrent cependant largement entre les structures, en particulier selon leur statut public, associatif ou privé lucratif. Dans les MSS enquêtées, les coûts d'inscription à l'année s'étaient par exemple de 65 euros à 255 euros. Toutefois, dans de nombreuses MSS, lorsque les adhérents éprouvent des difficultés à payer, les responsables se montrent souples, proposant notamment des paiements étalés, afin de lever les freins à l'activité physique et sportive des publics défavorisés.

Le public des MSS : des femmes et des séniors

Deux types de population sont particulièrement visés. D'une part, les personnes atteintes de maladies chroniques (obésité, diabète, cancers, maladies cardiovasculaires), dans le cadre ou non d'une affection de longue durée, qui nécessitent une activité physique adaptée (APA) prescrite par un médecin (« sport sur ordonnance »), et encadrée par des professionnels formés. D'autre part, des individus sans problème de santé particulier mais qui n'ont pas pratiqué de sport depuis longtemps et éloignés de l'activité physique et sportive.

Dans les faits, **les coordinateurs des MSS ne cherchent pas tant à cibler les différentes pathologies (maladies cardio-vasculaires, diabète, cancer, etc.) qu'à viser la santé et le bien-être global des publics locaux en les rendant plus actifs.** Certaines MSS de l'enquête ont toutefois créé des programmes spécifiques ciblant une pathologie particulière, parfois à la demande de l'ARS. **Une grande partie des MSS enquêtées développent des programmes qui ciblent un public particulier, davantage axé sur des problématiques sociales que médicales** en tant quel tel.

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.** Le bouche-à-oreille fonctionne très bien pour le recrutement des publics des MSS d'après les coordinateurs rencontrés. Les séniors, par exemple, sont des personnes qui s'informent et qui ont été, pour certaines, réceptives à la publicisation des bienfaits du sport-santé.

Les hommes participent cependant nettement moins aux activités des MSS (voir *infra* annexe 2). La plupart des référents rencontrés estiment que la résistance des hommes à s'investir dans ce type de pratiques sport-santé encadrées est problématique, mais sans qu'ils aient, à ce stade, trouvé de pistes ou encore de solutions.

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. Les structures sont « victimes de leur succès » et si certains coordinateurs ou enseignants APA pensent que cette envie des usagers de ne plus aller pratiquer de l'APA dans une autre structure est une particularité de leur MSS, l'étude montre que cela se retrouve fréquemment. Plusieurs des coordinateurs des MSS réfléchissent à un parcours de sortie du dispositif ou en ont déjà établi un, les MSS n'ayant pas vocation à accueillir les publics sur du long terme, année après année, comme c'est le cas des associations sportives. Ainsi, une partie des publics est tellement satisfaite de l'offre d'APA dans les MSS qu'ils manifestent la volonté de continuer la pratique au sein de la MSS et non pas dans le cadre d'une association sportive, comme cela est normalement prévu *via* les programmes passerelles.

Effets de la labellisation MSS : entre statu quo et légitimation

Les maisons sport-santé sont inscrites dans la loi du 2 mars 2022 visant à démocratiser le sport en France, qui introduit une reconnaissance de leur habilitation ministérielle dans le code de santé publique. L'obtention du label « Maison sport-santé » se fait à condition de répondre au cahier des charges qui se trouve dans l'appel à projets élaboré par le ministère chargé des sports et le ministère des solidarités et de la santé. Les candidats doivent s'engager à « assurer la mise en place d'une évaluation des capacités physiques ainsi que des motivations de la personne accueillie afin de proposer un programme sport-santé personnalisé » et à « développer et partager les modalités d'évaluation ainsi que les résultats relatifs à l'accompagnement des personnes ». Le label MSS est un instrument de ce travail de légitimation et de mise en ordre de cet espace social. **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.** Elles ont également affirmé que cette reconnaissance ne leur permettait pas forcément d'être traitées d'égal à égal avec des acteurs institutionnels qui ne leur reconnaissent pas forcément une légitimité à prendre en charge des publics atteints d'une pathologie.

Des logiques différentes en fonction du statut des MSS (public, associatif ou privé lucratif)

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

Ce statut joue sur la dynamique et les activités proposées. A titre illustratif, l'enquête montre qu'il y a un enjeu autour des manières de nommer les publics des MSS. Ce processus de catégorisation des publics de l'action publique renvoie aux manières dont les coordinateurs conçoivent le sport-santé et

les activités des MSS et, au statut de la MSS, entreprise ou association. Les MSS de type entreprise ont tendance à les nommer « clients », et les MSS de type association les appellent plutôt des « adhérents », voire des « pratiquants ».

Par ailleurs, **s'ils sont davantage liés aux orientations politiques de la municipalité, les coordinateurs de MSS associées aux collectivités territoriales (ou aux fédérations sportives et à leur politique sportive, à l'échelle locale via les ligues et les comités fédéraux) disposent de moyens supérieurs** (accès à des salles et à des créneaux, à un réseau de partenaires important, à une visibilité significative, etc.). Les coordinateurs opérant dans des MSS constituées sur un modèle entrepreneurial à but lucratif disposent de plus de marge dans les orientations qu'ils souhaitent donner aux activités de leur MSS, mais disposent de moins de moyens matériels et dépendent davantage du financement sur appel à projets et de celui lié aux cotisations de leurs adhérents.

Le sport-santé : une cause partagée, mais un développement contraint

Convaincus des bienfaits de l'activité physique adaptée et de l'urgence à lutter contre les méfaits de la sédentarité, les coordinateurs rencontrés ont tous témoigné d'une forte volonté de participer à son développement du sport-santé depuis les MSS et leurs réseaux. Bien que le réseau des MSS se soit développé rapidement, ils font néanmoins état de freins et expriment de fortes attentes vis-à-vis de l'État.

Les obstacles au développement des activités des MSS

Un premier frein au développement du sport-santé tient au fait que cette nouvelle catégorie de l'action publique se situe au croisement de deux champs, le sport et la santé, ce qui en fait également une force. Cet entre-deux n'est pas sans créer, et ce malgré les avancées en termes de compréhension mutuelle et de collaboration, des incompréhensions et des formes de méconnaissance des compétences et des manières de travailler de l'autre.

Un deuxième frein important viendrait, d'après les enquêtés, des résistances que certains acteurs du champ médical opposent au développement du sport-santé, bon nombre de médecins traitants 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. Avec l'émergence de l'espace social du sport-santé apparaît un paradoxe : **ce sont souvent les porteurs du sport-santé tels que les enseignants APA et les coordinateurs de MSS qui sont amenés à devoir convaincre les médecins de ville ne travaillant pas avec eux du bien-fondé, sur le plan pratique et parfois même sur le plan scientifique, des activités physiques adaptées dans le cadre d'un parcours de soin.**

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.

Enfin, la distance géographique et les représentations déformées des populations sur ce qu'est réellement le sport-santé ont été identifiées comme un obstacle considérable au développement du sport-santé, qu'il s'agit précisément de surmonter.

Les effets d'une volonté politique affirmée

La volonté politique de développer le sport-santé, à la fois au niveau national et au niveau local, est apparue aux yeux des enquêtés comme un cadre favorable, et nécessaire, à leurs activités réalisées dans le cadre des MSS. De cette volonté politique découlent des collaborations inédites entre des acteurs et des groupes professionnels qui, jusqu'ici, ne travaillaient pas ensemble. En s'appuyant sur des expertises et des pratiques déjà éprouvées, comme sur le prolongement de l'action publique dans le domaine de la santé, du sport et de l'intégration sociale, mais également sur des savoirs portant plus spécifiquement sur l'activité physique adaptée, l'espace du sport-santé contribue à faire de la santé, du sport et de leur articulation un enjeu transversal du développement local.

S'ils se félicitent tous de cette volonté politique de développer le sport-santé au plan national, les enquêtés rapportent toutefois un manque de clarté et de structuration dans la manière dont les deux ministères concernés ont amené et géré les MSS. L'espace social des MSS et du sport-santé plus largement gagnerait, selon eux, à faire preuve d'une plus grande intelligibilité auprès du grand public, et d'une plus grande cohérence pas tant dans les grands principes, bien compris et intégrés par les acteurs des MSS, que dans les orientations souhaitées et leur cohérence. Par exemple, les MSS sont réunies chaque année à l'invitation du ministère en charge des sports afin de faire un point sur les activités des MSS au niveau national. Mais cela reste, aux yeux des enquêtés, insuffisant.

Territorialisation de l'action publique : des structures mises en réseau

La genèse et le développement du sport-santé participent à une dynamique plus large de reconfiguration de l'action publique locale. Le développement du sport-santé, par la dissémination des MSS et leur organisation en réseaux, témoigne du fait que l'espace local est perçu par différents acteurs comme l'échelle pertinente d'action publique en matière de lutte contre les inégalités de santé et d'accès aux activités physiques et sportives. **L'État, via les ministères en charge des sports et de la santé, délègue la mise en œuvre de la politique de sport-santé aux échelons régionaux de l'action publique, ce qui témoigne d'un changement dans le mode de gouvernance**, désormais territorialisé et intersectoriel² (Honta, Haschar-Noé, 2011). Ce sont les directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS), puis les délégations régionales académiques à la jeunesse, à l'engagement et aux sports (DRAJES) depuis le 1^{er} janvier 2021, et les agences régionales de santé (ARS) qui pilotent le sport-santé au niveau territorial. Le décret du 8 mars 2023 précise les conditions de

² Voir 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*, n° 4, vol. 29, p. 33-62.

L'habilitation des MSS : les DRAJES et ARS mettent en place un appel à projets au niveau régional et délivrent l'habilitation aux structures retenues.

Les MSS ont en effet pour objet premier de proposer une offre d'activité physique adaptée de proximité par la mise en réseau d'acteurs pluriprofessionnels et pluridisciplinaires. Elles sont appelées, *via* le cahier des charges qui cadre le périmètre de leur action et leurs obligations, à « mobiliser l'ensemble des professionnels de santé, du social, du sport – dont les encadrants d'activité physique adaptée » et à « participe[r] activement à la coordination et à la mise en réseau des différents acteurs de la santé, du sport et de l'activité physique adaptée tout au long du programme sport-santé personnalisé ». Une diversité d'acteurs locaux est ainsi mobilisée, tels que des associations sportives, des établissements de santé, des services déconcentrés de l'État, des collectivités territoriales et régionales, des entreprises, des acteurs privés à but non lucratif, et les maisons sport-santé. L'un des objectifs principaux de ces réseaux est donc d'organiser le parcours du patient/de l'utilisateur en impliquant éducateurs sportifs et médecins traitants.

Entre collaborations et logiques de distinction : trouver un nouveau cadre d'action commun ?

Pour les coordinateurs enquêtés, les MSS n'ont pas à entrer en concurrence entre elles, mais au contraire à collaborer étroitement, et ce pour deux raisons : afin de mailler le plus possible le territoire, d'une part, et parce que le sport-santé constitue un enjeu de santé publique qui va au-delà des intérêts particuliers et propres aux MSS ou aux associations, d'autre part. Pour autant, l'enquête révèle des logiques de distinction, des situations de mises en concurrence et de tensions entre acteurs du champ, ou par exemple avec d'autres organisations sportives de type salles de fitness privées.

Ces situations de concurrence illustrent la lutte pour la légitimité des positions et de nouvelles professions, comme celle d'enseignant APA, au sein de l'espace du sport-santé. Les compétences et connaissances des enseignants APA, en particulier celles qui relèvent davantage du champ de la santé, ne sont pas toujours pleinement reconnues, par le corps médical entre autres.

Un des enjeux qui est apparu au moment où se met en place le sport-santé est la question de la définition des termes au cœur de cet espace : sport-santé, sport, activité physique adaptée, bien-être, etc. La définition du sport-santé reste suffisamment flottante pour permettre de réunir des acteurs du champ sportif, du champ médical et des acteurs institutionnels. **Cette lutte définitionnelle met au jour des perceptions différenciées de ce qu'est le sport-santé et de ce que les enquêtés souhaitent qu'il devienne.** Des coordinateurs enquêtés parlent du sport-santé comme d'une catégorie « fourre-tout », et lui préfèrent celle d'« activité physique adaptée ». Cette question est loin d'être uniquement rhétorique ou discursive. Elle participe d'un effort pour se mettre d'accord sur un langage commun et délimiter le périmètre d'action légitime des uns et des autres, clarifier les différents termes utilisés et les différents dispositifs autour du sport-santé, ou en d'autres termes poser un cadre d'action partagé. Cela reflète enfin la volonté d'écartier les acteurs et structures qui ne sont pas considérées légitimes à se revendiquer du label MSS voire du sport-santé, parce que les acteurs de ces structures ne sont pas formés au sport-santé. Les enquêtés contribuent ainsi à la redéfinition de la question du sport-santé, à partir de la MSS et, par extension, du réseau dans lequel celle-ci est insérée.

Les relations entre MSS et médecins : entre indifférence et collaboration

Notre étude révèle que, dans le cadre du développement des MSS, le dialogue entre enseignants APA et médecins libéraux qui exercent localement n'est actuellement pas toujours facile. On observe une difficulté pratique : faire coopérer des médecins, qui posent le diagnostic sur l'état de santé des populations, et dont les trajectoires et les savoirs certifiés sont différenciés, qui ont fait de longues études en sciences de la vie, et des groupes professionnels plus variés qui organisent les activités physiques et sportives (éducateurs sportifs, dotés de savoir-faire pédagogiques, et d'une formation plus courte). Les médecins se retrouvent face à une amorce de changement de paradigme, du curatif au préventif, qui les pousse à appréhender la place grandissante de l'activité physique et sportive dans le parcours de soins de leurs patients, sans y être nécessairement sensibilisés ou formés. Les coordinateurs expliquent les difficultés qu'ils rencontrent lorsqu'ils essaient d'établir des liens de collaboration concrets et directement opérationnels entre MSS et médecins, difficultés qu'ils rencontrent tous, principalement par manque de temps de médecins, qui sont débordés, et manque d'intérêt de ces derniers pour le sport-santé. Selon les coordinateurs enquêtés, un grand nombre de médecins restent pris dans une conception curative de la médecine.

Comment les acteurs de maisons sport-santé s'approprient-ils le sport-santé ?

L'étude montre, selon l'ancrage territorial des MSS, des disparités dans les moyens dont elles disposent, des manières de s'approprier la question du sport-santé et de la mettre en œuvre face au manque de financement pérenne et aux inégalités. Les MSS maillent le territoire, peuvent mutualiser leurs actions à l'échelle départementale, mais peuvent également être prises ou entrer dans des logiques concurrentielles. La labellisation instituée par le ministère de Sports et le ministère de la Santé impose un cadre au sein duquel les coordinateurs des MSS s'approprient l'objet sport-santé et mettent en œuvre des actions adaptées aux configurations locales. Bien qu'ils ne soient pas directement les cibles de cette politique, les coordinateurs de MSS intègrent eux aussi cette catégorie récente à leur répertoire d'action et sont en charge de la mettre en œuvre.

L'enquête montre des appropriations des enjeux de sport-santé qui s'effectuent de manières diverses, selon les trajectoires des un-e-s et des autres. Selon les difficultés et la typologie des populations des territoires dans lesquels les MSS sont implantées, les coordinateurs s'approprient et déploient les activités de sport-santé de manière différenciée, plus attentive aux inégalités lorsqu'ils travaillent avec des usagers de QPV ou ceux éloignés des centres urbains, dans une démarche d'« aller-vers » appuyée.

L'étude qualitative des MSS donne à voir des coopérations entre professionnels du sport et professionnels de santé, ainsi que des appropriations différenciées du sport-santé, certaines très resserrées, dans une dynamique qui fait du sport-santé un champ d'intervention nouveau, et non pas une simple apposition de deux domaines de compétence distincts, et d'autres plus distantes. Elle montre également que, pour l'instant, les acteurs issus du champ sportif semblent s'être davantage emparé du sport-santé. C'est donc comme la convergence d'intérêts propres au champ médical et au champ sportif que se comprend la genèse du sport-santé, dont les MSS sont un dispositif emblématique. Mais c'est également comme étant le produit à la fois de formes de coopération, de rapports de force et de luttes, entre acteurs issus de groupes professionnels différents et pas toujours en phase, que s'appréhende la structuration du sport-santé.

Introduction

L'objet principal de cette étude est d'analyser l'émergence, la mise à l'agenda de l'action publique et la structuration du « sport-santé » comme espace social à la croisée du sport et de la santé, animé par des acteurs du « gouvernement des corps » (Fassin, Memmi, 2004) qui sont, pour beaucoup, des professionnels de la santé et du sport. Bien que le lien entre activité physique et santé ne soit pas nouveau (Defrance *et al.*, 2021), le succès actuel rencontré par le sport-santé et la publicité qui en est faite sont inédits, et témoignent de la capacité des administrations à faire émerger et à promouvoir un « problème public » (Gusfield, 1963).

Construit en complémentarité voire en opposition avec sport dans sa forme compétitive, le sport-santé vise à promouvoir et développer une activité physique et sportive régulière et autonome, et un mode de vie actif, en particulier chez les individus les plus éloignés de l'activité physique et sportive. Ce cadrage tend à instituer l'individu, préalablement informé par les différentes campagnes de santé publique et sensibilisé à l'éducation thérapeutique (Perrier, Perrin, 2018), comme responsable de sa propre santé (Peretti-Watel, Moatti, 2009). Joseph Gusfield (1981) a montré que la représentation de l'insécurité routière comme problème public aux États-Unis s'incarne dans la figure du chauffard alcoolique pour des raisons qui relèvent plus de l'imposition d'un ordre symbolique autour de la consommation d'alcool que de la responsabilité individuelle de ces « mauvais conducteurs » dans les accidents de la route. Peut-on parallèlement lire le cadrage de la sédentarité et de ses conséquences sanitaires (obésité, maladies chroniques) en problème de santé publique comme l'imposition d'un modèle de responsabilité sanitaire individuelle qui occulte les logiques sociales qui régissent la sédentarité ? Même si l'on peut arguer que ce nouvel ordre symbolique qui associe le sport à la (bonne) santé³ ne s'est peut-être pas, encore, totalement imposé, il nous semble que formuler la question sous cet angle aide à mieux comprendre les enjeux autour du sport-santé, à commencer par la volonté d'imposer un mode de vie actif – une « culture publique » (Gusfield, 1981) du mouvement et de l'activité physique – et de disqualifier l'inactivité. Cela permet en outre de mettre au jour, *via* le dispositif des maisons sport-santé, la dimension négociée de ce nouvel ordre. Ainsi la mission de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) sur l'« évaluation des actions menées en matière d'activité physique et sportive à des fins de santé » recommande sans détour « d'ériger le "sport-santé" en grande "cause" nationale » (Dupays *et al.*, 2018).

Pour penser le sport-santé, il est nécessaire d'examiner l'intersection entre le champ de la santé et celui du sport et, dans une moindre mesure, celui de l'éducation, ainsi que les relations d'interdépendance entre ces trois domaines. Les activités physiques et sportives sont largement institutionnalisées en France sous forme compétitive, spectaculaire, et de loisir (Croutte, Müller, 2021 ; INJEP, 2020) ; le monde de la santé est encore très fortement marqué, plus particulièrement en France où prédomine une médecine libérale, par un prisme biomédical et curatif, si bien qu'il est difficile d'associer sport et santé. Le sport-santé constitue une rencontre qui n'a rien d'évident entre acteurs de la santé et acteurs du sport, étant donné les relations conflictuelles ces dernières années (dopage, surentraînement chez les jeunes compétiteurs et les professionnels, etc.) et le monopole de la profession médicale (Freidson, 1984). Le monde sportif et le monde médical, deux mondes aux cultures professionnelles distinctes,

³ Alors que le lien entre sport et santé s'est longtemps fait, et se fait encore, sous l'angle du dopage par exemple. Cf. Brissonneau *et al.*, 2008.

clivés sur la question du dopage, se sont longtemps regardés en chien de faïence. De plus, ces deux mondes ne sont pas homogènes, mais au contraire très différenciés, voire fragmentés, notamment entre un pôle voué à la compétition et un autre aux loisirs pour le champ sportif, entre les pôles de la médecine libérale, de la médecine hospitalière, de la santé publique et du secteur médico-social pour le champ médical. Le sport-santé éclot aujourd'hui dans un contexte où les institutions sportives cherchent à renouveler leurs missions et de problèmes de gouvernance, d'une part, et de crise du système de santé, d'autre part, particulièrement mise en lumière par la pandémie de COVID. C'est donc cette rencontre incongrue et les effets de celle-ci sur chacun des deux champs que la présente étude tentera d'éclairer.

Jusque dans les années 2000, les rapports de santé publique pointent plutôt les risques des activités physiques et sportives, principalement en termes d'accidentologie et de toxicologie. Le succès du sport-santé pourrait s'expliquer par l'existence de conditions favorables à l'émergence de la lutte contre la sédentarité et l'inactivité physique, désormais considérée comme une épidémie, coûteuse⁴ (Ding et al., 2016), à savoir, une configuration culturelle et institutionnelle favorisant le cadrage de l'activité physique comme déterminant de santé, *via* des réseaux d'acteurs, d'entrepreneurs de cause et d'institutions spécifiques et des ressources efficaces (Neveu, 2015). La sédentarité serait la cause de 4 millions de décès par an dans le monde (Katzmarzyk et al., 2022), tuant dix fois plus que les accidents de la route en France. La France est l'un des pays européens où la proportion d'adultes jugés suffisamment actifs est la plus basse (moins de 25 %) [Cavill et al., 2006 ; Praznocy et al. 2017], les femmes et les enfants sont les plus touchés par la sédentarité, et seulement 5 % des adultes ont une activité physique suffisante pour être protectrice (ANSES, 2021 ; Larras, Praznocy, 2018). La sédentarité et l'inactivité physique, aggravées par la crise sanitaire du COVID-19, plus particulièrement chez les jeunes pour qui elle a été qualifiée de « bombe à retardement » (Masseglia, Le Fur, 2020), favorise le développement de nombreuses maladies chroniques telles que l'obésité et le diabète (Thivel et al., 2020). Maladies chroniques et pathologies associées à la sédentarité ont un coût financier important pour le système de protection sociale. Ainsi, le sport-santé apparaît-il comme un instrument de santé publique, mais aussi de maîtrise des dépenses publiques en matière de santé (Ministère des Sports et des Jeux Olympiques et Paralympiques, 2023).

Cette étude ne vise donc pas tant à reconstruire strictement la genèse du problème public de la sédentarité, bien que l'on puisse revenir sur des moments clés, ni à restituer la chronologie de l'invention du sport-santé, pour partie documentée (Defrance et al., 2021 ; Gasparini, Knobé, 2021). Il s'agit plutôt de contribuer à une meilleure compréhension des inégalités face aux activités sportives et à la santé ainsi que des politiques publiques de réduction de ces inégalités, à partir du dispositif des maisons sport-santé (MSS). À cette fin, nous proposons de renverser la perspective et d'analyser les appropriations locales, voire les cadrages locaux, d'une politique publique nationale. Cette étude vise ainsi à apporter des éléments de réponse à la question suivante : **comment la question du sport-santé, dont s'est récemment emparée l'action publique, a-t-elle été appropriée et coordonnée sur le terrain à travers le cas des maisons sport-santé et comment façonne-t-elle et différencie-t-elle localement le rapport à la santé et à l'activité physique et sportive ?**

⁴ Selon l'European Observatory on Health Systems and Policies, qui est partenaire de l'OMS, les coûts engendrés par les mauvaises habitudes alimentaires et une activité physique insuffisante provoquant des diabètes représentent plus de 200 millions d'euros (Candari et al., 2017, p. 41).

C'est pour répondre à ces questions que nous nous sommes intéressés principalement aux opérateurs du sport-santé, les coordinateurs et chargés de développement des MSS, maillons essentiels de la chaîne d'intermédiation qui aboutit à la mise en œuvre du sport-santé et à son opérationnalisation. Ces acteurs participent en effet activement à la (re)définition en acte de l'action publique – le « sport-santé » restant une catégorie floue qu'il leur faut sans cesse (re)définir – et à sa diffusion par « le bas », au plus près des populations, à travers le prisme des normes et le système de représentations de ces dernières. Au-delà de la dimension institutionnelle de la mobilisation des professionnels sur un objet éminemment transversal qui rassemble plusieurs secteurs professionnels, cette étude s'intéresse au travail des acteurs de ce champ, aux actions que ceux-ci mènent sur le terrain, à la manière dont ils s'en approprient les enjeux, construisent des collaborations et organisent ce champ d'intervention professionnelle émergent au niveau local (Morel, 2014).

Avec les enseignants en activités physiques adaptées (APA), les éducateurs sportifs, et d'autres professionnels de santé tels que les médecins du sport et les spécialistes hospitaliers (cardiologues, oncologues), les coordinateurs de MSS sont en première ligne de la lutte contre la sédentarité par la mise en mouvement des populations. Disposant d'un répertoire de savoirs hybrides, ils mettent en œuvre ces savoirs localement, au sein des MSS et du réseau local dans lesquelles celles-ci s'inscrivent, au contact d'une diversité d'acteurs (Merlaud et *al.*, 2012) : professionnels de santé, agence régionale de santé (ARS), délégations régionales académiques à la jeunesse, à l'engagement et aux sports (DRAJES), associations, etc. Cette approche « par le bas », focalisée sur les acteurs qui mettent en œuvre le sport-santé dans les territoires, montre à la fois une cohérence et la diversité des manières dont les acteurs de terrain relayent l'action publique au niveau local. La multipositionnalité de ces professionnels du sport-santé et leurs compétences pluridisciplinaires – dans le domaine des sciences du vivant (anatomie, physiologie, biomécanique, etc.), des sciences humaines (psychologie, sociologie, histoire du sport, etc.), des pratiques physiques, sportives et artistiques, mais aussi des savoirs méthodologiques et complémentaires, comme le secourisme, et l'informatique – leur confèrent des ressources cruciales pour participer à l'émergence d'un espace hybride et d'un cadrage cognitif et normatif qui se veut commun entre les acteurs du champ sportif et les acteurs du champ de la santé. Ils peuvent ainsi faire acte d'intermédiation, entre les groupes professionnels de ces deux champs, et entre ceux-ci et les publics, pour beaucoup profanes. Cette étude contribue alors à la compréhension des enjeux plus larges de mise en œuvre et d'effectivité de l'action publique envers les populations et les territoires gouvernés, à travers le cas de cet espace émergent, celui du sport-santé qui croise deux champs distincts aux logiques et cultures professionnelles différentes. En cela, le sport-santé semble témoigner de l'extension, d'une part, des logiques intersectorielles dans l'action publique, d'autre part, du champ d'intervention de l'État qui, de plus en plus, pilote l'action publique plus qu'il ne la met réellement et concrètement en œuvre, tout en imposant l'évaluation de celle-ci. Le cas du sport-santé illustre la complexification des configurations de l'action publique et les logiques de sa coproduction à différentes échelles, marquées par des compromis à l'échelon régional (Poupeau, 2013), par une frontière plus poreuse entre public et privé (Gervais, 2012), qui donne lieu à des coopérations parfois fructueuses menant au consensus (Henry, 2005), mais aussi à des difficultés certaines dans la construction des politiques locales de santé publique (Mariette, Pitti, 2021). Ces reconfigurations produisent de nouveaux agencements et des formes hybrides d'action publique et de gouvernement à distance (Epstein, 2013), dont les MSS sont un exemple et qu'il importe d'analyser afin de comprendre comment l'action publique se déploie au plus près des populations, jusque dans leur corps qu'il s'agit de mettre en mouvement.

En réalité, la publicisation grandissante du sport-santé paraît moins surprenante dès lors que l'on retrace, entre autres, la territorialisation de l'action publique, et plus spécifiquement de la santé publique au cœur

de l'analyse (Fassin, 1998). Le cadrage territorial d'un « problème public » conduit une pluralité d'acteurs de différents secteurs professionnels à intervenir conjointement dans la prise en charge de celui-ci. Cette intervention permet alors de mieux comprendre les relations, faites de coopérations, de divergences ou d'indifférence, entre les acteurs qui participent à la structuration du sport-santé et qui appartiennent à des groupes professionnels différents, enseignants APA et médecins, voire médecins du sport très souvent.

Notre démarche ici consiste à aller plus loin dans le déroulé de la « carrière » de ce problème public et d'étudier empiriquement, grâce aux outils de la sociologie, l'appropriation et la mise en œuvre de la réponse qui lui est apportée, à l'échelon local, par la création de maisons sport-santé. S'intéresser à l'émergence et au développement du sport-santé « par le bas », c'est aussi prendre en compte la transformation de l'État et de l'action publique (Bezes, 2009), en particulier celle qui tend à déléguer le pouvoir étatique à des échelons inférieurs, aux services déconcentrés en particulier. Loin d'inventer réellement le sport-santé, le ministère des sports et le ministère de la santé, incorporant des initiatives locales, vont plutôt contribuer à le redéfinir, le catégoriser, le cadrer, le légitimer et l'étendre.

Méthodologie

L'étude repose sur une démarche qualitative, par entretiens et observations sur le terrain, auprès de 30 maisons sport-santé (MSS). Les entretiens ont concerné les coordinateurs de ces MSS⁵. Le choix des MSS a répondu à plusieurs critères : dans la mesure du possible, la diversité de la location géographique, moins de la MSS en elle-même que des lieux de résidence des usagers et des publics ciblés, en zone urbaine, périurbaine et rurale, en France métropolitaine ; le statut de la MSS, association, entreprise ou mission d'une fédération ou d'une collectivité. Nous avons mené 30 entretiens avec les coordinateurs et les chargés de développement de ces MSS. Les observations, dont quelques-unes ont été participantes, ont porté sur des séances de bilan de condition physique et des séances d'activité physique adaptée. Ces données ont été croisées avec diverses sources : documents (rapports publics, appels à projets, dépliants, affiches, etc.), bilans d'activités des MSS, articles de presse, études épidémiologiques. Ce dispositif méthodologique n'épuise pas, bien sûr, toutes les configurations organisationnelles des MSS et prend le parti de resserrer la focale sur certaines d'entre d'elles, selon les critères évoqués plus haut, ainsi que sur les coordinateurs et les chargés de développement.

Si l'espace social du sport-santé pose aux sociologues de très nombreux questionnements qui dépassent l'objet de cette étude, le choix de resserrer l'étude sur les coordinateurs se justifie par le fait que, d'une part, ceux-ci font partie des principaux acteurs de la mise en œuvre concrète et quotidienne du sport-santé à l'échelle locale ; d'autre part, ils sont ceux qui, probablement plus que tout autre acteur de cet espace social, se situent le plus fortement à l'interface entre le champ sportif et le champ de la santé, ainsi qu'entre les professionnels du sport-santé et les publics.

L'étude a débuté en 2020, juste avant le début de la crise sanitaire provoquée par la pandémie de COVID-19 et a été, par la suite, fortement impactée et ralentie par les effets de celle-ci. Plusieurs entretiens ont dû être réalisés par téléphone plutôt qu'en face à face. Les observations *in situ* ont été rendues, dans certains cas, impossibles au vu des différentes décisions et directives gouvernementales, notamment les confinements, couvre-feux et fermetures d'établissements accueillant du public, en 2020 et 2021. Cet écueil a été compensé par des séquences d'observation décalées à l'hiver et au printemps 2022.

⁵ Les noms de lieux et de personnes ont été modifiés. Cette convention sociologique présente le désavantage de ne pas pouvoir rendre compte ouvertement des caractéristiques géographiques des territoires et espaces de l'enquête, mais elle a le mérite de pouvoir garantir l'anonymat des personnes rencontrées au cours de l'étude. Voir l'annexe 1 pour une présentation générale des enquêtés et l'annexe 2 pour une présentation générale des MSS enquêtées.

1. Création des maisons sport-santé : un nouvel instrument d'action publique à la croisée du sport et de la santé

Du curatif au préventif

Le cadrage individualisant qui vise à pousser les individus à prendre en charge leur santé est lié à une transformation de la gestion par l'État du sport, d'un côté (Bayle, Durand, 2004), et de la santé, de l'autre (Pierru, 2022). L'État enjoint au mouvement sportif de jouer un rôle prépondérant dans la construction d'un recours accru à l'activité physique à des fins de santé. De fait, le mouvement sportif s'est bien emparé de la question du sport-santé, à travers le Comité national olympique et sportif français (CNOSF) et les fédérations sportives. Le sport-santé apparaît à la fois comme une reformulation de questions anciennes et un surgissement, depuis le début des années 2000, d'une politique publique inédite. Dès la fin du XIX^e siècle, des discours de santé publique faisant appel à l'activité physique pour une meilleure santé apparaissent. Durant la deuxième moitié du XX^e siècle, à la prévalence des maladies infectieuses s'est substitué le poids croissant des maladies chroniques. Les orientations de santé publique en matière de maladies chroniques se fondent sur le principe selon lequel l'évitement des comportements à risque permet de les prévenir. Les politiques de santé publique incitent ainsi les individus à se prendre en main afin d'améliorer leur santé et de prévenir les maladies chroniques. L'un des instruments de cette injonction des pouvoirs publics à prendre sa santé en main est la promotion de l'activité physique. À partir des années 1950, l'idée selon laquelle la pratique d'une activité physique aurait des effets positifs sur la santé est largement répandue, y compris au sein du corps médical (Defrance, 1998b). Ce cadrage normatif et cognitif, par les instruments (Crespin, 2009), qui tend à individualiser le rapport à la santé induit aujourd'hui la prise en charge « adaptée » des publics dans les MSS et, plus largement, l'inscription de cette prise en charge en sport-santé dans le parcours de soins des patients.

L'appréhension de la corpulence, et d'autres phénomènes ou états corporels, par les professionnels de santé comme constituant une pathologie, voire comme une épidémie par l'OMS en 1997 (OMS, 1997), et plus largement comme une faillite morale et un défaut esthétique (Carof, 2017), a contribué à l'émergence d'une « panique morale » (Cohen, 1972), autour de l'obésité et de tout un ensemble de mesures visant à améliorer l'état de santé des populations. La construction de la sédentarité comme problème public est très fortement liée au cadrage de l'obésité en termes d'« épidémie » et suit des processus très similaires, comme la responsabilisation individuelle des populations vis-à-vis de leur santé et de sa prise en charge (Génolini, Clément, 2010). À la suite des nombreuses études épidémiologiques montrant les méfaits du manque d'activité physique sur la santé, ainsi que celles portant à l'inverse sur les bienfaits de l'activité physique, la sédentarité et l'obésité sont considérées comme un problème public, alors que l'activité physique adaptée est érigée en solution. Une bonne partie des MSS enquêtées ont investi l'espace du sport-santé en partant de l'observation d'une hausse du nombre de personnes obèses dans leur environnement local, sans toutefois s'en tenir par la suite à cette pathologie et aux publics touchés par celle-ci, pour, assez vite, cibler plus largement les personnes sédentaires. L'État français a longtemps ignoré le message de la charte d'Ottawa (1986) pour la

promotion de la santé⁶, car l'intervention publique était d'abord sportive, *via* la performance, et éducative et sociale *via* la pacification urbaine (Gasparini, Vieille Marchiset, 2008). La charte d'Ottawa en appelait à un travail de médiation en matière de « promotion de la santé », car celle-ci ne peut être du seul fait des acteurs de la santé :

« Le secteur de la santé ne peut, à lui seul, assurer le cadre préalable et futur le plus propice à la santé. La promotion de la santé exige, en fait, l'action coordonnée de tous les intéressés : gouvernements, secteur de la santé et autres secteurs sociaux et économiques, organisations non gouvernementales et bénévoles, autorités locales, industries et médias. Quel que soit leur milieu, les gens sont amenés à intervenir en tant qu'individus, ou à titre de membres d'une famille ou d'une communauté. Les groupes professionnels et sociaux, tout comme les personnels de santé sont, quant à eux, particulièrement responsables de la médiation entre les intérêts divergents qui se manifestent dans la société à l'égard de la santé. » (Charte d'Ottawa [en ligne](#))

Dès les années 1980, les autorités françaises ont proposé des actions afin de réduire les méfaits de la sédentarité, avec les « Parcours du cœur »⁷ par exemple. C'est à partir des années 2000 que la volonté politique de mettre la population en mouvement à des fins de santé est repérable, avec la campagne « Manger Bouger », le Programme national nutrition santé (PNNS) et le slogan « 30 minutes par jour d'activités », laissant une place circonscrite à l'activité physique au profit de l'alimentation. Plusieurs programmes de prévention et d'éducation à la santé voient donc le jour. L'un d'eux marque un tournant important en matière d'action publique autour du sport-santé : c'est le Programme sport, santé, bien-être (PSSB), mis en place par le ministère des sports et le ministère de la santé en 2012. Les personnes plus particulièrement ciblées par ce nouveau cadrage et ces instruments intersectoriels sont des individus au mode de vie sédentaire et dont l'apparence corporelle s'écarte des normes dominantes de minceur et de tonicité. Les programmes PNNS ont obtenu des résultats mitigés (Batz *et al.*, 2016 ; Boubal, 2019; Hercberg, 2017). Le sport-santé devient dès lors une catégorie d'action publique, mise à l'agenda *via* des programmes nationaux, déclinés à l'échelle régionale par l'intermédiaire des agences régionales de santé à partir de la fin des années 2000.

⁶ « La promotion de la santé exige l'action concertée de tous les intervenants : les gouvernements, le secteur de la santé et les domaines sociaux et économiques connexes, les organismes bénévoles, les autorités régionales et locales, l'industrie et les médias. Les gens de tous milieux interviennent en tant qu'individus, familles et communautés. Les groupements professionnels et sociaux, tout comme les personnels de santé, sont particulièrement responsable de la médiation entre les intérêts divergents, en faveur de la santé. »

« Les programmes et stratégies de promotion de la santé doivent être adaptés aux besoins et possibilités locaux des pays et régions, et prendre en compte les divers systèmes sociaux, culturels et économiques. »

« Le rôle du secteur sanitaire doit abonder de plus en plus dans le sens de la promotion de la santé, au-delà du mandat exigeant la prestation des soins médicaux. Ce secteur doit se doter d'un nouveau mandat comprenant le plaidoyer pour une politique sanitaire multisectorielle, ainsi que le soutien des individus et des groupes dans l'expression de leurs besoins de santé et dans l'adoption de modes de vie sains. »

⁷ Mis en œuvre par la Fédération française de cardiologie, les « Parcours du cœur » sont une opération annuelle qui vise à prévenir les maladies cardiovasculaires et qui est composée d'activités physiques et de conseils de prévention-santé.

REPÈRES CHRONOLOGIQUES DES PROGRAMMES CLÉS DU SPORT-SANTÉ

- 2001** Programme national nutrition santé (PNNS)
- 2012** Plan « sport, santé, bien-être » (PSSBE)
- 2017** « Sport sur ordonnance »
- 2018** Plan d'action mondial de l'OMS pour l'activité physique et la santé 2018-2030
- 2019** Stratégie nationale sport-santé 2019-2024 qui prévoit la création des maisons sport-santé

L'État promeut désormais d'autres formes de régulation de l'accès de tous à la pratique des APS. Le plan national de santé publique (PNSP) « Priorité prévention – rester en bonne santé tout au long de sa vie » définit les axes prioritaires de la stratégie nationale de santé du Gouvernement pour la période 2018-2022 concernant la promotion de la santé et la prévention. Il regroupe des actions proposées pour promouvoir et préserver la santé de la population, et adaptées aux différents âges de la vie. Le ministère des sports et le ministère des solidarités et de la santé ont élaboré et mettent en œuvre les actions de la stratégie nationale sport santé 2019-2024 avec l'idée que la pratique des activités physiques et sportives pour la santé relève de l'intérêt général. Cette politique publique s'inscrit d'ailleurs d'emblée comme un objectif pour le Comité d'organisation Paris 2024, dans la perspective de l'héritage des Jeux olympiques et paralympiques de Paris. Ce programme comporte sept mesures « phares », dont la labellisation des MSS :

1. Promouvoir l'activité physique et sportive auprès des enfants, des jeunes et des étudiants dans tous les temps éducatifs
2. Développer la pratique de l'activité physique et sportive en milieu professionnel
3. Promouvoir l'offre de pratique d'activité physique et sportive pour les seniors
4. Développer la pratique de l'activité physique adaptée pour les personnes atteintes de maladies chroniques
5. Renforcer la prescription d'activité physique adaptée par les médecins
- 6. Labelliser les maisons sport-santé**
7. Coordonner les missions d'observation relatives à l'accidentologie du sport afin d'améliorer les dispositifs de prévention en direction des pratiquants

Les programmes de promotion du sport, du bien-être et de la santé incitent la population à adopter un mode de vie plus actif. L'activité physique comme facteur de santé est désormais inscrite dans l'appareil législatif. En effet, l'article 144 de la loi dite de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 portant sur l'« autorisation de la prescription d'activités physiques et sportives pour les patients souffrant d'une affection de longue durée » stipule que « le médecin traitant peut prescrire une activité physique aux patients atteints d'une affection de longue durée (ALD) »⁸. Suit une liste, arrêtée par décret, de 30 affections de longue durée (voir *infra* annexe 3). Il s'agit d'un changement majeur, car il était,

⁸ Selon l'Assurance maladie, il y avait 10,7 millions de personnes en affection longue durée (ALD) en 2019.

jusque-là, dans les prérogatives des médecins de délivrer un certificat médical de non-contre-indication à la pratique sportive, qui permet d'établir l'absence de contre-indication à la pratique du sport et mentionne, s'il y a lieu, la ou les disciplines dont la pratique est contre-indiquée⁹. On le verra, de nombreux médecins restent toutefois, selon les enquêtés, réticents à envoyer les patients vers des acteurs du monde sportif qui ne sont pas des professionnels de santé, et dont ils saisissent mal les compétences et les activités.

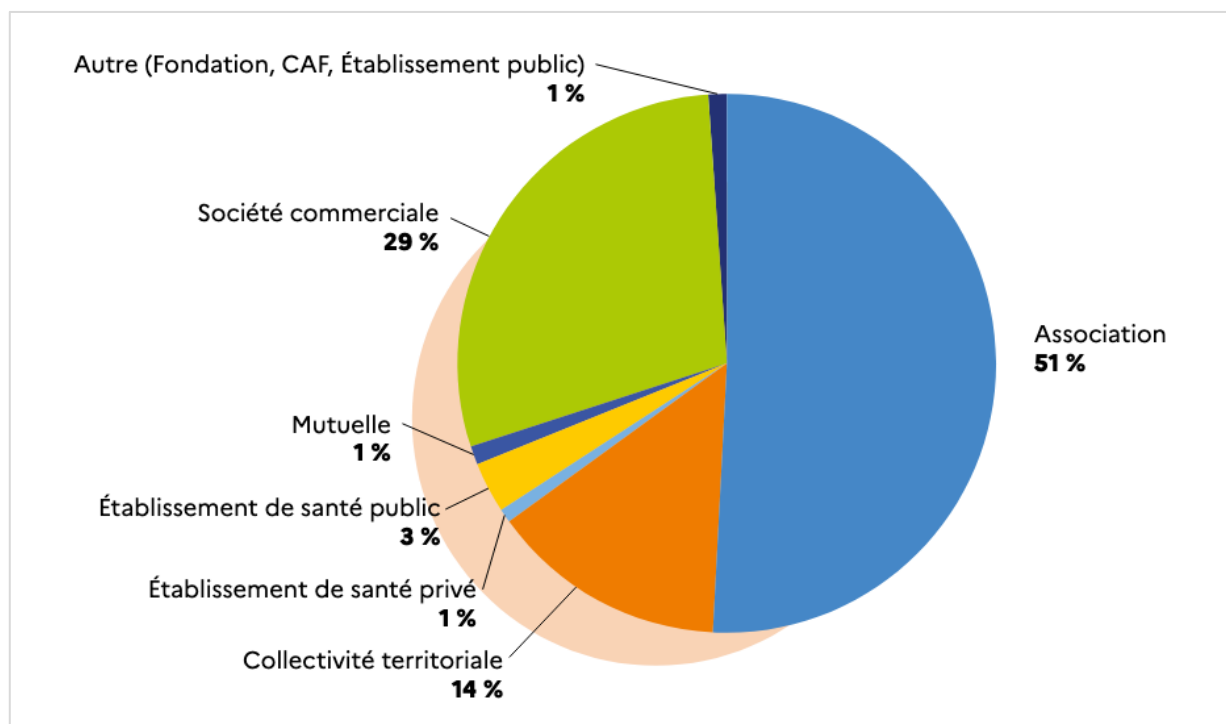
Les maisons sport-santé sont un nouveau dispositif, piloté par les ministères en charge des sports et de la santé. Il s'agit d'une mesure « phare » de la stratégie nationale sport-santé 2019-2024 qui vise à lutter contre les inégalités de santé et d'accès au sport. L'objectif gouvernemental est de labelliser 500 structures au plan national, ce qui doit participer à la hausse de 3 millions du nombre de pratiquants sportifs. Selon le groupe social d'appartenance, le lieu de résidence, le genre et le groupe ethno-racial, il existe en effet de fortes inégalités sociales de santé et d'accès aux activités sportives. La prévalence de pathologies telles que l'asthme, les maladies cardio-vasculaires ou l'obésité est plus élevée pour les populations les plus vulnérables résidant dans les territoires défavorisés (quartiers populaires urbains et petites villes rurales isolées) et ne pratiquant aucune activité physique (DREES, 2022).

Les 436 maisons sport-santé labellisées au moment de l'enquête en 2021-2022, réparties à travers le territoire, présentent l'originalité d'inciter à la collaboration des acteurs et professionnels du sport et de la santé qui travaillaient jusqu'ici peu ensemble. La politique de développement du sport-santé vise à mailler tout le territoire national, avec une attention particulière aux quartiers, zones ou territoires inscrits en géographie prioritaire où les difficultés sociales et sanitaires se cumulent : les quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV) ou les zones de revitalisation rurale (ZRR).

Le sport-santé émerge comme une catégorie de l'action publique et vient s'articuler à celle déjà instituée de « quartier » (Tissot, 2007) dans le cas de la politique de la ville. En lien avec les collectivités territoriales et les acteurs de la société civile, ces dispositifs s'adressent d'abord à des publics prioritaires afin de commencer ou de reprendre une activité physique adaptée, sécurisée et encadrée par des professionnels formés. Deux types de population sont particulièrement visés. D'une part, les personnes atteintes de maladies chroniques (obésité, diabète, cancers, maladies cardiovasculaires), dans le cadre ou non d'une affection de longue durée, qui nécessitent une activité physique adaptée (APA) prescrite par un médecin (« sport sur ordonnance »), et encadrée par des professionnels formés. De l'autre, des individus sans problème de santé particulière, mais qui n'ont pas pratiqué de sport depuis longtemps et sont éloignés de l'activité physique et sportive. Le cahier des charges relatif aux MSS précise également, en plus de l'objectif de santé et de bien-être, un objectif d'« inclusion sociale des personnes les plus fragilisées ».

⁹ Le décret n° 2021-564 du 7 mai 2021 prévoit qu'il n'est désormais plus nécessaire, pour les mineurs, de produire un certificat médical de non contre-indication pour l'obtention ou le renouvellement d'une licence dans une fédération sportive ou pour l'inscription à une compétition sportive organisée par une fédération. La production d'un tel certificat est toutefois nécessaire lorsque les réponses au questionnaire de santé du mineur conduisent à un examen médical, mais également pour les disciplines à contraintes particulières (alpinisme, plongée subaquatique, etc.)

FIGURE 1. RÉPARTITION DES MAISONS SPORT-SANTÉ PAR TYPE DE STRUCTURES



Source : « Le réseau des maisons sport-santé poursuit son déploiement », Dossier de presse, ministère des sports, 14 janvier 2022.

Les maisons sport-santé sont inscrites dans la loi du 2 mars 2022 visant à démocratiser le sport en France, reconnaissant leur habilitation ministérielle dans le code de santé publique. Les MSS sont accueillies dans des structures hétérogènes : associations, centres communaux d'action sociale (CCAS), municipalités, centres hospitaliers, structures privées, plateformes numériques, structures itinérantes. Parmi les MSS rencontrées, nous avons constaté une variabilité importante des financements, lesquels sont difficiles à évaluer avec précision, tant ils sont temporaires et fluctuent d'une année sur l'autre. La plupart des MSS sont financées par les ARS et la "conférence des financeurs"¹⁰. S'ajoutent à cela d'autres sources de financements possibles : les collectivités territoriales, les entreprises ou fondations privées, etc. Les collectivités territoriales (régions, départements, communes ou communautés de communes), quand elles ne sont pas elles-mêmes labellisées MSS, sont surtout pourvoyeuses, dans le cas des MSS enquêtées tout du moins, pas tant d'un financement que de moyens opérationnels tels que la mise à disposition de salles et de locaux, d'espaces et de supports de communication et de publicisation pour les activités de la MSS, ou encore du répertoire des associations locales. L'implantation spatiale des MSS enquêtées révèle une diversité des localisations géographiques mais une plus grande homogénéité des publics touchés. Les maisons sport-santé peuvent également prendre la forme de plateformes internet et de dispositifs numériques.

¹⁰ La conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie est l'un des dispositifs phare de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement. Elle a pour objectif de coordonner à l'échelle départementale les actions de prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées de 60 ans et plus et leurs financements dans le cadre d'une stratégie commune. Elle est financée par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

En plus de viser une réduction des dépenses de santé, la dynamique sport-santé, par la « croisade symbolique » (Gusfield, 1963) contre la sédentarité, cherche à substituer un schème préventif, et non médicamenteux au schème curatif, dominant en France dans la prise en charge et le traitement des pathologies, en présentant la sédentarité comme une conduite dangereuse : en ce sens, elle pourrait induire une véritable révolution culturelle. Les coordinateurs de MSS enquêtés ont bien intégré ce changement de perspective.

« C'est fondamental que le sport-santé devienne un traitement. Parce que finalement, la médecine, pour un certain nombre de patients, prend un peu les choses à l'envers. Et c'est cela qui est en train de bouger, mais par contre comme c'est compliqué pour les patients et les médecins de s'en emparer, c'est pour cela que nous avons créé la MSS. » (Emeric, 61 ans¹¹)

L'objectif du « bien vieillir » par l'adoption d'un mode de vie actif *via* le sport-santé s'arrime à la notion de prévention de la maladie.

DÉFINITION DES TYPES DE PRÉVENTION

- **Prévention primaire** : la « prévention primaire » vise à diminuer l'incidence d'une maladie ou des problèmes de santé dans une population. Il s'agit d'intervenir le plus tôt possible en amont de l'apparition de la maladie et de diminuer les facteurs de risque pouvant causer l'existence des maladies.
- **Prévention secondaire** : la « prévention secondaire » cherche à intervenir sur les stades précoces de l'évolution d'une maladie afin d'éviter son développement et d'initier éventuellement un traitement le plus tôt possible, par le dépistage précoce et un traitement approprié.
- **Prévention tertiaire** : la « prévention tertiaire » agit sur les complications entraînées par la maladie et/ou les risques de récurrence et de chronicité. Il s'agit aussi d'amoindrir les effets de la pathologie et de son traitement.

Source : Glossaire de la série « Santé pour tous », volumes 1 à 8, Organisation mondiale de la santé, Genève, 1984.

Les tenants de cette dynamique préventive cherchent également à transformer le cadrage du lien entre sport et état de santé individuel et à en faire une véritable question de santé publique. Dans les années 1980, la cardiologie a joué un rôle majeur dans l'affirmation d'un lien entre activité physique et santé (Favier-Ambrosini, 2016 ; Radel, Morales, 2013). Le poids grandissant des maladies chroniques et les difficultés du monde médical à y faire face ont pour conséquence une transformation de la prise en charge de ces maladies, déléguant partiellement ce rôle aux individus. D'après Jean-Paul Génolini et Jean-Paul Clément (2010, p. 140), « [l]a médicalisation du "sport-santé" transfère à la pratique des activités physiques le modèle biomédical d'indications ou de contre-indications, de l'observance faite de "régularité et de persévérance", du contrôle "sous haute surveillance" et même de la "prescription" dans le cas des maladies chroniques ». Ces transformations à la croisée du monde médical et du monde des

¹¹ Afin de garantir l'anonymat des personnes enquêtées, les prénoms et les noms de lieux ont été modifiés.

activités physiques et sportives induisent une volonté de convertir les sédentaires à ce nouveau paradigme par « l'éducation thérapeutique » avec des campagnes de prévention comme « Manger, bouger ». C'est ainsi que naissent une nouvelle organisation des soins et de nouvelles pratiques professionnelles en réseau qui permettent une prise en charge et des interventions de proximité.

La loi du 13 août 2004 relative aux libertés et aux responsabilités locales a modifié les équilibres entre l'État et les collectivités locales dans le domaine de la lutte contre les inégalités sociales d'accès à la santé, à la culture sportive et à l'éducation. Créées par la loi Hôpital, patient, santé, territoire (HPST) du 21 juillet 2009, les agences régionales de santé (ARS), établissements publics administratifs ayant pour fonction de « moderniser » l'offre de soins et de veiller à la bonne gestion des dépenses médicales et hospitalières, qui peuvent être amenées à développer des interventions de proximité en santé publique en collaboration avec les collectivités locales creusent les déséquilibres entre l'État et les collectivités locales, la santé publique et la prévention restant les parents pauvres de la santé en France. Si la santé demeure une compétence régaliennne de l'État, ce dernier tend en effet à accroître le rôle dévolu aux collectivités territoriales en matière de santé, alors même que ces dernières voient leurs finances s'amenuiser par les réformes de la fiscalité locale. Ce mouvement de décentralisation vient s'accroître avec la nouvelle loi (n° 2022-217 du 21 février 2022) relative à la différenciation, la décentralisation, la déconcentration et portant diverses mesures de simplification de l'action publique locale.

Un nouvel espace et de nouvelles opportunités pour des groupes professionnels du monde sportif

En tant que dispositif à la croisée des champs du sport et de la santé, les maisons sport-santé posent la question des professionnalités du sport et de la santé, ainsi que du sport-santé et de l'intersectorialité. Ces nouveaux espaces sont l'occasion de rencontres, d'échanges et de collaborations, comme on peut le voir de manière analogue en maison de santé pluriprofessionnelle (Fournier, 2020), mais aussi de relations complexes entre professionnels du sport et professionnels de la santé qui peuvent avoir des points de vue divergents. Ces relations transforment les frontières et les cultures professionnelles des acteurs investis dans le champ du sport-santé. Cette hétérogénéité exige alors un travail de mise en cohérence des objectifs sur sport-santé et plus particulièrement des MSS, ce qui n'implique pas nécessairement un consensus.

Les MSS ouvrent des perspectives nouvelles de professionnalisation pour les enseignants APA (activités physiques adaptées) [Perrin, 2016]. Ne correspondant pas forcément aux profils de poste disponibles sur le marché du travail, n'étant pas reconnus comme des professionnels de santé, les enseignants APA de l'enquête ont dû, pour certains, créer leur poste de coordinateur au sein de la MSS voire avant de travailler à la MSS, à l'hôpital notamment. Dans certaines configurations, le « médical est mis à distance » par les éducateurs qui organisent les dispositifs de sport-santé localement (Marsault, 2016), en ce qu'il peut enfermer des personnes dans leurs pathologies. Associer sport et santé ne va pas forcément de soi pour un certain nombre d'acteurs, qu'ils appartiennent au champ sportif ou au champ médical. Comme le souligne un enquêté, vice-président du club omnisports de Sarvilliers, chargé du sport citoyen et du sport-santé, de nombreux acteurs du sport fédéral tournés vers le sport de compétition ont cru voir dans la création des MSS une opportunité nouvelle de financement pour leurs structures et leurs activités. Les enquêtés investis dans le « sport pour tous », comme Robert, ont éprouvé peu de difficultés à intégrer le sport-santé dans leur périmètre d'action.

« Peu de clubs sportifs se sont investis dans le sport-santé pour la simple et bonne raison que ça ne fait pas partie, même si on le faisait sans le savoir, de l'ADN du sport. L'ADN du sport, c'était la pratique d'activités physiques, plus les compétitions, plus l'entraînement, plus le haut-niveau, plus la réussite. Et moi qui suis sportif, j'ai bien évidemment démarré par ce biais-là. Et toutes les disciplines sportives sont sur le même modèle, puisqu'il faut savoir qu'une fédération n'a qu'une mission qui est de former tous les quatre ans des athlètes pour aller aux Jeux olympiques, basta. Tout le reste décline de ça. Donc le sport-santé n'est arrivé dans le cahier des charges du ministère qu'à partir de 2016, même si c'était dans les rouages depuis quelque temps, lorsque la loi de modification du système de santé français a pris corps et a été signée. Et donc, d'un seul coup, tout le monde a cru que c'était la poule aux œufs d'or et que tout le monde pouvait intégrer le dispositif et que tout le monde pouvait toucher de l'argent. Allez, soyons très matérialistes, mais c'est ça qu'on croyait. Donc, le monde sportif s'est engouffré dedans, bien évidemment. »

L'appel à projets MSS a créé un appel d'air. Des structures déjà investies dans des activités physiques adaptées ont répondu à cet appel. Plusieurs d'entre elles ont par ailleurs participé à des expérimentations locales qui s'approchaient par exemple du programme « sport sur ordonnance ». La MSS de Boulliers, associée à un club omnisports d'une commune populaire, a été fortement encouragée à candidater à l'appel à projets MSS par le chef de service nutrition de l'hôpital avec lequel le club omnisports collaborait :

« Franchement, ce que vous faites, c'est vraiment top, je ne vois pas pourquoi vous ne vous dites pas que vous êtes maison sport-santé alors qu'il y a certaines personnes peut-être qui mériteraient moins, mais qui le feront parce qu'ils prendront le temps ».

Le premier confinement lié à la pandémie de COVID-19 l'ayant mis au chômage partiel, Alexis, avec l'aide de la directrice administrative et financière du club omnisports et l'hôpital, finit par trouver du temps pour monter le dossier de candidature.

Une MSS enquêtée a décidé de modifier sa structuration afin de pouvoir répondre à l'appel à projets et développer des collaborations en créant une association appelée à devenir MSS et à se consacrer uniquement au développement du sport-santé au niveau local. Comme de nombreuses MSS, celle-ci fonctionne en tête de réseau sur tout le territoire départemental en collaborant notamment avec des associations, des maisons de santé pluridisciplinaires et des établissements de santé. Le coordinateur de la MSS et unique salarié de l'association explique ces reconfigurations organisationnelles :

« Il y a dix ans, c'était une association de développement de la médecine du sport qui a progressivement évolué vers ces créneaux. Au départ, c'étaient des créneaux qui étaient à l'hôpital de Clavins. Il y avait une salle d'activité physique adaptée. C'était plutôt au niveau de la performance avec des machines pour faire des tests d'effort, etc. Cela a progressivement fermé et l'argent qui était alloué à ce secteur, l'hôpital de Clavins a décidé de le redistribuer en 2016 quand, justement, il y a eu une nouvelle loi. Plutôt que de partir sur le haut niveau, ils se sont dit : "Ce serait peut-être mieux de commencer à mettre cela sur l'activité physique adaptée et de faire venir des éducateurs sportifs dans notre hôpital pour voir ce que l'on peut faire." C'était vraiment une association de médecins. Au fil du temps, cela s'est développé hors hôpital. Après, l'hôpital a lâché l'association progressivement, et l'association s'est retrouvée à faire une collaboration avec le CDOS [comité départemental olympique et sportif], ceux qui coordonnent les moments sportifs, et donc à avoir des créneaux vraiment associatifs. De notre côté, on travaille depuis le début du projet, depuis 2015, avec la DDJS, la direction départementale jeunesse et sports qui, je crois, a fusionné avec l'éducation nationale. Le sport santé a été organisé par une association qui s'appelle l'ADMS. J'étais le salarié délégué de cette association auprès du CDOS, le comité départemental olympique et sportif. En quelque sorte, les deux associations travaillaient ensemble pour promouvoir la santé par le sport. Après, en 2019, dans le courant de

l'été, il y a eu l'appel à projets des maisons sport-santé. On a postulé à cet appel à projets dans la mesure où on avait déjà 34 créneaux d'activité physique adaptée qui étaient répartis sur tout le territoire qu'on coordonnait. À la suite de cela, on a été labellisé maison sport-santé. Après, on a fait le choix, un choix politique, de créer une nouvelle association, qui s'appelle La Maison Sport Santé. L'association serait la partie santé du comité départemental olympique. Le comité départemental olympique délègue sa partie santé à La Maison Sport Santé, mais on travaille ensemble dans le même bâtiment et on monte des projets en collaboration. Pourquoi on s'est séparé en une association différente du CDOS ? Les JO, c'est juste un objectif stratégique. Les JO de 2024 arrivant, les partenaires du COJO [Comité d'organisation des jeux olympiques] sont très ciblés et on ne peut pas démarcher d'autres partenaires que ceux du CNOSF [Comité national olympique et sportif français], qui sont ensuite les mêmes partenaires au niveau des CNOS et des CDOS. Cela nous posait problème dans la mesure où on espérait, vu que l'on fait du sport sur prescription médicale, travailler avec différentes mutuelles. Si on était resté au sein du CDOS, on aurait été un peu un peu bloqué par rapport à cela. C'est pour cela que on a décidé de se séparer en une autre association. On est toujours la partie santé du CDOS. » (Nihal, 29 ans)

Les enseignants APA peuvent être moteurs dans la création de MSS. Quelques créations de MSS ont ainsi été portées par des étudiants en master activité physique adaptée et santé (APAS). C'est le cas de Chloé qui, dans le cadre de son master 2 « intervention gestion des activités physiques adaptées santé », a dû élaborer un projet professionnel. En 2017, elle a choisi de créer un dispositif de sport-santé pour la mairie de Dartois, commune de 34 000 habitants. Dans ce cas, la MSS ne naît pas tant d'une volonté politique ou institutionnelle locale, pour autant présente, que de la volonté et de la motivation de Chloé :

« C'était ma volonté pour motiver la collectivité, même s'il y avait déjà quelque chose qui existait, pour vraiment créer un dispositif spécifique pour le sport-santé. C'était en revanche plus compliqué, il a fallu démontrer l'intérêt, décider les élus du sport, de la santé et de l'action sociale. »

À la fin de son stage de M2 au centre communal d'action sociale, un poste de coordinatrice en sport-santé est créé pour Chloé qui a su convaincre les responsables municipaux de l'intérêt pour la collectivité de son projet de MSS appuyé par la direction départementale de la cohésion sociale et l'agence régionale de santé. Elle a pu, du même coup, trouver un poste et asseoir la légitimité professionnelle de sa pratique. Le label MSS est obtenu en 2020.

Pour donner à voir le type de profils des coordinateurs de MSS qui investissent le sport-santé, prenons l'exemple de Noémie (32 ans). Elle est la fondatrice d'une des MSS situées à Fontalouis, ville d'environ 240 000 habitants. Depuis la fin de sa scolarité au lycée, elle s'intéresse à l'usage du sport à des fins de santé. C'est en ce sens qu'elle s'inscrit en sciences des activités physiques et sportives (STAPS) à l'université. À l'issue de sa licence STAPS APA, Noémie ne trouve pas d'emploi. Comme ses parents – son père est directeur d'entreprise de produits du terroir aveyronnais et sa mère d'une entreprise de menuiserie-verrerie –, Noémie avait déjà l'idée de créer sa propre structure. Elle décide de passer à l'action. Elle suit une formation à la création et à la gestion d'une entreprise avec la boutique de gestion pour entreprendre (BGE). Elle fait ensuite des missions de service civique dans le domaine du sport adapté. Puis, elle est embauchée au CHU de Fontalouis. En parallèle, sous le statut d'auto-entrepreneur, elle crée son entreprise de sport-santé en 2013, fondée sur une proposition d'activité physique adaptée, itinérante, d'un site à l'autre, en milieu rural. Elle se rend au domicile de particuliers ou loue des salles, et propose des créneaux d'activité physique adaptée à des associations locales, dans un rayon de 30 à 50 kilomètres autour de Fontalouis. Elle construit progressivement un réseau avec des professionnels de santé et d'activité physique adaptée, mais elle reste insatisfaite de l'offre d'activité physique et sportive locale, qui ne parvient pas à cibler les publics en zone rurale, ainsi que par l'absence de réel suivi après

un passage par un centre de rééducation ou une prise en charge d'éducation thérapeutique. Noémie reconnaît le travail de qualité que font les associations de patients, mais elle souhaite mettre en place des actions plus inclusives pour les publics et moins segmentées par types de pathologies.

« C'était un peu innovant, en tout cas à l'époque, de mélanger tout le monde pour que l'inclusion soit inévitable. C'est en fait mon métier de savoir faire la différence, et que les gens se disent juste qu'ils vont à leur cours de sport, que je sois en fauteuil, que j'aie une maladie cardiaque ou autre. C'est de là qu'est née mon entreprise de sport-santé : proposer en milieu rural et avec des cabinets de kiné de l'activité physique adaptée pour toutes les personnes qui ne se retrouvaient pas dans le parcours classique d'une salle de sport, ou dans les associations de patients. C'est parfois trop loin, parce que les associations de patients ne peuvent pas avoir des antennes partout. »

Si Noémie faisait déjà ce qui ressemble de très près aux attentes du cahier des charges des MSS, elle a pensé, aidée par les enseignants APA qu'elle a recrutés par la suite, qu'il était pertinent et intéressant pour eux de répondre à l'appel à projets MSS, en s'orientant davantage vers une démarche d'économie sociale et solidaire, c'est-à-dire des entreprises fondées sur un principe de solidarité et d'utilité sociale, même s'ils n'ont pas encore l'agrément « entreprise solidaire d'utilité sociale » (ESUS). Bien que la structure de la MSS soit privée, Noémie a le sentiment que sa MSS remplit une mission de service public.

« Nous nous disions que nous faisons déjà ça, accueillir et orienter, organiser et promouvoir le maillage du sport-santé. C'est-à-dire faire comprendre aux clubs sportifs la différence du sport-santé à ouvrir un créneau pour faire de l'APA, alors que ce n'est quand même pas l'objet – comme je vous le disais hier – des statuts de l'association. Essayer aussi de faire comprendre que tout le monde a sa place, et qu'il ne faut pas forcément tout changer. Il faut comprendre que tout n'est pas lié à la compétition dans le milieu du sport, pour autant, à chacun ses compétences. Je n'irai pas proposer de l'escrime adaptée, je ne suis pas professeur d'escrime, c'est un peu particulier. Il a pourtant été prouvé que vis-à-vis des femmes en cancérologie c'est primordial et génial. Ils ont fait plusieurs programmes. Je suis enseignante en APA et je suis spécialiste de ce type de public, mais pour autant je ne pourrais pas leur proposer de l'escrime. Je vais donc aller chercher cette compétence et leur proposer à eux. Je trouvais cela intéressant, réussir à faire en sorte que tout soit un peu plus visible, que ce soit pour le grand public, pour les professionnels du sport ou les professionnels de la santé. Nous avions dans l'idée que c'était une entité à côté, de dire que la MSS est un support, où tout le monde apporte sa pierre à l'édifice, et il y a le côté maison sport-santé où nous aurons d'autres missions davantage de service public. C'est quand même le gouvernement qui demande cela, du coup nous nous attachions beaucoup dans notre projet à dire qu'il fallait bien faire attention à la réorientation, parce qu'ils vont voir le côté diabolique de l'entreprise qui veut des bénéfiques. Il fallait leur montrer que nous séparions bien ces deux aspects. Bien sûr, nous voulons nous étendre et nous développer, mais nous ne sommes pas plus chers que des associations, nous n'allons pas chercher que le profit. Tous les bénéfiques que nous pouvons faire – quand nous en ferons – sont réinjectés dans l'entreprise. Nous considérons que nous faisons déjà partie de l'économie sociale et solidaire. Nous voulons aussi le prouver ainsi. »

Les coordinateurs de MSS comme intermédiaires de l'action publique

Les coordinateurs des maisons sport-santé rencontrés dans cette étude sont en majorité des enseignants APA. Par analogie avec des travaux en sociologie de la culture (Jeanpierre, Roueff, 2014 ; Lizé *et al.*, 2011, p. 21-43) et de l'action publique (Hassenteufel, 2011, p. 213-242), et parce que ce prisme permet, selon nous, de comprendre le rôle clé des opérateurs des MSS, nous proposons de les considérer comme de nouvelles figures de l'intermédiation, dans le domaine de l'activité physique adaptée et de la santé. Par « intermédiaires », nous entendons des acteurs situés à des échelons moyens des hiérarchies professionnelles, possédant un réseau informel important, qui font office d'interfaces entre plusieurs groupes et mondes sociaux dont les intérêts peuvent diverger, entre public et privé, qui peuvent pour un certain nombre d'entre eux relayer des logiques économiques dans le domaine de la santé et du sport et qui participent de la redéfinition des frontières entre ces mondes. À ce titre, ils constituent des intermédiaires entre l'action publique, ses catégories, ici le sport-santé, et les publics, et mettent en œuvre localement le sport-santé dans le cadre des maisons sport-santé qu'ils coordonnent. D'ailleurs, les enseignants APA sont intégrés au code de la santé publique par le décret n° 2016-1990 de la loi de modernisation du système de santé de décembre 2016. Ils deviennent ainsi des acteurs majeurs des dispositifs de sport-santé, au sein des MSS en particulier, bien qu'encore en quête de légitimité. En ce sens, les coordinateurs rencontrés ont fait part de l'importance de veiller à ce que les acteurs qui encadrent les activités de sport-santé soient formés de façon adéquate et possèdent les diplômes reconnus.

Lorsque les coordinateurs opèrent dans une MSS directement liée à une municipalité, ils semblent disposer de moins de latitude dans les orientations qu'ils donnent aux activités de la MSS. Certaines MSS enquêtées ont été créées sur la base d'une orientation politique de la municipalité concernée. C'est le cas de la MSS de Laurellois, commune d'environ 100 000 habitants, où la mairie a changé de couleur politique en 2014, passant de l'étiquette du Parti socialiste à celle des Républicains. Les propos d'Hélène contrastent avec ceux, cités plus haut, de Noémie dont on a vu qu'elle se rapprochait largement d'une figure entrepreneuriale. Sans nier sa propre autonomie, Hélène se fait davantage le relais de la politique municipale et de ses orientations, alors que Noémie, bien qu'elle relaie la politique gouvernementale de sport-santé, comme Hélène, n'est pas placée directement dans un cadre administratif et professionnel aussi contraignant. La nouvelle équipe municipale a voulu impulser une politique de sport-santé. La ville compte cinq quartiers labellisés QPV, avec notamment un volet important en matière d'insertion par le sport. La nouvelle équipe municipale a voulu réfléchir à cette question autrement dans ce type de quartiers.

« Le projet de la maison sport-santé de Laurellois a été référencé par le ministère sur la première vague [de labellisation en 2019]. Il y avait une logique. On fonctionne par mandature, bien évidemment. On a changé de mandature en 2014 avec, au départ, l'idée politique de permettre de faciliter et d'inciter la pratique d'activités physiques et sportives de tous et notamment un petit peu des choses en dehors du contexte plus classique des fédérations et des clubs sportifs existants. Il y avait ce volet-là et cette volonté-là dans le cadre du programme politique de 2014 qui s'est assez rapidement transformé en l'idée d'engager une politique un peu incitative en matière de sport-santé et de cibler davantage à la fois le sport pour la santé, mais pour la santé dans une vision globale du terme. À savoir ne pas forcément se cantonner à la prévention secondaire, mais bien pour la santé de l'ensemble de la population, que la population ait une pathologie ou pas. C'était un peu le point de départ avec la mandature de 2014. L'idée est de faciliter la pratique d'activités physiques pour tous, y compris dans les comportements au quotidien et surtout que des personnes qui aujourd'hui sont peu

actives puissent le devenir plus. On est parti de cela. Le point de départ à partir d'une commande politique, de dire que le domaine de la santé, d'une façon générale est intéressant, cette approche-là nous intéresse et une organisation de direction des sports qui allait dans ce sens. [...] Assez naturellement, la ville a répondu à l'appel à projets sur la maison sport-santé avec cette idée qu'elle devait être la possibilité d'une deuxième étape du développement sport santé à Laurellois. Ça démarrait aussi avec des élections. On était sur un début de mandature également, avec l'idée d'avoir une deuxième étape et de dépasser un peu l'idée du sport sur ordonnance, l'idée de la régie pour créer un projet autour de quatre axes qui sont : le développement de la pratique, ça plutôt en régie ; l'information et l'orientation des publics au sens large ; l'information, la recherche et l'évaluation ; le développement de projets pour qu'on ait la double dimension, à la fois la capacité à accueillir et la capacité à aller vers les publics. » (Hélène)

Les coordinateurs de MSS enquêtés partagent ces objectifs communs, dont le principal est la mise en œuvre à l'échelle locale du sport-santé, dans le cadre du cahier des charges des MSS défini par le ministère des sports. S'ils sont davantage liés aux orientations politiques de la municipalité, les coordinateurs de MSS associées aux collectivités territoriales (ou aux fédérations sportives et à leur politique sportive, à l'échelle locale *via* les ligues et les comités fédéraux) disposent de moyens supérieurs (accès à des salles et à des créneaux, à un réseau de partenaires important, à une visibilité significative, etc.). Les coordinateurs opérant dans des MSS constituées sur un modèle entrepreneurial à but lucratif disposent de plus de marge dans les orientations qu'ils souhaitent donner aux activités de leur MSS, mais disposent de moins de moyens matériels et dépendent davantage du financement sur appel à projets et de celui lié aux cotisations de leurs adhérents.

Mettre le pied à l'étrier des publics éloignés de l'activité physique et sportive

Toutes les MSS enquêtées, et probablement au-delà puisque cela fait partie des attendus du cahier des charges, ont en commun la volonté, dès leur création, de mettre en œuvre un « programme passerelle », c'est-à-dire un dispositif qui accueille, oriente les publics, en particulier les plus éloignés de l'activité physique et sportive, et si possible, qui encadre leurs activités physiques et sportives adaptées, mais sur un temps défini, avec l'objectif de rendre les usagers du sport-santé autonomes en l'espace de douze séances. Le cahier des charges ministériel le réclamant, les MSS enquêtées cherchent à effectuer un suivi des publics de l'activité physique adaptée en relevant les progrès, en consignait un ensemble de données, voire en rappelant régulièrement les personnes au téléphone afin de garder le contact, à intervalles réguliers, après la fin du programme passerelle, par exemple un mois, trois mois, six mois et un an après. Robert, à l'instar d'autres responsables de MSS, témoigne toutefois des difficultés que sa structure éprouve à effectuer un suivi des personnes après le programme passerelle :

« Nous, on a été sollicités par exemple par une maison médicalisée, qui est une annexe Prescri'Forme, qui accueille des patients en soins de suite, en post-chirurgical ou ALD ou maladies chroniques, et les accueils dans le cadre du suivi thérapeutique du patient. Pareil, programme passerelle, douze séances. Et la question que vous posez, ils sont venus me la poser. Et après, qu'est-ce qu'on fait ? On les perd de vue. Ils ont environ en permanence une soixantaine de personnes, quand même, qui, une fois les douze séances, sont sorties de l'hôpital, puisqu'elles vont mieux. Le traitement est fini. La "réathlétisation" s'est refaite, hop, et il dit : "Là, on ne sait pas où les envoyer." Je dis : "Écoutez, on est là, on existe." S'ils ne veulent pas aller directement dans un club, parce qu'effectivement, la pratique sportive, ce n'est pas leur truc, qu'ils viennent déjà dans la maison sport-santé, qu'on les accueille dans des structures sport-santé adaptées qui vont être sur la prolongation

de ces douze séances vers plutôt une saison. Et puis si à la fin de saison, on leur dit "Écoutez, à la saison prochaine, on se revoit", on a déjà gagné. Alors ils mettront un peu d'argent là, effectivement, ils seront obligés de mettre un peu d'argent ».

Cet extrait d'entretien éclaire également la fonction de santé publique dont sont implicitement chargées les MSS, implicitement, car les coordinateurs ne sont pas reconnus comme des acteurs de santé par les professionnels du champ de la santé.

Le suivi des publics revêt un caractère obligatoire et permet de suivre la progression des usagers, mais il a aussi d'autres effets possibles, comme la découverte de pathologies non détectées. Grâce à ce suivi, la MSS de Noiville, commune rurale de 3 700 habitants, a permis de dépister des diabètes :

« Comme ça, ils ont un comparatif avant et après et on écrit un courrier au médecin traitant en disant : "Voilà, on a remarqué par exemple que le patient désaturait à l'effort." Par exemple, on a découvert des diabètes ici. On s'est rendu compte qu'il y a des personnes, des fois, qui avaient des symptômes qui nous rappelaient le diabète. Donc on faisait une prise de glycémie régulière. Avec ces prises de glycémie régulières, on s'est dit "Ces taux sont quand même assez hauts." On l'a stipulé dans le courrier. Derrière, le médecin a fait une hémoglobine glyquée et effectivement, le patient était diabétique. On écrit vraiment toutes nos remarques dans le courrier, mais aussi les résultats des tests, comme ça, il peut voir ce qui a été amélioré ou pas. Il a tout le compte-rendu aussi. » (Caroline)

Comme Robert, et les autres enquêtés, Caroline témoigne de la mission de santé publique, ici dans son versant dépistage et prévention, que remplit le sport-santé, en plus de permettre aux publics éloignés de l'activité physique et sportive de s'en rapprocher.

De plus, les coordinateurs développent des collaborations qui, tout en s'intégrant aux orientations des MSS, peuvent les déborder. La MSS de Sarvilliers, et plus largement, la Fédération française des clubs omnisports (FFCO) travaille avec une université afin de développer « la littératie physique »¹² auprès des publics.

« L'habitude de vie, nous, on travaille là-dessus à la fédération, puisqu'on a une étude qui est en cours avec l'université sur la littératie physique. Vous avez dû en entendre parler. C'est un concept très canadien qui est cette capacité que nous avons tous un chacun de se prendre en charge, de ne pas attendre que quelqu'un se prenne en charge pour nous et d'avoir cette notion de potentiel physique qui nous permet de, ne serait-ce que quand on arrive devant un escalator, laisser l'escalator et monter par l'escalier. » (Robert)

Lorsque des MSS sont créées, elles ont toutes les chances d'éprouver des difficultés à se faire reconnaître comme un acteur légitime du sport-santé. Moussa explique qu'à la création de la MSS de Carleville, commune de 112 000 habitants, les membres fondateurs ont voulu mobiliser les médecins libéraux de leur secteur, mais n'ont pas obtenu les retours escomptés, car l'association était trop récente et pas identifiée par les acteurs locaux, donc pas considérée comme un interlocuteur légitime.

¹² La littératie physique se définit comme « la motivation, la confiance, la compétence physique, le savoir et la compréhension qu'une personne possède et qui lui permettent de valoriser et de prendre en charge son engagement envers l'activité physique tout au long de sa vie » (Whitehead, 2001). Cette notion, faisant écho à celle de « littératie en santé », renvoie à « la motivation et [aux] compétences des individus à accéder, comprendre, évaluer et utiliser l'information en vue de prendre des décisions concernant leur santé » (Van den Broucke, 2017).

La création du label MSS ne correspond donc pas tant à l'invention des activités de sport-santé que mettent en place les structures devenues MSS qu'à un nouveau cadrage institutionnel d'activités déjà existantes et de réseaux de professionnels du sport-santé déjà constitués. La plupart des MSS enquêtées mettaient déjà en œuvre la plupart des activités recommandées par le cahier des charges. Ce label contribue plutôt à structurer l'espace des organisations investies dans le sport-santé et à inscrire les coordinateurs de MSS dans la quête d'une plus grande légitimité professionnelle. Cet espace, on l'a montré, constitue des opportunités d'emploi importantes pour les étudiants en STAPS et les enseignants APA.

Mettre les publics en mouvement

Dans cette partie, il s'agit de montrer comment les acteurs rencontrés coordonnent les activités sport-santé dans les MSS et selon quel cadre de référence. Concrètement, les maisons sport-santé ont une quadruple mission : accueillir le public souhaitant pratiquer ou reprendre une activité physique et sportive à des fins de santé, de bien-être, indépendamment de leur âge ; le renseigner sur les offres de pratiques disponibles localement ; l'informer et le conseiller sur les bienfaits de l'activité physique et sportive ou adaptée ; enfin, l'orienter vers des professionnels qualifiés. Les publics prioritaires restent ceux qui sont *a priori* les plus éloignés de l'activité physique, même si la plupart des coordinateurs de MSS ont manifesté, au fond, leur souhait de toucher le public le plus large possible. L'objectif des MSS est de contribuer à la coordination efficiente des différents professionnels de santé et de l'activité physique adaptée dans la prise en charge des bénéficiaires, en veillant à bien identifier les compétences et à délimiter les interventions de chacun dans le parcours thérapeutique des bénéficiaires. Selon leurs ressources, leur réseau et leurs orientations, les MSS enquêtées s'en tiennent à mettre en place un programme « passerelle », souvent limité à 12 séances, ou à l'associer à un accueil des publics tout au long de l'année. La majorité des enquêtés affirment souhaiter une plus grande homogénéité dans le fonctionnement des MSS au niveau local et national. Étant à l'origine un réseau sport-santé bien-être¹³, la MSS d'un comité régional olympique et sportif (CROS) a conservé une des orientations de ce type de fonctionnement, à savoir l'importance d'orienter les publics vers d'autres structures plutôt que de systématiquement les accueillir, comme le précise sa référente Louise :

« Ça ne doit pas être un fonctionnement "j'oriente la personne chez moi". C'est pour ça que nous, au niveau du réseau sport-santé, c'est quelque chose sur lequel on sera très attentif, sur l'esprit qualité de l'orientation de la personne. C'est-à-dire que nous, on n'oriente pas forcément les personnes chez nous, c'est quelque chose qu'on avait déjà à cœur parce qu'on a un dispositif, mais qu'on était un réseau sport-santé. J'espère que ça perdurera et que cet esprit qualité de l'orientation des personnes sera à la hauteur de ce qui nous a été présenté au niveau national. »

Les MSS plus proches du pôle médical et plus éloignées du pôle associatif semblent tendre davantage vers une homogénéisation des MSS au plan national principalement centrée sur la science et ses résultats en matière d'activité physique. Par exemple, Brice, chargé de développement d'une MSS dont le directeur est médecin de rééducation et de réadaptation fonctionnelle et médecin du sport, prône un sport-santé plus proche du pôle compétitif du champ sportif, dans la rigueur de l'encadrement et du

¹³ Les Réseaux Sport Santé Bien-Être (RSSBE) sont des associations loi 1901 créée en 2005, qui visent à permettre aux professionnels de santé d'intégrer les activités physiques et sportives dans leur stratégie préventive, éducative ou thérapeutique. L'objectif est la lutte contre le manque d'activité physique et sportive, la sédentarité et ses effets sur la santé, notamment auprès des publics éloignés de l'activité physique et sportive, sédentaires et âgés.

suivi plus personnalisé. Il compare le développement qu'il souhaite pour le sport-santé à la standardisation du développement d'un médicament et estime que c'est à ce prix que le sport-santé sera mieux financé, car les financeurs ont davantage confiance dans un « produit » standardisé et reconnu des scientifiques, donc légitimé :

« La recherche est constitutive de notre activité parce qu'elle nous permet deux choses. Elle nous permet d'abord d'évaluer la qualité de nos protocoles, de nos parcours. Elle nous permet aussi de partager avec la communauté scientifique parce que nous avons envie de crédibiliser le plus possible ce soin qu'est l'activité physique. Sa reconnaissance et sa protocolisation feront qu'il sera plus prescrit et pris en charge par des financeurs parce que c'est difficile pour un financeur de financer le sport-santé quand il est fabriqué d'une telle façon dans telle maison sport-santé, d'une autre façon dans une autre maison sport-santé. Un médicament a une formule qui est toujours la même et je pense que le sport-santé doit tendre vers cela pour gagner en crédibilité et permettre également des financements, que ce soit par le régime obligatoire ou par les complémentaires santé qui aujourd'hui sont un peu des payeurs aveugles. Les complémentaires santé remboursent et ne savent pas vraiment ce qu'il se passe dans les parcours proposés à leurs adhérents. La recherche a cet objectif de structurer. » (Brice.)

Les personnes accueillies par les MSS sont prises en charge et accompagnées par des professionnels de santé et des APA dans des espaces physiques abrités au sein de différentes structures (associations, établissements sportifs, centres de santé, hôpitaux, structures itinérantes, etc.) ou *via* des plateformes téléphoniques ou numériques. Les MSS enquêtées suivent un protocole d'accueil et d'orientation des publics assez similaire. Elles accueillent les publics, leur font passer en premier lieu un entretien motivationnel. Puis, en fonction des contre-indications éventuelles et des envies des usagers, les éducateurs sportifs leur proposent une activité physique et sportive adaptée au sein de la MSS ou les orientent vers une association sportive qui propose des créneaux sport-santé. Les activités physiques et sportives proposées par les MSS sont très diverses : de la marche nordique, au basket-santé ou rugby-santé, en passant par du renforcement musculaire doux ou de l'aviron. Les outils d'évaluation que les MSS enquêtées utilisent sont ceux élaborés par l'Observatoire national de l'activité physique et de la sédentarité (ONAPS). Certaines MSS ajoutent des tests à ces outils, si elles souhaitent mesurer ou évaluer tel ou tel aspect de la condition physique des usagers. Les données sont généralement entrées dans une application nommée Deneo. Une des MSS enquêtées, rattachée à un club omnisports, à Mavillois, commune de 140 000 habitants, a voulu faire quelque chose de différent et se dit « innovante » en la matière. Le coordinateur et l'une des enseignantes APA n'ont pas souhaité en effet reproduire ce qu'ils jugent être une routinisation de l'activité physique adaptée, telle qu'elle est enseignée à l'université en STAPS, et surtout ne pas retomber dans de « l'activité physique à la carte ». Ils ont voulu mettre davantage en avant la dimension psychologique de l'investissement des usagers dans l'APA et dans la MSS, ce que Florian nomme « l'adhésion » des usagers qui, dit-il, « marchent beaucoup avec des perceptions, des affects, des émotions ». Comme les autres MSS, ils ont mis en place un système de suivi des usagers, tel que requis par le cahier des charges MSS ministériel. Afin d'évaluer la motivation des usagers, ils ont créé des critères globaux d'observation, connus de tous les éducateurs sportifs de la MSS, qui les mobilisent à chaque séance. Puis, ces derniers font remonter les informations recueillies aux responsables de la MSS qui entrent ces données dans une application, encore en développement. Ces données vont alors constituer un « score de mobilisation », permettant de voir dans le temps comment la motivation des usagers évolue.

« Pourquoi avons-nous fait cela ? Pour pouvoir ensuite se dire qu'il y a peut-être des moments cruciaux que nous loupons, pour l'instant, sans nous en rendre compte consciemment, mais peut-être nous rendrons-nous compte, finalement, au bout de six mois, qu'il y a quelque chose de charnière qu'habituellement nous

laissons passer, et tant pis, nous ne voyons plus la personne. Mais, finalement, à force de nous rendre compte que, à six mois, des personnes commencent à décrocher, nous constatons qu'il faut réajuster notre prise en charge. » (Florian.)

À terme, les coordinateurs de la MSS ambitionnent de partager leur outil informatique de suivi des usagers avec d'autres MSS locales existantes ou celles qui seront créées plus tard, lorsque cet outil sera définitivement au point.

Un des enjeux liés au sport-santé consiste à inciter les publics à adopter une nouvelle culture somatique, davantage axée sur le mouvement et l'activité physique et sportive et construite contre la sédentarité. Il s'agit pour les MSS de transmettre des savoirs sportifs et des savoirs médicaux aux publics, ceux les plus éloignés de ces savoirs plus particulièrement. Les coordinateurs et les enseignants APA des MSS enquêtées prennent cet objectif très au sérieux. Pour atteindre cet objectif de conversion, ils misent d'abord sur l'éducation thérapeutique du patient (ETP) qui, d'après la Haute Autorité de santé (HAS), « vise à aider les patients à gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle est un processus continu, qui fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient »¹⁴. Les coordinateurs et les enseignants APA des MSS jouent le rôle de prescripteurs auprès des usagers. Ils sont convaincus que les activités de sport-santé qu'ils mettent en œuvre quotidiennement au sein des MSS méritent de toucher le plus grand nombre d'usagers possible, remplissant ainsi une mission de service public visant à réduire les inégalités sociales de santé et d'accès à la pratique sportive.

Effets de la labellisation MSS : entre statu quo et légitimation

Bien que le sport-santé soit porté par deux ministères, cet espace social émergent nécessite un travail de légitimation de la catégorie d'action publique « sport-santé », loin d'être claire et admise par tout le monde. Le label MSS est un instrument de ce travail de légitimation et de mise en ordre de cet espace social. L'obtention du label « Maison sport-santé » se fait à condition de répondre au cahier des charges qui se trouve dans l'appel à projets (AAP) relatif aux « maisons sport-santé » élaboré par le ministère chargé des sports et le ministère des solidarités et de la santé. Les candidats doivent s'engager à « assurer la mise en place d'une évaluation des capacités physiques ainsi que des motivations de la personne accueillie afin de proposer un programme sport-santé personnalisé » et à « développer et partager les modalités d'évaluation ainsi que les résultats relatifs à l'accompagnement des personnes ». La référence à la science et aux objectivations chiffrées de l'état de santé des individus permet de justifier l'importance du sport-santé en tant que problème public comme de la généralisation de sa prise en charge.

Toutes les MSS enquêtées ont reconnu que l'obtention du label leur avait permis d'avoir davantage de visibilité auprès des acteurs locaux, en particulier les associations, d'être davantage reconnues et d'avoir davantage de légitimité auprès de différents acteurs institutionnels, mais pas nécessairement auprès des professionnels de santé. La plupart des MSS enquêtées étaient déjà investies dans l'activité physique et sportive à des fins de santé, même si une partie d'entre elles reconnaissent que ce qu'elles faisaient dans ce domaine était moins développé, relativement « standard », avec notamment des programmes

¹⁴ https://www.has-sante.fr/jcms/c_1241714/fr/education-therapeutique-du-patient-etp

et des exercices assez classiques sur machines en salle de musculation, autour, par exemple, du renforcement musculaire ou du circuit training. De plus, plusieurs coordinateurs de MSS pensent que la multiplication des structures qui obtiennent le label MSS ne fait que dévaluer le label. Par exemple, la MSS d'Aubinais, commune de 65 000 habitants, a commencé à mettre en place des activités liées au sport-santé dès 2012. La labellisation n'a, d'après sa coordinatrice Natacha (32 ans), pas changé fondamentalement les activités de la structure, mais lui a permis toutefois d'être mieux reconnue par les acteurs locaux, comme d'autres MSS.

« Honnêtement, ça n'a absolument pas changé les activités qu'on propose. Par contre, la labellisation a permis de nous faire reconnaître auprès de ceux qui ne nous connaissaient pas encore, on va dire, et de vraiment chapeauter et organiser toutes nos interventions, de vraiment donner un nom à notre champ d'activité sur le sport-santé. [...] On va dire qu'on a vraiment structuré en tant que maison sport-santé, avec un schéma organisationnel de nos activités. [...] Elle a appuyé et peut-être revalorisé un peu ce qu'on faisait, a fait remonter auprès de ceux qui ne nous connaissaient pas encore ou qui avaient peut-être encore des doutes. »

Brice ne fait pas usage de la notion de « label » qui implique, selon lui, une forte dimension de contrôle institutionnel dans laquelle il ne se reconnaît pas. Pour lui, la MSS, dont les activités de sport-santé sont antérieures à la création du label puisqu'elles remontent à 2013, a obtenu une reconnaissance et non un label :

« Je ne dis jamais label maison sport-santé car ce n'est pas un label. En fait, même au sein du ministère, ils ne sont pas totalement calés. Quand on discute avec le ministère des sports, c'est très clair : c'est une reconnaissance, mais, sur les documents de communication du ministère, c'est un label. Je n'estime pas que c'est un label parce qu'un label voudrait dire un contrôle, des audits et, aujourd'hui, cela n'existe pas. Nous sommes reconnus maison sport-santé depuis janvier 2020. »

De plus, en tant que structure privée, le fait d'être reconnue MSS lui semble important, car cette reconnaissance ministérielle semble plus évidente pour les structures associatives et moins pour les structures privées. Cela inscrit la MSS dans un réseau et la rend plus visible aux yeux de partenaires potentiels.

« Ce qui nous importe, c'est de faire partie d'une communauté d'intervenants en activité physique adaptée. C'est essentiellement porté par le monde associatif aujourd'hui, par des acteurs de l'ESS aussi, mais peu importe le statut, on fait la même chose. On fait peut-être avec des moyens différents, des moyens un peu plus haut de gamme, disons-le, mais c'est cette reconnaissance qui nous intéressait pour créer des collaborations avec ces acteurs et avoir, on va dire, une reconnaissance aussi académique avec les fac labs même si, dans notre comité scientifique, nous avons depuis longtemps le doyen de la faculté de P. Ça nous installe un petit peu plus dans le paysage. » (Brice.)

Les MSS enquêtées qui ne sont pas des associations, mais des entreprises à but lucratif apprécient globalement l'obtention du label MSS et les effets de reconnaissance, mais regrettent l'impossibilité d'adjoindre à cette reconnaissance ministérielle des subventions.

« Nous étions aussi déçus parce que nous avons eu cette reconnaissance, mais pas forcément les moyens financiers pour la déployer. Nous ne sommes pas une association. Nous sommes une entreprise à but non lucratif, donc le ministère des sports, lors de la première année, a dit que nous n'étions pas éligibles aux financements. La deuxième année, comme nous étions dans l'économie sociale et solidaire, ils nous ont dit oui, mais finalement, nous ne les avons pas eus. Nous sommes en train de batailler en disant que, c'est bien

d'avoir une reconnaissance, mais si derrière, il n'y a pas les financements qui vont avec, nous ne pourrons pas vraiment déployer nos actions. » (Doriane.)

Pour Noémie, la labellisation a été une reconnaissance du travail accompli sur les activités physiques et sportives à des fins de santé depuis 2013. Mais l'équipe a également été déçue, car la labellisation ne leur a pas donné droit à des subventions puisque la MSS est une entreprise.

« Pour l'équipe, cela a été initialement une reconnaissance du travail accompli jusqu'en 2019, pour dire que nous étions dans la bonne direction. Ce que nous proposons répond à des besoins. Pour moi, je l'ai aussi pris comme cela, et dans l'équipe c'est ce que nous avons ressenti. Nous étions très heureux. Nous avons ensuite été déçus parce que nous n'avions pas le droit aux subventions, qui nous permettrait de mettre en place le projet. Le côté négatif est de dire que nous avons plein de projets, mais nous sommes bloqués juridiquement parlant plus que par manque de confiance de la part de l'État. Cela a permis une reconnaissance, cela nous a fait du bien, mais aussi au niveau des collègues dans notre milieu. Comme je vous le disais, je suis quelqu'un qui est beaucoup dans les réseaux, j'ai fait partie de réseaux nationaux. Même si je suis déjà identifiée, cela a rajouté une reconnaissance à ce niveau, nous en discutons. Il y a beaucoup de maisons sport-santé ou de structures qui viennent nous rendre visite pour voir le schéma, ce que nous avons fait. C'est un réseau très ouvert et partagé, ce n'est pas du tout fermé. Cela permet de rencontrer plein de gens, je trouve que c'est l'intérêt, cela permet de rencontrer d'autres visions qui permettent de nourrir toutes les visions existantes et d'évoluer côté santé, sport ou ce que l'on veut. Cela a aussi permis d'asseoir que la MSS avait beau être commerciale, elle avait une utilité sociale et solidaire. Cela a posé les choses vis-à-vis de la ville, vis-à-vis d'associations. Même s'ils m'aiment bien, ou Luca ou les membres de l'équipe, ils savent que nous avons ce fond, mais nous avons là une validation juridique. Ce n'est pas juste nous, mais aussi la structure. Sinon, cela n'a pas amené plus de clients, cela n'a pas fait une concurrence déloyale par rapport à tous nos collègues autour. Nous ne l'avons en tout cas pas ressenti. » (Noémie.)

Alexis affirme que la labellisation n'a pas changé grand-chose aux activités concrètes et quotidiennes de la MSS. Par contre, cela a permis, d'après lui, de consolider leurs actions et d'insuffler une dynamique collective en matière de sport-santé qu'il espère voir grandir.

« On a eu de l'argent qui nous a permis aussi de pouvoir consolider certaines actions. Si ça se trouve, aujourd'hui, les actions n'existeraient plus ou ce ne serait pas 150 euros, mais ce serait 250 euros. Donc forcément, ça a eu un effet en termes financiers. En termes de communication, très peu, mais ce n'est pas de la faute de la maison sport-santé ou de la labellisation de l'État. C'est aussi notre faute à nous. Il faut qu'on communique dessus. On n'a pas le temps actuellement. On va revenir à chaque fois sur les mêmes choses. Tant qu'on n'aura pas un temps plein supplémentaire, on aura du mal à se dégager du temps. Les principales répercussions qu'aura eues la labellisation, c'est entrer dans une dynamique collective. On n'est pas tout seul. Même si dans l'ouest du département, on est la seule maison sport-santé, on sait qu'à un moment ou à un autre, il y aura une maison sport-santé frontalière avec la région voisine. Il y aura, on l'espère, une maison sport-santé pas trop loin de Boulliers. Et là, on va pouvoir faire vraiment une réelle dynamique tous ensemble. Donc ça, se sentir inclus dans un projet collectif, c'est intéressant. Et quand je parle du collectif, ce n'est pas Boulliers, c'est un projet national. C'est assez intéressant. Pour les gens, ça ne change rien. D'ailleurs, on leur a expliqué au tout début de l'année qu'on était maison sport-santé, juste pour leur dire qu'on était maison sport-santé et qu'on allait pouvoir peut-être développer de nouvelles choses. Tu vois, c'est plus comme ça qu'on l'amène. Concernant les institutions, elles viennent vers nous et contactent la maison sport-santé du Grand Boulliers. Ça, oui, mais il y a deux ans, elles venaient vers nous et contactaient le club omnisports. Au final, en termes de légitimité, on va présenter nos actions de terrain. Les personnes viennent vers nous parce qu'on proposait déjà des actions qui étaient cohérentes, qu'on espère qualitatives et qui plaisent aux personnes. » (Alexis)

Les MSS d'un département sont réunis en « comité » afin de mieux se répartir et de mieux mailler le territoire. Noémie, l'une des instigatrices de ce comité, déclare que lorsque le comité des MSS du département s'est réuni, il a très vite été question de savoir ce qu'était concrètement le label MSS.

« La question s'est posée de savoir ce qu'était ce label. Vous me demandiez ce que c'est, pendant quelques mois avant que nous nous réunissions, il n'y a pas si longtemps, six mois, je me demandais ce qu'ils voulaient faire avec ce label. Ils nous refusent des subventions, la DRAJES [délégation régionale académique à la jeunesse, à l'engagement et aux sports] nous dit que ce ne sont pas nos missions de faire cela. Pourquoi n'est-ce pas nos missions ? C'est écrit noir sur blanc. Parfois c'est en fonction des personnes que l'on va rencontrer, nous allons être perdus et dire que si, nous avons répondu à cet appel à projets pour répondre à ces missions, mais quelles sont réellement les missions que vous nous confiez ? Si vous ne voulez pas que nous fassions cela, est-ce juste une estampille d'une salle d'APA ? À ce moment-là, il y en a des dizaines d'autres. D'ailleurs, nos collègues qui n'ont pas été validés ne comprennent pas pourquoi. En fait, ce n'est pas une estampille d'une salle d'APA, c'est un label pour répondre à des missions. Si vous ne parlez pas des missions... C'est ce que je trouve un peu perturbant, cela vivote. Ce ne sont pas les mêmes types de structure, du coup nous avons une vision pour y répondre qui est assez commune au niveau du département. Nous nous sommes dit que nous allions le faire tous ensemble. On ne peut pas être simplement un site Internet qui référence, sinon je pense que l'État peut faire cela sans nous. »

Pour les MSS qui ne sont pas nées avec l'initiative interministérielle de création du label, mais qui ont une expérience antérieure en matière de sport-santé, il y a un enjeu autour de la reconnaissance de cette expérience et des compétences acquises, en plus des enjeux autour du développement de la MSS. Les collectivités territoriales ou les grosses associations de type club omnisports qui ont obtenu le label MSS disposent d'un réseau, d'un vivier de ressources et de compétences qui les distinguent d'autres MSS plus petites, telles que des structures ESS ou privées, dont une partie est née avec le lancement de la labellisation MSS, comme en témoigne Thierry, directeur des sports de Darly, une commune de 85 000 habitants.

« Jusqu'à présent, les énergies développées l'étaient sur le fond, c'est-à-dire qu'il fallait garantir le service, assurer le service. Sur la forme, il y a une belle marge de progression, avec deux axes à aller chercher. D'abord, c'est la reconnaissance du travail qui a été fait, la considération du travail qui a été fait et, après, comme nous l'avons dit tout à l'heure, la pérennisation et son expansion. L'expansion contient deux aspects : la capacité interne à gérer la demande et comme l'a dit Maxime, notre capacité parce que nous avons différentes missions et notamment la mission d'orientation du public. Nous devons absolument maîtriser nos compétences et nos ressources pour être sachant en disant "là, on peut prendre ou pas". L'idée n'est pas que les gens se retrouvent en sens interdit, en voie sans issue, mais au contraire que nous puissions bien les orienter, les ventiler sur des structures. Notre démarche est vraiment sur le maillage territorial. L'objectif n'est pas que Darly ait la plus belle et la plus grosse maison sport-santé du département ou autres. L'idée est que nous apportions notre pierre à l'édifice, que nous soyons un acteur bien dimensionné et, si on peut aider, on le fera. »

La création des MSS a donc produit un nouvel espace social, où s'agglomèrent de nouvelles professionnalités et à partir d'où se structure la politique publique de sport-santé. Les activités des coordinateurs des MSS comportent une dimension quasi vocationnelle qui fait rimer développement du sport-santé avec santé publique et lutte contre les inégalités. Mais cette volonté se heurte également à des difficultés.

2. Le sport-santé : une cause partagée, mais un développement contraint

Les coordinateurs rencontrés ont tous témoigné d'une forte volonté de participer au développement du sport-santé depuis les MSS. Nous revenons dans cette partie sur les obstacles au développement des MSS tels que rapportés par les enquêtés, ainsi que sur ce qui a, selon eux, contribué à favoriser la structuration de l'espace des MSS.

Les obstacles au développement des activités des MSS

Le premier obstacle au développement du sport-santé est probablement le fait que cette nouvelle catégorie de l'action publique se situe au croisement de deux champs, le sport et la santé, ce qui en fait également une force. Malgré des avancées en termes de compréhension mutuelle et de collaboration, cet entre-deux n'est pas sans créer des incompréhensions et des formes de méconnaissance des compétences et des manières de travailler de l'autre, comme l'explique Gabrielle, médecin du sport et co-fondatrice avec Moussa de la MSS de Carleville :

« Les mêmes freins qui continuent, un peu moins parce que maintenant le sport-santé a trouvé une oreille auprès des dirigeants, y compris auprès du ministère des sports et du ministère de la santé, qui se sont rendu compte qu'en travaillant ensemble, ils allaient pouvoir le faire [...]. On m'a baladée comme cela toute ma carrière, et cela continue. À chaque fois que je demande quelque chose à la santé, on me dit de demander aux sports et à chaque fois que je demande aux sports on me dit que c'est la santé. Je connais très bien cela. En étant médecin du sport, je suis exactement à cheval entre les deux – c'est le cas de le dire – et concernée par personne. »

D'après les coordinateurs rencontrés, un frein important viendrait du champ médical, et plus précisément des résistances que certains de ses membres opposent au développement du sport-santé, bon nombre de médecins traitants 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, des médecins ou des professionnels de santé.

« Le monde médical, c'est un énorme frein. "Je ne connais pas le sport, à qui je vais donner mes patients ?" Comme s'ils leur appartenaient. C'est très médical. C'est très médecin. "Ce sont mes patients. À qui je vais les donner ? Est-ce qu'ils ne vont pas me les casser, me les blesser, faire l'inverse de ce que je cherche ?" Ils n'ont pas tort pour le coup. Tant qu'un décret n'était pas sorti, on n'a jamais réussi à convaincre le monde médical. Ils ne sont d'ailleurs pas tous convaincus. C'est encore très ponctuel. » (Gabrielle.)

Le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) a déjà pointé « un manque d'appropriation par les médecins traitants » (Dupays *et al.*, 2018). Les médecins sont considérés comme les plus aptes à relayer les campagnes de santé publique et incités à diffuser des messages de prévention auprès de leurs patients. La prescription d'une activité physique pour des patients atteints d'affection de longue durée ne semble pas tenir toutes ses promesses à ce jour, car, d'une part, les médecins ne sont pas systématiquement informés et formés à cette question – ils invoquent un manque de temps en consultation et un manque de connaissance du sujet – et, d'autre part, la sécurité sociale ne prend pas

en charge les prescriptions d'une activité physique par un médecin, sauf dans le cas de Strasbourg qui possède historiquement un régime de sécurité sociale particulier, plus avantageux que celui de la sécurité sociale, avec des niveaux de remboursement supérieurs, et donc des tarifs de complémentaires santé inférieurs.

Les points de vue des coordinateurs de MSS qui perçoivent le champ médical comme un frein au développement du sport-santé, et plus particulièrement des APS à des fins de santé en MSS, soulèvent en fait la question des enjeux de concurrence et de légitimité professionnelle, de la frontière des compétences ainsi que du partage d'expertise, en l'occurrence sur cet objet frontière (Star et Griesemer, 1989) que constitue le sport-santé.

Avec l'émergence de l'espace social du sport-santé apparaît un paradoxe : ce sont les porteurs du sport-santé tels que les enseignants APA et les coordinateurs de MSS qui se retrouvent en position de devoir convaincre les médecins qui ne travaillent pas encore avec eux du bien-fondé, sur le plan à la fois scientifique et pratique, des activités physiques adaptées dans le cadre d'un parcours de soins.

« Quand on a attaqué, l'activité physique était documentée scientifiquement, mais dans les faits, ça ne se faisait pas. Je prends l'exemple des lombalgiques. Au départ, c'était : "Ne bougez plus, ne faites plus rien. Reposez-vous." On s'est rendu compte scientifiquement qu'il faut faire bouger un lombalgique pour qu'il aille mieux. Du coup, c'était assez compliqué. Cette transition a été assez dure au départ. Mais on l'a contrée en invitant les médecins à venir voir. [...] C'est vraiment la seule méthode qui a débloqué cette orientation des médecins vers nous. » (Natacha)

D'après Natacha, c'est la méthode qui a le mieux marché pour la MSS d'Aubinais, où les médecins sont pour partie vieillissants et n'ont pas pour habitude professionnelle de prescrire de l'activité physique adaptée à leurs patients. Ils ont obtenu la confiance de médecins du bassin départemental en leur montrant concrètement comment se déroulait la prise en charge de personnes atteintes de maladies chroniques. L'équipe de la MSS d'Aubinais a assez vite été prise au sérieux par les médecins locaux, car elle a, en son sein, un médecin qui a su parler à ses pairs, mais également des professionnels de santé, une infirmière et un kinésithérapeute, plus reconnus que les enseignants APA.

À l'image des projets soumis aux appels à projets, expérimentations temporaires, etc., un obstacle rencontré par toutes les MSS enquêtées est l'insuffisance de financement et/ou le manque de pérennité de celui-ci, pour pouvoir recruter du personnel et ainsi enrichir leurs activités. Cela empêche également de pouvoir se projeter dans les actions et projets menés. Les MSS enquêtées plaident en faveur de la mise en place de modèles économiques viables et pérennes. De plus, l'absence de remboursement par la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM) des activités de sport-santé et de la prescription du sport sur ordonnance, bien que la Haute Autorité de santé (HAS) reconnaisse l'APS comme une thérapeutique non médicamenteuse, constitue clairement un frein au développement des APA. Cette absence de prise en charge a pour effet de faire peser l'organisation des activités physiques et sportives à des fins de santé en grande partie sur le secteur associatif, qui est par ailleurs fragilisé économiquement. Les enquêtés témoignent de discussions et d'expérimentations en cours avec des mutuelles, localement, mais elles constituent de véritables casse-têtes et ne sont pas homogènes au plan national. Pour Nihal, chargé de développement de la MSS de Clavins, commune de 38 000 habitants, l'absence de remboursement des APA à des fins de santé est le premier frein au développement des MSS, et sa MSS n'a pas encore trouvé de configuration stable à ce sujet.

« Pour moi, la prescription médicale APA devrait être quelque chose de remboursé par les mutuelles. Que l'on ait un cancer ou que l'on soit obèse, cela devrait être remboursé. [...] On est allé voir les mutuelles. Elles

nous disent : "On veut bien rembourser nos pratiquants sur telle ou telle pathologie." Déjà, il y a une hiérarchisation des pathologies. Allez expliquer au médecin ou au pratiquant : "Tu as un cancer, ça va." Ce n'est même pas cela. C'est : "Toi, tu as un cancer de la prostate, ça va. Mais si tu as un cancer du poumon, c'est mort." C'est embêtant. Après [...] les mutuelles disent : "On ne peut pas vous donner une somme s'il y a des personnes qui vont sur le créneau et qui ne sont pas de notre mutuelle." Je le comprends, mais je ne vais pas dire que sur ce créneau, ce n'est que la MGEN, etc., ça ne va pas. Il y a une articulation à trouver, mais on ne l'a pas encore trouvée. »

Comme le souligne Nihal, lorsqu'il existe un remboursement des APA par les mutuelles, il est très souvent conditionné au type de pathologie, ce qui de fait exclut tout un pan des publics des MSS de cette forme de remboursement potentiel. Une des MSS de Fontalois a passé un accord avec une union mutualiste afin que d'une part, celle-ci contribue financièrement au lancement de la MSS, et d'autre part qu'elle propose une aide financière aux usagers de la MSS également adhérents d'une des mutuelles du groupe. La MSS a pu ainsi faire bénéficier ces usagers d'une réduction de 10 % à 20 % selon le type d'abonnement. Toutefois, ce financement a cessé en septembre 2021, à la suite de la crise sanitaire.

Dans le cas de la MSS de Sarvilliers, malgré le financement de différents partenaires de la MSS, tels que la Ligue contre le cancer et la communauté de communes, pour les personnes modestes ne vivant pas en QPV et qui ne sont pas atteintes d'un cancer entièrement pris en charge, les frais des activités sport-santé peuvent représenter un coût trop élevé. Le responsable de la MSS pointe la problématique du financement du sport-santé en fonction de la pathologie.

« Le sport appelle la cotisation, mais pas la santé. Les acteurs de santé n'ont pas cette notion du coût. Ils appellent ça du "reste à charge", mais nous, le reste à charge est énorme, puisque je ne prétends pas à des financements liés à l'ARS. [...] L'agence régionale de santé aide la Ligue contre le cancer. La Ligue nous aide, mais on a tout le fonctionnement de cette maison sport-santé qui est donc à prendre en compte. Comment est structuré notre modèle économique ? D'abord, nous avons un financement par la Ligue contre le cancer qui prend à sa charge, la première année, l'intégralité du dispositif pour une pratique d'un an dans un de nos clubs ou dans une de nos structures de proximité. Ensuite, la communauté de communes, dans le cadre de sa politique quartier politique de la ville, prend en charge une partie de prise en charge et il reste à charge environ 100 euros. Ensuite, il y a les autres. Celui qui n'a pas de cancer et celui qui n'appartient pas à des quartiers prioritaires, celui-là, il doit payer plein pot et aujourd'hui, au club de Sarvilliers, ça coûte 260 euros pour l'année. Ce qui est rien. Mais c'est très compliqué pour des gens qui sont envoyés par un médecin, dont le parcours de santé a été pris en charge à 100 % sur ces pathologies-là, a été pris à 100 % par la Sécurité sociale, par notre système de santé français, ce qui est merveilleux, soyons clairs, c'est de leur dire : "Écoutez, maintenant, vous allez mieux, mais si vous voulez continuer votre traitement sans prendre de médicaments, il faut que vous fassiez du sport." Et là, on leur dit : "C'est tant." C'est 300 euros ou 150. Et là, c'est un gros problème. [...] J'essaie de sensibiliser la communauté de communes [...] On en est à demander aujourd'hui 10 centimes par habitant par commune. Ça ne va pas chercher bien loin, mais même ça, ce n'est pas une habitude. Ce n'est pas une habitude pour les collectivités locales ou territoriales de payer le système de santé français. » (Robert)

Faire payer de l'activité physique adaptée à des personnes qui n'ont pas de ressources financières et dont les frais médicaux sont pris en charge ou pour qui les médecins traitants facilitent les paiements en plusieurs fois semble une gageure.

« C'est vrai qu'on a un petit peu de difficultés à récupérer des gens issus des quartiers. Le médecin avec qui nous travaillons, qui est le président de la CPTS [Communauté professionnelle territoriale de santé], le docteur C. est dans les quartiers prioritaires. Il vit dans les quartiers prioritaires. Il est très attaché par exemple au coût, au reste à charge. [...] C'est facile de dire : "Tiens, on fait marcher une maison sport-santé, on prend tant, 300 euros, les gens qui viennent, viennent." Ce n'est pas ça le but. Tout le monde sait faire ça. Voilà. Tu

viens, tu viens, tu ne viens pas, tu ne viens pas. Mais c'est pour ceux qui ne peuvent pas venir que c'est compliqué. » (Robert.)

Pour lever ce frein qui touche particulièrement les habitants de la commune populaire où elle est située, la MSS de Vantois a mis en place la gratuité des activités pendant les trois premiers mois. Ensuite, les adhérents doivent s'acquitter de 65 euros, ce qui est, comparativement à certaines MSS, peu élevé – par exemple, la MSS de Sarvilliers fait payer 255 euros. Lorsque les adhérents éprouvent des difficultés à payer, les responsables de l'association se montrent très souples afin de lever les freins à l'activité physique et sportive des publics les plus défavorisés. C'est ce qu'explique Anis, coordinateur de la MSS de Vantois, commune de 50 000 habitants. La MSS, implantée au cœur d'un quartier prioritaire de la politique de la ville (QPV), est confrontée aux difficultés sociales particulièrement aiguës de ses habitants :

« Pourquoi n'es-tu pas venu ? – Je ne vais pas payer cinq euros. Cinq euros ce n'est pas beaucoup, mais je ne les avais pas sur moi. – Viens, ramène juste ton certificat médical, la prescription du médecin, et viens !" Ainsi enlevons-nous ce premier frein. C'est aussi la réalité de notre territoire, nous avons déjà eu une dame qui nous avait dit qu'elle nous payerait 50 euros en trois fois. Si tu te permets de dire 50 euros en trois fois, tu ne fais pas cela pour gratter, c'est parce que c'est compliqué. Je me rappelle que cette dame était une femme isolée, elle travaillait, elle avait son fils, mais comme elle travaille et qu'elle a un enfant elle n'a aucune aide, elle paie tout plein pot. Son salaire sert à payer le loyer et le sport pour son enfant. À la fin il reste peut-être 20 à 30 euros de gras et si elle doit payer cela, elle doit le payer en trois fois. C'est parfois compliqué. Et tu te dis que tu vas rajouter un frein financier ? »

Pour financer cette gratuité et atteindre l'équilibre budgétaire, la MSS propose des prestations payantes à des entreprises, des bailleurs sociaux, des collectivités, ou encore des écoles.

Comme nous l'avons déjà mentionné, la prescription d'une activité physique pour des patients atteints d'affection de longue durée ne semble pas tenir toutes ses promesses à ce jour, car, d'une part, les médecins ne sont pas systématiquement informés sur les questions de santé publique ni formés à la question du sport-santé et, d'autre part, la sécurité sociale ne prend pas en charge les prescriptions d'une activité physique par un médecin. Néanmoins, la création du Haut Conseil de la santé publique en 2004 et des agences régionales de santé (ARS) en 2010 est venue redistribuer les cartes et a permis de déployer des questions de santé publique au niveau régional, en participant au développement du sport-santé.

Plus largement, en France, l'organisation libérale de la profession médicale est un obstacle au développement d'une coopération entre enseignants APA et médecins, dont l'objectif serait de faire œuvre de santé publique autour de la question du sport-santé (Hassenteufel, 2019).

Noémie, dont la MSS a le statut de société à responsabilité limitée (SARL), affirme qu'un frein au développement de la MSS est son financement, dans la mesure où la logique économique y a plus de poids que dans une MSS de type associatif par exemple :

« Les gens oublient beaucoup pourquoi une association n'est pas chère, parce qu'ils font des projets et ont donc des subventions qui diminuent le prix de la licence. Les gens ont un peu de mal avec la logique économique. Ce n'est pas que nous voulons être plus chers, mais il faut que tout le monde vive. Est-ce que cela vaut vraiment 2 euros de faire mon cours, quand eux ne veulent pas être payés moins que le SMIC ? »

À ce jour, il n'y a aucun remboursement des activités de sport-santé. Le seul programme subventionné est le programme passerelle Prescri'Forme, conçu pour inciter les publics éloignés de l'activité physique (vivant avec une affection de longue durée, et/ou une hypertension artérielle, et/ou une obésité) à s'y (re)mettre. Quelques mutuelles, comme la MGEN, la Mutuelle des sportifs, Harmonie mutuelle, prévoient des forfaits de remboursement pour celles et ceux qui pratiquent une activité physique régulière, mais sans couvrir la totalité de l'abonnement. Le sport sur ordonnance peut donc être prescrit, mais il n'est pas systématiquement remboursé. Les médecins restent peu ou mal informés, ce qui peut avoir comme conséquence le fait que des patients accèdent au sport sur ordonnance et d'autres pas. Cela pose la question de la prise en charge par l'Assurance maladie et de la place de l'activité physique dans le parcours de soins. Par exemple, le coordinateur de la MSS de Darly n'a eu connaissance que d'une personne ayant réussi à obtenir un financement de sa mutuelle :

« Sur tous les rendez-vous que j'ai eus depuis le début du lancement de la maison sport-santé, soit une quarantaine ou une cinquantaine, j'ai une seule personne qui a réussi à obtenir une aide de sa mutuelle. J'oriente à chaque fois les gens vers leur mutuelle pour qu'ils se renseignent qu'ils posent la question, et une seule a réussi à obtenir un chèque de 200 euros, je crois, pour deux années. » (Maxime.)

Sur la question du financement des MSS, Brice se distingue des autres enquêtés. Il n'appelle pas nécessairement à un financement supérieur et invoque le principe de réalisme. Selon lui, ni la Sécurité sociale, ni les mutuelles n'ont vocation à financer entièrement ou massivement le sport-santé, mais uniquement un programme de sport-santé limité dans le temps, comme ce qui est actuellement fait avec les « programmes passerelles ».

« Il peut y avoir ces campagnes de communication, les maisons sport-santé dont j'ai parlé et la prise en charge financière. C'est sûr que les dispositifs sport sur ordonnance mis en place par la MGEN, la mutuelle du sportif, la MAIF ou d'autres assureurs santé ou complémentaires santé sont des dispositifs qui favorisent le développement du sport-santé pour nous et pour les autres. Mais, encore une fois, il faut distinguer. Je ne crois pas que demain, la Sécu ou les mutuelles aient vocation à payer votre paire de tennis ou vos haltères. Ils ont vocation à financer un programme structuré, limité dans le temps, qui permettra ensuite d'adhérer à une association sportive dont vous pourrez vous payer la licence ou dont les aides que la collectivité pourra mettre en place ou le Pass'Sport pourra vous permettre d'assumer la charge. Il faut être réaliste et ne pas réclamer le financement de tout. Le mouvement sportif, à un moment, a cru que la licence allait être financée par la Sécu. Non. De la même façon, aujourd'hui, Décathlon essaie de convaincre les mutuelles de rembourser l'achat d'une paire de tennis ou d'un matériel sportif. Non, ce n'est pas réaliste. »

« C'est toujours un juste milieu à trouver pour ne pas être trop cher parce que les gens n'ont pas forcément les moyens »

Selon Estelle (26 ans), responsable d'une MSS à Fontalouis, même pour des MSS comme la sienne, qui sont des structures privées et non pas des structures associatives, « trouver l'équilibre » financier est moins évident qu'on pourrait le croire :

« La balance est très compliquée à avoir. On a à la fois des maisons sport-santé qui sont créées en structures associatives, qui s'autofinancent, etc., mais c'est un peu plus compliqué pour eux. Ils peuvent bénéficier de subventions, mais c'est une recherche de subventions constante. Et il y a nous, par exemple dans le domaine du privé. Si l'on a tant de personnes, on sait qu'avec tant d'abonnements, on peut réussir à être à l'équilibre. Mais c'est pareil, c'est toujours un juste milieu à trouver pour ne pas être trop cher parce que les gens n'ont

pas forcément les moyens, et pour ne pas être trop bas non plus parce que, sinon, on ne rentre pas dans nos charges. C'est un petit peu compliqué. Aujourd'hui, en plus, avec la labellisation des maisons sport-santé, si je ne dis pas de bêtise, 3,5 millions ont été destinés à des subventions pour toutes les structures qui avaient un projet dans l'activité physique adaptée et pour toutes les maisons sport-santé. Malheureusement, aujourd'hui, uniquement les structures associatives en ont bénéficié. En tant que privé, les ministères des sports et de la santé estiment que nous, on a largement les moyens et donc que l'on n'a pas besoin de ce type de subventions. Mais on a les mêmes problématiques que l'associatif. Ce n'est donc pas évident de trouver le bon statut. »

Dans le cas de la MSS de Darly adossée à la municipalité, le financement est clairement un frein. Une des contraintes pour la MSS, ainsi que d'autres services de la commune, est de fonctionner à budget constant, si bien qu'il paraît improbable qu'ils obtiennent des moyens supplémentaires de la municipalité, si ce n'est au détriment d'un autre service.

« Nous n'avons pas de chèque en blanc, tout simplement. Les échanges d'intentions, de volonté et de politique convergent tous. Il n'y a pas de débat à soutenir et à développer le sport-santé. En revanche, actuellement, comme vous l'avez compris, c'est gratuit pour les personnes concernées. Pour nous, il faut trouver des fonds. Aujourd'hui, nous avons des péréquations financières à régler de plus en plus difficiles et, comme je vous l'ai dit, le sport-santé fait partie des priorités de la direction des sports. Par contre, de manière assez simple, nous sommes à iso-constant en termes de budget. Si l'on pérennise, si on développe le sport-santé, c'est au détriment d'autres choses. Pour donner un exemple très concret sur cet intérêt, nous sommes un des rares territoires qui n'a pas forcément besoin d'aller chercher les manifestations, d'aller chercher les gens : ce sont eux qui viennent à nous, c'est très bien. D'un autre côté, c'est la même chose. Les autres territoires se doivent d'aider à financer certains dispositifs privés et, à l'inverse, nous sommes plus dans une posture à dire aux dispositifs privés : "Si vous voulez venir chez nous, quelle est votre stratégie financière ? Nous ne vous accompagnerons pas financièrement." » (Thierry)

Le fait, pour Darly, d'avoir la réputation de ville riche, est à double tranchant selon Thierry, cela facilite les choses pour la MSS, mais peut également les entraver :

« C'est le même sujet qui est à la fois un avantage et un inconvénient, c'est-à-dire que nous sommes ville de Darly. Ville de Darly est une marque déposée. C'est quelque chose qui peut être ultra-attractif, qui peut permettre de faciliter les accords, mais, à l'inverse, tout le monde est persuadé que nous avons des finances sans fond parce que c'est la ville de Darly. Je ne parle ni du château ni d'autre chose. La ville de Darly n'est pas du tout dans cette situation. Le fait d'être très attractif nous permet de gagner du temps dans les échanges, mais le fait de devoir faire comprendre à nos interlocuteurs que nous ne sommes pas dans une démarche démagogique ou de négociation en expliquant que nous n'avons pas forcément des finances très fortes est un frein, une résistance pas très simple à gérer parce qu'il nous faut un certain temps pour que les gens comprennent réellement la situation, et après on aboutit. Deux financeurs nous accompagnent, mais c'est notre image. Notre marque nous aide et nous dessert. »

Les enquêtés soulignent tous les difficultés liées à l'incertitude matérielle et temporelle qui découlent des modalités de financement liées aux appels à projets qui sont, de fait, temporaires. Pour les MSS de petite taille, la recherche de financement *via* les appels à projet est un frein à leur développement. Pour la MSS de Noiville, il est beaucoup plus difficile d'obtenir des financements sur des appels à projets nationaux, du type Impact 2024 ou Fondation de France, et de faire jeu égal avec de plus grosses structures, que sur des appels à projets départementaux ou régionaux, dans la mesure où des relations étroites sont déjà nouées sur le terrain et que la MSS est un acteur reconnu dans le département. Les

enquêtés souhaitent tous voir au moins la durée des financements être allongée afin qu'ils puissent pérenniser les actions.

Ce fonctionnement par appel à projets empêche les MSS de recruter des personnes qualifiées sur des postes pérennes. La plupart des MSS enquêtées ont déclaré avoir certes des points de satisfaction sur les espaces et les salles mis à leur disposition par les collectivités, mais elles ont toutes évoqué le manque de financement, qui les empêchait de s'agrandir en personnel qualifié et donc d'améliorer la qualité des activités sport-santé qu'ils proposent. Alexis souhaiterait un financement qui pourrait au moins permettre le recrutement d'un éducateur sportif à temps plein et par conséquent de mieux se répartir la charge de travail et de développer les activités de la MSS.

« Le frein le plus compliqué, c'est le recrutement. Je ne pense pas que c'est un manque de personnes. Les stagiaires en sont la preuve aussi parce que ce sont des stagiaires en L3, qui sont en capacité à la fin de leur L3 de pouvoir animer et coordonner certaines séances. Sauf qu'actuellement, on n'a pas de poste à leur proposer. Et ça, c'est vraiment dommage parce que tous les stagiaires qu'on a eus depuis trois ans, ce sont des stagiaires de qualité. Mais finalement, on ne peut pas proposer une suite parce qu'on n'a pas l'argent et on est une association. On n'est pas une municipalité, on n'est pas un hôpital. Donc on a des fonds qui sont encore différents, qui sont principalement issus des subventions. Quand tu prends un équivalent temps plein même à 1 400 euros net, tu explodes ton budget à 30 000 euros pour l'éducateur. On n'a pas de subvention à 30 000 euros. C'est le frein principal. Il va nous manquer actuellement au moins un temps plein. Qu'on passe de deux à trois temps pleins, ce serait vraiment top. [...] Il nous faudrait finalement un autre comme moi, parce que moi, je suis à 100 % sur sport-santé. Là, ça nous enlèverait une épine du pied et on pourrait monter des projets autres. [...] Donc il manque un éducateur ou une éducatrice pour pouvoir finalement monter des nouveaux projets, animer de manière encore plus globale notre secteur d'animation et développer finalement cette maison sport-santé, parce que j'espère que dans la tête du ministère de la santé et du ministère des sports, que ce n'est pas un one shot. Que ce n'est pas "on fait des maisons sport-santé, puis dans trois ans, on les ferme". Ce serait vraiment dommage parce que le concept, en soi, est super intéressant. Je pense que les associations, les mairies, les hôpitaux, les sites Internet, les partenaires privés jouent le jeu. Ils veulent vraiment que le sport-santé fonctionne parce que c'est un enjeu de santé publique incroyable, mais on est bridé. On est bridé par des manques de moyens, comme dans tout. En termes de matériel, en termes de salles, on peut toujours s'arranger. »

Même son de cloche à la MSS de Noiville qui ne manque pas d'idées de développement, mais qui se sent freinée par l'impossibilité financière de recruter un nouvel éducateur sportif sur un poste pérenne :

« Ce qui nous freine actuellement, ce n'est pas l'ambition parce que des projets, on en a plein, mais c'est le manque de temps. Le manque de temps, le manque de personnel. Si on avait ne serait-ce qu'une personne en plus, on pourrait développer encore plus. Et pour ça, il faut avoir des subventions. Sauf que la majorité des subventions ne subventionnent pas un poste. Même si elles subventionnent un poste, ça ne reste que provisoire. Donc pour pérenniser derrière, c'est compliqué aussi. Pour moi, c'est le seul frein parce que, par exemple, on a un nouveau projet depuis le COVID. On a eu beaucoup d'appels de mamans qui se sentent totalement démunies face à la prise de poids chez leur enfant. On a de plus en plus d'enfants obèses. Je le vois quand j'amène mon petit garçon à l'école, je me dis qu'il y a déjà des enfants de 3 ans qui sont déjà en situation d'obésité. Il y a donc un gros projet à mener pour moi sur le territoire, au niveau diététique, au niveau activité physique, parce qu'avec le COVID, il y en a beaucoup qui ont lâché leur association, qui ont perdu cette habitude d'aller, par exemple, tous les mercredis au basket et qui ne font plus activité physique. Et puis les écrans, c'est terrible. Pour moi, c'est un véritable fléau. Les gamins ne savent plus parler, ils ne savent plus sauter. On a été en école – parce que des fois, on intervient dans les centres aérés, etc. – il y a des gamins de 8 ans qui ne savent pas sauter à la corde à sauter, qui ne savent pas courir, qui, au niveau moteur, ont un très gros retard. On aimerait bien mener des actions là-dessus, mais quand ? On travaille beaucoup avec des diététiciennes aussi sur le territoire, on sait celles qui passent super bien avec les enfants. On a ici un service

civique qui sort d'une licence STAPS et qui a un très bon feeling avec les enfants. Si on peut l'embaucher pour faire ce projet, ce serait génial. Mais c'est le manque financier. Pour embaucher, ça coûte cher.» (Caroline.)

Plus largement, c'est le manque de moyens mis à disposition des MSS qui peut entraver le développement de leurs activités, ou la lourdeur des démarches, plus particulièrement quand la MSS est étroitement associée à une grosse structure ou encore un hôpital, comme l'explique Maud :

« Nous, c'est plus l'hôpital qui a du mal à suivre, parce qu'on se développe vite, vu qu'on a de plus en plus de patients et les différents appels à projets... Moi, j'ai demandé plus d'enseignants en APA. Donc, du coup, il faut plusieurs places pour prendre en charge tous ces patients. Donc, les locaux commencent à être trop petits. On a maintenant une diététicienne et une psychologue. Il va donc falloir leur trouver de la place aussi qu'elles puissent faire leur consultation. Et là, l'hôpital a vraiment du mal à suivre, à nous trouver des locaux plus grands. Et dernièrement, comme il y a presque un mois de délai pour avoir un rendez-vous pour une séance d'APA, aujourd'hui, il faudrait augmenter le nombre – nous, on est à 1,4 équivalent temps plein – à 2 équivalents temps plein. On a largement de quoi faire et c'est "non". Parce qu'ils ont fait une étude médico-économique, etc., montré qu'il y avait une file active. Et à chaque fois, ça met un an pour avancer. Ça, c'est l'hôpital. Le moindre projet... Sinon, non, c'est juste qu'il faut relancer tout le temps, être derrière. C'est fatigant. »

Un risque, pouvant devenir un obstacle et même mener à l'effet inverse de ce qui est recherché en sport-santé, a été très marginalement identifié par les enquêtés : l'objectivation des corps des bénéficiaires par les chiffres pourrait « conduire à une forme de stigmatisation de certains comportements pouvant potentiellement déboucher sur un rejet de l'activité physique » (Favier-Ambrosini, Delalandre, 2018, p. 96). Selon plusieurs enquêtés, les usagers atteints de pathologies n'aiment pas être constamment ramenés à celles-ci, en particulier dans un espace sportif. C'est l'Observatoire national de l'activité physique et de la sédentarité (ONAPS), créé en septembre 2015, qui pilote le recueil de données sur le sport-santé et plus précisément celles récoltées par les MSS. Moussa a identifié ce risque et ce frein potentiel.

« Le nombre de personnes, limite, on s'en fout. Personne n'est venu nous voir pour savoir comment on encadre. Il faut faire Prescri'Forme, parce que ça a été voté. Sauf qu'on pose comme questions : est-ce qu'il y a des antécédents familiaux ? De cancer ? Les gens viennent faire du sport chez nous, donc on leur pose quarante questions qui sont super intrusives. Heureusement qu'on a une bonne ambiance avec les gens, on fait le cycle, et après on peut leur poser. Moi, si je viens et qu'on me pose trois questions sur ma famille, je ne viens pas. On a les publics les plus précaires et qui ont le plus de problèmes, et nous leur rajoutons des problèmes en leur rappelant des choses. Ce n'est pas normal. Normalement, soit on arrive à avoir les informations parce qu'on travaille avec le médecin, avec l'assistante sociale sans demander à la personne. Et ça, c'est dur. Il y a des informations qu'il ne faut pas donner. Ou soit, nous, en tant qu'éducateurs sportifs, on doit éduquer sportivement. Ça, c'est déjà un grand frein à la pratique, c'est-à-dire que les gens n'ont pas envie de raconter une énième fois qu'ils ont subi telle opération. »

La crise sanitaire du COVID comme coup d'arrêt au développement du sport-santé

La crise sanitaire liée à l'épidémie de COVID-19 a constitué un frein important au développement et à la structuration du sport-santé. La plupart des enquêtés signalent cette crise comme ayant très fortement ralenti, voire totalement arrêté leurs activités lors du premier confinement. De nombreux usagers ont développé la peur d'être pris dans des interactions sociales, donc d'être possiblement contaminés, et ont eu plutôt tendance à ne plus vraiment sortir de chez eux et donc à ne plus aller à la MSS, y compris après les confinements.

La MSS-entreprise dans laquelle travaille Noémie a d'après elle été particulièrement touchée par la crise sanitaire sur le plan financier.

« Économiquement c'est très difficile de se relever. Nous avons dû contracter des prêts, et nous allons encore devoir en contracter pour pouvoir passer cette perte de trésorerie liée au COVID. On nous dit souvent de prévoir trois mois de trésorerie supplémentaires, au cas où. Là, nous avons quand même eu un an de fermeture, les trois mois ont été vite passés. C'est ce qui est difficile, reformer cette trésorerie pour avoir un fonds de roulement nécessaire à la vie de l'entreprise. C'est incontestablement ce qui est le plus dur, et qui fait que les fermetures vont être à rebours, mais ce sera bien lié au COVID. »

Bien qu'elle ait contraint les individus, la crise sanitaire liée à l'épidémie de COVID-19 a, paradoxalement, pu aussi, selon les cas de figure, favoriser le développement du sport-santé, comme l'explique Moussa :

« On a travaillé sur l'envoi de messages automatiques, SMS, création de vidéos de quinze minutes, puisque le confinement nous a fait exploser le cerveau. On ne s'est pas arrêtés, on faisait des visios. Toute la journée, on faisait sept, huit visios par jour, le Tai-chi... On ne s'est pas arrêté, j'ai dû créer un site internet en deux jours. Vraiment, il ne fallait pas qu'on arrête. Ça aurait arrangé tout le monde, chômage partiel, mais pour notre activité, on serait mort. Il y a des gens qu'on a réussi à repêcher, qu'on avait perdus juste avant le confinement, qu'on a réussi à repêcher pendant le confinement. C'était dur, c'était de la distance. La première marche nordique, quand on a réouvert, il y avait du monde, avec les masques. Et les gens n'ont pas lâché, c'est quand même une réussite. Et en plus, on avait tout pour nous, parce qu'on était les seuls autorisés à utiliser les installations sportives. On avait toutes les installations qu'on voulait. C'était l'année d'or pour le sport-santé. Ça a explosé. D'ailleurs, moi, personnellement, j'ai augmenté mon chiffre d'affaires par rapport à mon association sport-santé, j'ai baissé pas mal de choses ailleurs parce qu'il y a eu plein de trucs annulés. Mais par rapport à ça, je dis toujours aux associations ou aux éducateurs, je leur dis : " La période de confinement, c'est du pain béni pour les éducateurs sport-santé. Maintenant, il faut travailler parce que c'est très dur. »

Selon Gabrielle, la pandémie a, à la fois, révélé les inégalités sociales de santé et transformé les représentations à propos de l'activité physique et de ses liens avec la santé.

« Je dirai que la crise du COVID a complètement accéléré la prise de conscience quant à l'importance de l'activité physique dans la vie des gens, pas seulement des malades, mais de nous tous. Ça nous a un peu plus aidés, on va dire. C'est pour ça qu'on a eu la fameuse autorisation de continuer l'activité physique dans les lieux, y compris fermés, alors qu'ils étaient fermés à tous les autres, y compris aux scolaires – malheureusement par contre. C'est la crise du COVID qui a fait prendre conscience de cela aux dirigeants, qui ne sont pas des gens malades en général, qui ne sont pas des gens vieux et qui ne sont pas des gens qui ont les problèmes de maladie chronique. Ce sont des gens plutôt favorisés, plutôt d'un bon milieu, plutôt pas obèses, plutôt pas malades, ou alors rarement, plutôt bien soignés s'ils sont malades. Cette classe dirigeante, ce sont quand même des gens qui font en général des activités physiques ou un peu de sport. Bref, ce sont

des gens qui ne sont pas du tout nos patients. Ces gens-là ne se rendaient pas compte à quel point ce qu'eux faisaient naturellement, de par leur éducation, de par leurs connaissances, d'autres ne le font pas du tout et ne savent même pas que c'est bon pour eux. En fait, ils se sont rendu compte d'un seul coup que non seulement c'était bon pour eux, mais bon pour tout le monde et que toute une partie de la population ne sait même pas que sortir, ça fait du bien. C'est fou, cette prise de conscience. Quand on a enfermé des gens qui d'habitude sortent et font du sport, ils se sont rendu compte de ce que c'était qu'être enfermé et de vivre dans un petit appartement. Nous, on a eu beau crier du bas de notre échelle, j'ai vraiment l'impression que c'est seulement quand ils s'en sont rendu compte eux-mêmes qu'ils ont pris les mesures adéquates. Pourtant, les études sont là depuis plus de 30 ans pour le prouver, mais personne ne bouge. »

La MSS de Noiville a, comme les autres, fermé pendant le premier confinement, mais a perdu des adhérents, passant de 200 adhérents en 2019 à 70 en 2022. Elle a rebondi en sollicitant des aides pour accueillir des patients post-covid. Cette réorientation de son activité, sous la contrainte de la crise sanitaire liée au COVID-19 l'a relancée, les médecins lui envoyant un nombre croissant de patients en post-covid en état de déconditionnement à l'effort, prise de poids et fonte musculaire, puisque ces patients étaient restés alités pendant plusieurs semaines, dont certains en réanimation à l'hôpital.

« On s'est dit : "Ces personnes, une fois qu'elles sont sorties du COVID, qu'est-ce qu'elles peuvent faire ? Qu'est-ce qui leur est proposé ?" On s'est renseigné, on a appelé les contacts. Ils disaient : "On est comme vous." On a écrit un protocole qui mélange un peu le protocole cardio et le protocole respiratoire. On a demandé des financements pour prendre en charge à 100 %, cette fois-ci, qu'il n'y ait pas de reste à charge au patient et on a eu des financements pour les prendre en charge. On a relancé notre activité avec les post-COVID qui venaient chez nous. On a parlé à l'hôpital de notre protocole, on leur a carrément donné le papier, on a revu avec eux le protocole, ce qui était bien, ce qui n'était pas bien par rapport aux connaissances qu'on pouvait avoir à ce moment-là. Les médecins nous ont fait confiance et nous ont envoyé des personnes. Très peu au début, et une fois qu'ils ont eu les comptes rendus des premiers patients pris en charge – on a eu des super résultats, impressionnants, sur les personnes qu'on a prises en charge – ils se sont dit : "Allez, on y va." Et là, ils nous ont envoyé plein de patients post-COVID. » (Caroline.)

Comme toutes les MSS enquêtées, celle de Sarvilliers a perdu un grand nombre d'adhérents pendant la crise sanitaire liée au COVID-19. Elle a pu toutefois bénéficier des ressources de la structure omnisports dont elle dépend pour amortir le choc.

« Donc les adultes, on les a perdus en grand nombre. Pas les petits. Les petits, il n'y a pas de contrainte pratiquement, jusqu'à preuve du contraire, il n'y a pas de contrainte. Donc on a récupéré tous les petits, mais pas les grands. Comment allons-nous les récupérer ? C'est une question qu'on s'est posée. Où ils sont, où ils sont ? S'ils sont perdus à tout jamais, c'est un gros problème de société et on paiera dans dix ans. S'ils ont trouvé d'autres activités, qui peuvent être les réseaux sociaux ou de la pratique individuelle, ils ne sont pas perdus à tout jamais. En termes de santé, je dis bien. Mais nous, comment faisons-nous pour aller les rechercher et être attractifs ? On prend le verre à moitié plein et le verre à moitié vide. Le verre à moitié plein : on a perdu un tiers de nos adhérents. Ils sont partis et ils ne sont pas revenus. Et comment on fait pour les rattraper ? Est-ce que c'est la fin de la pandémie qui pourra nous permettre de récupérer ces gens-là ? Par contre, d'un autre côté, ça nous a permis quand même de nous poser, nous, et de mettre en place cette politique sport-santé et sport citoyen, et d'y réfléchir avec un peu de temps, sans la pression de l'activité de compétition. Mais ça nous était facile, nous, parce qu'on est omnisports. Ce phénomène de résilience de nos sections est phénoménal. Ils ont imaginé des choses, ils ont fait de la visio, ils pouvaient sortir, ils sortaient, ils allaient faire des activités dehors, ils ont réussi à garder le peu qu'ils gardaient. Ils n'en ont pas perdu plus puisqu'on en a perdu 1 000, mais on en a perdu 1 000 au moment où on était obligé d'arrêter. Finalement, ceux qui sont restés, c'est grâce à toutes les opérations qu'ils ont menées en extérieur, en visio, en coaching. On a rouvert la section sport-santé parce que franchement, j'avais peur. J'avais dit : "Attendez, ce sont les

premiers exposés, ces gens, ils ont des pathologies lourdes et ils ont le droit d'aller dans les gymnases." C'étaient les seuls qui avaient le droit d'y aller. J'ai traîné des pieds pendant au moins six mois et puis d'un seul coup, j'ai été pressé parce qu'ils voulaient reprendre les activités. "On y a le droit, nous, c'est sport-santé, on y a le droit." Donc on a mis en place les dispositifs de sécurisation et on les a accueillis. Alors moins, beaucoup moins. Il y a des gens qui avaient peur, qui ne voulaient pas sortir, mais tous les autres, ils ont présenté leur passe sanitaire et puis ils ont continué. Finalement, on était 80, on est redescendu à 60 au moment de la pandémie, où on ne pouvait plus rien faire. Il y avait toujours une soixantaine de personnes qui faisaient en visio et puis hop, on est remonté à 80. » (Robert)

Par ailleurs, au-delà des pathologies diverses, mais finalement globalement fréquentes, les MSS ont accueilli ou orienté des personnes touchées par le COVID-19.

« On a des patients en post COVID, qui ont donc des difficultés à faire des efforts. Ils sont très contents de voir qu'ils ne sont pas tout seuls, parce que devant ce qui leur arrive, ils sont souvent très démotivés. Souvent, ce sont des gens qui ont parfois fait du sport avant. Ils n'ont pas été en réa, ils ont juste été malades, mais il reste des difficultés à faire des efforts : ils sont essoufflés rapidement, ils n'arrivent pas reprendre leur sport, donc, c'est pareil, on les aide. Les COVID longs sont ceux qui ont des séquelles de post COVID, mais ce n'est pas forcément ceux qui ont été en réa. Ceux qui ont été en réa, c'est autre chose, parce qu'ils ont perdu leur masse musculaire, etc. Mais, c'est juste des gens qui ont fait un COVID un peu long, effectivement, mais pas forcément, qui ont fait un COVID, mais cogné, avec beaucoup de fièvre, etc. Ils n'ont plus rien de tout ça, sauf un petit essoufflement à l'effort et ils ont du mal à reprendre. Ils sont fatigués très vite. C'est ceux-là. C'est en aparté. » (Maud.)

Les hommes participent moins aux activités des MSS

Selon les enquêtés, le déséquilibre dans la répartition sexuée des usagers des MSS est un obstacle au développement du sport-santé. Ils estiment que la résistance des hommes à s'investir dans ce type de pratiques sport-santé encadrées est problématique. Au-delà des injonctions normatives à être actif, on ne saurait faire fi de la construction sociale de l'investissement dans l'activité physique et sportive et des cultures somatiques différenciées (Boltanski, 1971), irréductibles au simple mouvement du corps. Du point de vue de l'ordre sexué, « les femmes ont un rapport préventif à la médecine. Les hommes, quant à eux, entretiennent davantage un rapport curatif au recours aux soins » et « les femmes se perçoivent en moins bonne santé que les hommes » (Cousteaux, 2011, p. 197 et 285). Ainsi peut-être que les hommes sont tendanciellement moins enclins à prendre soin d'eux, ou alors le font-ils selon d'autres modalités et dans d'autres configurations, là où les femmes seraient tendanciellement plus enclines à prendre soin d'elles.

« Il est difficile pour nous d'inverser la tendance. On n'a pas trouvé la formule magique. Dernièrement, j'ai vu plusieurs hommes en consultation, dont j'ai fait les certificats. Est-ce que finalement ils sont venus, ont continué ? Je ne peux pas vous dire. Je ne suis pas sur le terrain du sport, mais sur la consultation. Le gros bémol est là parce que, malgré tout, les hommes ont les mêmes problèmes cardiovasculaires, voire plus, que les femmes. C'est un gros problème que de réussir à mobiliser les hommes et leur donner envie de faire une activité physique. C'est beaucoup plus difficile. » (Gabrielle)

D'après plusieurs coordinatrices de MSS, si les hommes viennent très peu au sport-santé, c'est qu'une grande partie d'entre eux ont pratiqué le sport en compétition auparavant et, lorsqu'ils essaient une activité de sport-santé et qu'elle ne répond pas à leurs attentes ou, parce que leur condition physique s'est dégradée, qu'ils se voient surclassés par des femmes, ils abandonnent.

« Finalement, se retrouver grosses dans leur jogging parmi d'autres personnes comme elles ne les dérange pas. Elles s'en foutent. Elles se disent que c'est pour leur santé. L'homme, pas du tout. Il a envie de performance. Faire de la marche nordique et voir des femmes le dépasser, il ne supporte pas. Une femme n'en a rien à foutre de voir d'autres femmes qui la dépassent. Elle se dit que c'est bien, que si elle s'entraîne, elle fera comme elles. L'homme ne supporte pas. Ils viennent quelquefois et quand ils voient que des femmes, même plus âgées, font mieux qu'eux, ils ne le supportent pas et ne viennent plus. » (Gabrielle.)

Face à ce constat de la faible présence d'hommes dans les MSS, la plupart des coordinatrices se posent donc la question suivante : « Comment faire venir les hommes ? » Cela reste un enjeu pour toutes les structures enquêtées, sans qu'elles aient, à ce stade, trouvé de pistes ou encore de solutions. Pour inciter les publics à venir vers l'activité physique et sportive adaptée à des fins de santé, plusieurs enquêtés insistent sur l'importance de la motivation des individus et sur la notion de plaisir éprouvé au cours des séances.

Des publics à distance du sport-santé, spatialement et symboliquement

La distance, géographique ou symbolique, qui peut séparer les publics du sport-santé et des MSS a été identifiée comme un obstacle au développement par les enquêtés. Sur le versant de la distance symbolique des publics au sport-santé, les enseignants APA des MSS œuvrent à déconstruire les représentations négatives du sport chez des publics souvent marqués par la dimension compétitive ou scolaire du sport. Certains enquêtés en arrivent à penser qu'il n'est peut-être pas pertinent ni stratégique d'avoir recours au vocable ou à la notion de « sport », qui renvoie trop à la notion de compétition dans les représentations dominantes, et qui a tendance à repousser de nombreuses personnes jusqu'à rendre l'inscription en MSS rédhitoire.

« Tous les stéréotypes que l'on peut avoir par rapport à l'activité physique. Donc, ils disent "Ah, vous faites du sport" et c'est pour ça qu'une maison sport-santé, quelque part, ça me gêne parce qu'on se bat en disant "on ne fait pas du sport, on fait de l'activité physique". Le sport, on voit les JO, on voit les compétitions, on voit se dépasser pour réussir un objectif, à se faire mal. Pourquoi ? Moi, j'ai fait de la compétition et je me faisais mal pour réussir à gagner. Or, avec l'activité physique, on essaie de casser tous ces tabous qu'il peut y avoir. Beaucoup de gens ont été traumatisés avec le sport à l'école, par exemple, où il y avait cette notion de notes, de compétition, de réussir, d'être bon. Nous, on essaie de casser tous ces tabous en disant : "Pour nous, l'essentiel, c'est que vous preniez l'escalier à la place de prendre l'ascenseur." C'est reprendre un peu tout ce b.a.-ba. Ça, ce sont un peu les freins qu'on peut avoir. Les gens viennent ici et disent : "Mais vous n'allez pas me faire courir ?" On dit : "Mais non, courir ce n'est pas bon de toute façon pour vos genoux." Il y a aussi cette image négative que l'on peut avoir par rapport au sport. » (Caroline.)

Bien que la plupart des MSS enquêtées disent que la réception des campagnes de publicisation du sport-santé auprès des publics est bonne, quelques-unes identifient cette réception comme un frein au développement du sport-santé qu'il est nécessaire de lever à court terme.

« Le premier obstacle, c'est l'appropriation de la population. Imaginez que dans le cahier des charges vous avez la capacité à accueillir... Imaginez aujourd'hui qu'on va avoir de l'accueil assez massif de personnes, ça me semble utopique. On est encore, malgré de la communication grand public, malgré une communication nationale, malgré sur le sport-santé, les bienfaits de l'activité physique sur la santé, on est encore là, pour moi, à l'étape où on va chercher du public. Mettre son énergie ailleurs, c'est se tromper aujourd'hui. Je ne vais pas mettre trois personnes à l'accueil. Je ne vais pas mettre des moyens énormes à l'accueil du public en

direct. Je crois que si je fais ça, je me trompe. Par contre, mettre des moyens sur le développement d'actions, oui. » (Hélène.)

Déclencher ou maintenir la motivation des publics semble être également une difficulté à surmonter pour favoriser le développement du sport-santé. Mais lorsque les usagers ont développé une motivation solide, le problème semble s'inverser. Paradoxalement, le succès des programmes passerelles des MSS peut constituer un frein au développement des activités des MSS. Caroline identifie le fait qu'un patient du programme souhaite continuer à pratiquer au sein de la MSS et que son souhait se concrétise comme un frein, car ce patient est plus à l'aise dans la MSS que les nouveaux arrivants et a plus de chances de monopoliser l'enseignant APA, au détriment des nouveaux arrivants qui ont, par définition, davantage besoin d'être suivis et encadrés.

« C'est ça, c'est la grosse problématique qu'on peut rencontrer. En tout cas, c'est le point négatif de notre programme. Ce n'est pas là où on réussit et je trouve que c'est aussi un frein aux nouveaux patients qui viennent. Je vous dis, nous n'avons pas de groupe type. Quand un patient est sorti, qu'on voit qu'ils ne sont plus que trois et qu'il y a encore une place de libre, on ajoute un nouveau patient dessus. Sauf qu'un patient qui est déjà dans le groupe depuis très longtemps, je trouve qu'il prend beaucoup plus de place qu'un primo-accédant parce qu'il a déjà ses aises, il sait déjà comment ça fonctionne. Ça peut aussi être motivationnel, au sens où il va motiver les autres. Mais c'est aussi un frein au sens où je trouve qu'il est parfois un peu trop à l'aise dans le groupe et qu'il veut s'accaparer peut-être l'enseignant APA un peu plus longtemps que les autres, alors que les primo-accédants n'osent pas. C'est aussi tout ça que ça remet en... pas en péril, pas du tout, ça fonctionne quand même bien. Mais des fois, j'observe, je suis là dans le bureau et je les vois fonctionner et je me dis 'Ah !' Et on en parle entre nous, les ressentis – franchement, j'ai une super équipe qui bouge – et on dit : "Est-ce que ça ne peut pas être un frein aussi pour des personnes qui viennent d'arriver et qui se disent : 'Je n'ai finalement peut-être pas ma place' ?" Il n'a pas le temps de faire sa place dans le groupe. Ce sont aussi des problématiques sur lesquelles on réfléchit. Il n'y a jamais quelque chose d'idéal. De toute façon, on le sait. » (Caroline.)

Plusieurs MSS enquêtées collaborent avec le Réseau pour la prise en charge et la prévention de l'obésité pédiatrique (Repop). Cette collaboration fait baisser l'âge des publics du sport-santé, dans l'ensemble bien plus élevé et concernant davantage les séniors.

Enfin, les coordinatrices dont la MSS est située en zone rurale ou à proximité d'une zone rurale ont clairement affirmé que pour les personnes qui habitent en zone rurale, ou dans une zone mal desservie en transports, la distance à la MSS est un frein à l'activité physique adaptée.

Les effets d'une volonté politique affirmée

Un levier important pour le développement du sport-santé identifié par les MSS enquêtées est la volonté politique de soutenir ces activités, à la fois au niveau national et au niveau local. De cette volonté politique découlent des collaborations inédites entre des acteurs et des groupes professionnels qui, jusqu'ici, ne travaillaient pas nécessairement ensemble, loin s'en faut. En s'appuyant sur des expertises et des pratiques déjà éprouvées, comme sur le prolongement de l'action publique dans le domaine de la santé, du sport et de l'intégration sociale, l'espace du sport-santé a contribué à faire de la santé et du sport un enjeu transversal du développement local (Marsault, 2017, p. 46-47).

Les leviers semblent également se situer sur le plan du degré d'expérience en matière de sport-santé des acteurs des MSS, avant même la création du label ministériel, ainsi que sur le plan de la densité du

réseau local dans lequel s'inscrit la MSS et donc des ressources à disposition et de la capacité à monter concrètement des collaborations opérationnelles.

Pour certaines MSS enquêtées en lien avec une collectivité territoriale, ce qui a plutôt servi de levier, ou tout du moins de terrain favorable à la mise en place du sport-santé, c'est, non pas nécessairement le recrutement de nouvelles personnes spécifiques compétentes en la matière, mais plutôt une réorientation des objectifs politiques avec les moyens humains et financiers existants.

« Ce qui nous a permis de construire en régie, peut-être à des moments où les finances sont compliquées, on n'a pas eu besoin d'aller chercher du budget en tant que tel, mais bien ce que je vous disais, avec la réorientation de missions ou d'affectation de locaux, ce qui est à coût constant pour la collectivité. Le fait d'avoir pu faire à coût constant pour la collectivité a été logique. Y compris moi, je faisais autre chose avant, je n'ai pas été recrutée pour cela. À tous les échelons, du chef de projet jusqu'aux éducateurs, l'assistante administrative également, il n'y a pas eu de création de postes et il n'y a pas eu d'équipements construits pour cela non plus. On a récupéré des locaux existants. Je pense que ça a facilité grandement les choses. »
(Hélène.)

Une MSS enquêtée est investie dans un regroupement local de MSS à l'échelle d'un département, la coordinatrice en est même l'instigatrice principale. Cette coordinatrice, Noémie, ainsi qu'un responsable d'une des MSS de ce comité, Brice, s'accordent à dire que ce regroupement favorise le développement et la structuration des actions des MSS au niveau de leur département. Un levier à activer selon les autres coordinatrices des MSS enquêtées serait une meilleure coordination des MSS à l'échelon régional et national.

Il s'agit, pour tous les enquêtés, de renforcer la collaboration avec les acteurs en capacité d'« aller vers » ou implantés dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville (médiateurs en santé, centres sociaux, ateliers santé ville, conseils locaux de santé mentale, etc.), pour renforcer l'information et le recueil des besoins des publics éloignés.

S'ils se félicitent tous de cette volonté politique affichée de développer le sport-santé au plan national, les enquêtés rapportent un manque de clarté et de structuration dans la manière dont les ministères concernés ont amené et géré les MSS. L'espace social des MSS et du sport-santé plus largement gagnerait, selon eux, à faire preuve d'une plus grande clarté et d'une plus grande cohérence dans les orientations du sport-santé. Axelle (32 ans), coordinatrice d'une MSS située à Pontris, commune de 158 000 habitants, dresse un constat sans appel quant à l'utilité du dispositif de prescription d'APAS par les médecins Prescri'Forme, aussi dit « sport sur ordonnance ».

« Ça ne sert à rien, entre guillemets. La personne vient avec son ordonnance et c'est tout. Il n'y a pas d'accompagnement plus ou moins qui serait avec une personne avec ordonnance ; il n'y a pas de prise en charge financière. Cette ordonnance ne sert pas à grand-chose, juste à avoir l'aval du médecin, mais quand il fait un certificat médical, c'est la même chose. Oui, on travaille sur le sport en ordonnance, mais ça s'arrête là. Il n'y a pas de suivi derrière. »

En définitive, les coordinateurs des MSS enquêtés s'inscrivent tous dans une perspective à long terme pour développer le sport-santé. Ils espèrent que la création des MSS n'est pas qu'un effet d'annonce et que ce dispositif est amené à se pérenniser. Ils sont convaincus qu'il y a là un enjeu de société majeur.

« Et puis c'est Paris 2024, on va sortir des équipements sportifs, ils sont partis sur des milliards, des milliards de... Si vous voulez, c'est quoi un héritage de Paris 2024 ? Des résultats sportifs ? Vous savez c'est éphémère d'avoir des médailles, elles vont être rangées dans un placard et ce sera fini. On va aussi vite les oublier. Il

faut le faire. C'est votre mission, vous allez le faire, très bien. Il y a l'héritage en termes d'immobilier. Certes, ce qui va se passer dans le nord de Paris, c'est quelque chose que jamais il n'y aurait eu s'il n'y avait pas eu Paris 2024, on est d'accord. Mais après ? Oui, effectivement, certaines villes vont s'en sortir avec un équipement de plus, mais si on n'y met rien dedans ? Si on n'y met rien dans l'équipement ? Est-ce qu'on deviendra, au bout du bout, une nation sportive avec des gens qui se prennent en main pour pratiquer des activités physiques ? L'héritage des Jeux de Paris de 2024, ça devrait être ça. C'est que tout le monde ne se le pose pas. Et il y a 11 % des 51 000 écoles de France – ça ne fait pas beaucoup – qui pratiquent 30 minutes de sport par jour. Je dis : "Commencez là. Arrêtez de faire des équipements qui vont nous coûter un bras. Dans vos programmes scolaires, faites de l'éducation physique une vraie discipline." On est à l'école le matin, au sport l'après-midi. On en n'est pas là. À 30 minutes, 30 minutes par jour, on en est. Non, non, ils ne voient même pas. 11 % des écoles font 30 minutes par jour. Cela veut dire qu'il y en a 89 % qui ne font pas. Qu'est-ce qu'ils font ? Ils font encore moins ? Mais comment c'est possible de faire encore moins ? » (Robert.)

La structuration du sport-santé et du réseau des MSS est en cours, s'appuie sur le travail de maillage des coordinateurs, mais rencontre des obstacles, dont les deux principaux sont le financement du sport-santé d'une part, et les inégalités sociales de santé et d'accès à la pratique sportive d'autre part.

3. Territorialisation de l'action publique : des structures mises en réseau

Les réseaux dans lesquels s'inscrivent les MSS dépendent largement de l'histoire locale et des trajectoires d'acteurs clés disposés à promouvoir et développer le sport-santé principalement pour des raisons biographiques.

L'État, *via* les ministères en charge des sports et de la santé, délègue la mise en œuvre de la politique de sport-santé aux échelons régionaux de l'action publique. Cette délégation témoigne d'un changement dans le mode de gouvernance, désormais territorialisé et intersectoriel (Honta, Haschar-Noé, 2011). Ce sont les DRAJES et les ARS qui pilotent le sport-santé au niveau territorial et qui sont mobilisées ainsi qu'une diversité d'acteurs locaux tels que des associations sportives, des établissements de santé, des services déconcentrés de l'État, des collectivités territoriales et régionales, des entreprises, des acteurs privés à but non lucratif, et les maisons sport-santé. Les ARS, en tant qu'elles pilotent une organisation territoriale de la santé, relaient et mettent en œuvre, non sans tensions et contradictions (Rolland, Pierru, 2013), les orientations nationales des politiques de santé dans les régions et les départements. Au croisement du sportif et du sanitaire, la lutte contre la sédentarité mobilise ainsi nombre d'acteurs, publics et privés, liés par une chaîne d'interdépendance qui les pousse à collaborer et coopérer, mais aussi à entrer en concurrence. Des travaux pointent que « l'intersectorialité se confronte à de nombreuses difficultés d'ordre cognitif et organisationnel pour rapprocher des cultures professionnelles et institutionnelles différentes (Sallé *et al.*, 2021, p. 97). Les villes n'ont pas d'obligations particulières en matière de santé, mais elles sont fortement encouragées à investir ce champ et de fait plusieurs municipalités l'ont investi (Fassin, 1998 ; Illivi, Honta, 2020 ; Le Goff, 2011).

Les MSS visent à proposer une offre d'activité physique adaptée de proximité par la mise en réseau d'acteurs pluriprofessionnels et pluridisciplinaires. Les MSS sont appelées, *via* le cahier des charges qui cadre le périmètre de leur action et leurs obligations, à « mobiliser l'ensemble des professionnels de santé, du social, du sport – dont les encadrants d'activité physique adaptée » et à « participer activement à la coordination et à la mise en réseau des différents acteurs de la santé, du sport et de l'activité physique adaptée tout au long du programme sport-santé personnalisé ». L'un des objectifs principaux de ces réseaux est d'organiser le parcours du patient/de l'utilisateur en impliquant éducateurs sportifs et médecins traitants. Comme dans le cas d'autres phénomènes sociaux constitués en problème public tels que la lutte contre les accidents de la route ou la prévention du tabagisme, l'espace du sport-santé est hétérogène et regroupe un ensemble d'acteurs et groupes sociaux diversifiés, du national au local. La maîtrise budgétaire imposée aux agents publics dans le cadre de la politique de réduction du déficit public et de restrictions budgétaires pour les collectivités territoriales rend difficiles les missions des agents au niveau régional, qui doivent faire avec des ressources limitées (Honta, Illivi, 2017). Pour financer les activités du sport-santé, en plus de l'enveloppe 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. Selon Marina Honta et Frédéric Illivi (2019, p. 61), « la raréfaction des ressources publiques et la volonté, surtout, de la part de certains opérateurs associatifs de préserver ou de conquérir de nouveaux territoires professionnels accentuent plutôt les réflexes individualistes et par là même la concurrence ». Le recours à l'appel à projets et le processus de labellisation reconduit une situation de mise en concurrence, ici entre

les acteurs du sport et de la santé (Bergeron *et al.*, 2014). Ainsi, les logiques du marché sont greffées aux contrôles étatiques en matière de santé. Les transformations de l'État et de l'action publique ces quinze dernières années, caractérisées notamment par un nouveau management public (Bezes, Musselin, 2015), ont favorisé des réformes centrées sur la mise en place de dispositifs de pilotage par les objectifs et les indicateurs, dont le sport-santé est une des illustrations récentes.

Des acteurs mis en concurrence

Les coordinateurs enquêtés reconnaissent des situations de concurrence, mais ne se reconnaissent pas dans cette logique. Pour eux, les MSS n'ont pas à se concurrencer, mais au contraire à collaborer étroitement, et ce pour deux raisons : afin de mailler le territoire, d'une part, et parce que le sport-santé constitue un enjeu de santé publique qui va au-delà des intérêts particuliers et propres aux MSS ou aux associations, d'autre part. Pour autant, l'enquête révèle des situations de mises en concurrence et de tensions entre acteurs du champ. Alexis, le coordinateur de la MSS de Boulliers, commune de 44 000 habitants, rattachée au club omnisports de la commune, témoigne ainsi de ce que certaines associations locales ont critiqué le fait que le club omnisports soit allé chercher le label MSS par opportunisme et intérêt financier.

« Parce que quand on a su que notre association était maison sport-santé au début, on nous a pointés du doigt. "Ah, ils veulent récupérer le monopole du sport-santé, c'est ce qui ramène des subventions, c'est ce qui ramène de l'argent." Alors que non, nous, ce n'est pas ça l'objectif. L'objectif, on l'a porté parce qu'à un moment, on nous a demandé de le porter, parce que c'était le confinement, donc on n'avait rien d'autre à faire. On a monté le projet ensemble, mais toutes les personnes qui sont hors de cette association, parce que l'Association sportive de Boulliers [ASB], comme je te l'ai dit, c'est l'association omnisports du département, c'est une trentaine de sections, c'est vraiment énorme, mais à Boulliers, il n'y a pas que ça comme association. Tu vas avoir l'association de karaté, tu vas avoir l'association Fragfit qui fait beaucoup de fitness, tu vas avoir ceux qui font du jiu-jitsu brésilien, du *grappling* – il ne faut pas les mettre en opposition. Il ne faut pas qu'il y ait de guéguerre entre les associations, surtout sur le sport-santé. Il faut que l'on puisse travailler vraiment main dans la main et c'est aussi pour cela que pendant les semaines sport-santé, je fais appel à d'autres associations qui sont hors ASB. Mon but n'est pas de ne faire bosser que l'ASB, c'est aussi que le sport-santé puisse rencontrer des activités qui ne sont pas proposées non plus à l'ASB. L'objectif, c'est d'avoir cette relation de confiance avec les différents acteurs du territoire de Boulliers dans un premier temps, ce sera déjà très bien. Et pour ça, on a organisé il y a trois ou quatre mois une réunion qu'on espère semestrielle, où on convie tous les acteurs du territoire, toutes les associations qui sont en capacité de faire du sport-santé, qui sont référencées sur un site qui s'appelle Prescri'Forme. On les invite, on leur envoie un mail. À la première réunion, j'ai envoyé un Doodle pour qu'ils puissent se placer. J'ai deux assos qui sont venues. Il y a cette relation de conflit, quand même. L'association de Mantes, c'est la grosse association, l'ASB, on les pointe du doigt. En plus, ils récupèrent le sport-santé. Pourquoi on les aiderait ? Mais ce n'est pas nous qu'ils vont aider. Nous, on s'en fiche. Nous, on accueille un patient, on lui téléphone : "Oui, vous voulez faire un bilan de compétences ? Venez faire un bilan de compétences. Vous voulez faire du yoga ? Attendez, je vais vous diriger vers une association." Nous, là-dessus, on va prendre zéro, on s'en fiche. Mais par contre, le patient a tout à y gagner. »

Brice, le directeur général et cofondateur d'une MSS au statut d'entreprise, refuse catégoriquement l'idée d'entrer en concurrence avec les autres MSS, même s'il perçoit des formes de concurrence dans l'espace des MSS, et pense que les MSS sont en fait complémentaires :

« J'ai pour habitude de dire qu'il ne faut pas de compétition entre tous ces acteurs, nous sommes complémentaires dans un parcours de soins. Si on prend les limitations telles que le décret "sport sur

ordonnance" les définit, un patient qui a une limitation sévère va chez le kiné ou chez un APA. Quand il s'améliore, il peut aller chez l'APA. Quand il s'améliore, il peut aller dans l'association sportive. C'est un *continuum* et nous nous partageons donc tous le gâteau à un moment de la vie du patient. Nous avons la chance que c'est un gâteau qui se renouvelle parce qu'il existera toujours des maladies chroniques. Ce n'est pas un marché fermé, c'est un marché qui est sans cesse en renouvellement. Je pense que chacun a sa place. Il n'y a pas de compétition parce que nous faisons tous la préparation physique. Essayons d'avoir une démarche commune plutôt que d'essayer de se différencier à tout prix. » (Brice.)

Néanmoins, s'il prône des formes de collaboration, Brice entre bien, comme d'autres enquêtés, dans des logiques de distinction, appréhendant le sport-santé comme un marché qui demeure en effet concurrentiel :

« Nous sommes visités par des maisons sport-santé. Nous sommes visités par des promoteurs immobiliers. Nous sommes visités par des collectivités. Vous voyez, je parle de façon très transparente et très ouverte. Je suis convaincu que, plus on est nombreux, plus ce sera facile pour nous parce que ce sera une offre reconnue. Après, il faudra se différencier, être meilleur, mieux placé, moins cher, je n'en sais rien, mais ce n'est pas un hasard si, sur la place Vendôme, il y a tous les bijoutiers de Paris. Il ne faut pas fuir la concurrence, elle aide à s'améliorer et à faire que notre offre soit mieux comprise. Nous partageons très facilement. »

L'enquête révèle des situations de concurrence entre les MSS et d'autres organisations sportives. La promotion du sport-santé semble bien produire un effet d'aubaine. Caroline possède un master en activités physiques adaptées, formée à l'ETP, entraîneuse de marche nordique (FFA), spécialisée dans la prise en charge des APAS et chirurgie bariatrique. Elle est coordinatrice d'une MSS associative. D'après elle, des coachs sportifs se saisissent des opportunités ouvertes par le sport-santé en empruntant certaines de ses méthodes et en se revendiquant du sport-santé sans en avoir le label, ou les certifications. Des coachs sont même allés jusqu'à reprendre le même nom et le même logo que le MSS alors que ce dernier a été déclaré auprès de l'Institut national de la propriété industrielle :

« Mais pour être franche avec vous, il y a toujours cette histoire un peu de concurrence. Il y a des choses comme ça qui se passent. Nous aussi, on s'est fait avoir parce qu'on a lancé le sport sur ordonnance sur le territoire. Les gens se sont rendu compte que ça marchait plutôt bien et ce ne sont pas les maisons sport-santé, mais il y a des clubs qui se disent : "Nous, on va faire ça aussi." En soi, qu'ils n'aient pas le label, ce n'est pas dérangeant. Cela n'empêche pas qu'ils puissent faire quelque chose de qualitatif. Ce qui nous dérange, c'est qu'ils sont venus ici en se faisant passer pour des patients, pour essayer de recueillir des données. Nous, on est dans le partage. Ce n'est pas ça le souci. Si on a un truc qui fonctionne, on le partage, mais ce sont surtout des personnes qui ne sont pas formées et ce qui me dérange personnellement, ce sont des coachs qui ont fait deux semaines de formation diététique et qui s'improvisent diététiciennes. Nous, on a quand même un bac + 5. Je ne dis pas qu'on a tout le savoir, mais on a quand même de solides connaissances et que ce sont des personnes qui ont fait une formation de trois semaines et qui donnent une mauvaise image de ce que, nous, on peut faire parce qu'elles n'ont pas les formations pour. On a eu le cas d'un médecin qui nous a dit : "Vous faites quoi ? Vous êtes coachs ?" On a répondu : "Non, on est enseignants APA." On le revendique. Il nous dit : "On a eu des coachs qui nous ont rendu les patients plus mal qu'autre chose. Donc maintenant, on ne veut plus." On se bat un peu contre ça parce qu'ils donnent une mauvaise image de ce que nous, on peut faire. Et nous, on doit combattre cette image qui est assez fatigante des fois. Ces coachs,

que moi j'appelle des coachs Herbalife¹⁵, ce sont des personnes qui s'improvisent infirmières, diététiciennes, enseignantes APA. C'est quelque chose à la mode, sauf qu'ils ne sont pas tous formés. Il y a aussi les formations fédérales où on voit beaucoup de coachs tennis-santé, coachs athlétisme-santé, etc. Ils font des formations de trois semaines. Mais en trois semaines, on ne peut pas connaître toutes les pathologies. Ils peuvent adapter, ça, c'est pas mal. Ils adaptent la pratique, mais ils ne peuvent pas prendre en charge une pathologie. On leur donne un diabétique sous pompe, ils ne maîtrisent pas du tout la pompe, ils ne savent pas ce que c'est et c'est un peu un effet de mode. »

Ces pratiques de sport-santé « sauvage » peuvent avoir des effets sur la santé des publics.

« J'ai un patient qui a été là-bas [dans une salle de sport non labellisée MSS] pour perdre du poids, mais il s'est retrouvé sous dialyse parce qu'ils lui faisaient faire trois heures de musculation par jour alors qu'on sait que ce n'est pas forcément idéal pour perdre du poids. Ils lui avaient supprimé totalement les féculents de son alimentation. Les diététiciennes avec qui je travaille étaient folles. En fait, on donne des mauvaises représentations. Ces patients-là se disent : "J'ai été voir quelqu'un, je suis revenu plus malade que je ne l'étais, donc je n'ai plus envie de faire ça." Et puis le médecin aussi, il se dit : "Punaise, il a été voir tel ou tel professionnel !" »

Une quête de légitimité pour des acteurs du sport

Ces situations de concurrence illustrent la lutte pour la légitimité des positions et de nouvelles professions, comme celle d'enseignant APA, au sein de l'espace du sport-santé. Les compétences et connaissances des enseignants APA, en particulier celles qui relèvent davantage du champ de la santé, ne sont pas toujours pleinement reconnues par le corps médical entre autres.

« On se bat pour l'appellation "enseignant en activité physique adaptée", mais il y a des médecins, comme par exemple, un oncologue, au début, quand je l'ai rencontré, il m'a demandé : "Vous êtes qui, vous ? Vous êtes un coach ou un enseignant APA ?" J'ai répondu : "Je suis enseignante APA. – D'accord, je vous enverrai des patients." Parce que, justement, il a eu cette difficulté [le fait d'être confronté à des coachs sportifs non formés aux APA]. Donc maintenant, il différencie bien les deux. Mais il y a des médecins ou des professionnels qui ne vont pas différencier les deux et qui vont mettre tout le monde dans le même paquet. C'est là que je trouve ça dommage parce qu'on se bat pour notre profession, qui est quand même une profession nouvelle, qui commence à sortir de terre. Les enseignants APA, avant, il n'y en avait pas dans les hôpitaux. C'est quand même jeune comme action. On se bat contre cet effet néfaste que l'on peut avoir alors que l'on a quand même des compétences. Je me souviens, quand je suis arrivée à l'hôpital au tout début, on m'a dit : "Oh tu sais ça toi ? Oh, mais tu sais faire ça ?" Ben oui, c'est dans mon cursus de formation. On se bat pour ça. »
(Caroline.)

Les médecins disposent toujours d'un pouvoir fort parmi les différents groupes professionnels dans le domaine de la santé. Toutefois, on aurait tort de surestimer le pouvoir du corps médical en matière de sport-santé car, comme le montrent les travaux historiques, celui-ci s'inscrit dans des configurations, des nœuds de relations et des luttes de juridiction qui le mettent aux prises avec différents groupes professionnels et sociaux (Defrance, El Boujjoufi, 2004). Si les enquêtes relatent des difficultés dans les

¹⁵ Société étatsunienne spécialisée dans la vente de compléments alimentaires qui sont censés aider à la perte de poids et contribuer à la remise en forme. En 2014, l'entreprise a été condamnée à payer une mande de 15 millions de dollars pour vente pyramidale, et 200 millions de dollars en 2016. Les distributeurs indépendants, ou « coachs personnels en bien-être », sont censés gagner de l'argent par leurs ventes directes et ont un pourcentage sur les ventes réalisées par leur réseau d'affiliés. En réalité, la majorité des distributeurs ne font aucun bénéfice ou perdent de l'argent. De plus, certains des produits qu'Herbalife commercialise ont été dénoncés pour leur toxicité sur le foie, d'autres pour contenir de l'éphédrine, ou pour produire des problèmes rénaux et hépatiques graves.

relations avec le corps médical, ils disent également avoir pu nouer de très bonnes relations avec des médecins plus au fait des enjeux du sport-santé.

Entre collaborations et logiques de distinction : trouver un nouveau cadre d'action commun ?

Dans certaines configurations, les positions de chacun et chacune semblent plus clairement définies et délimitées. Caroline affirme que les relations avec les professionnels de santé du territoire sont très bonnes et que les enseignants APA locaux ont su trouver leur place dans l'écosystème du sport-santé local sans que leur légitimité professionnelle soit véritablement remise en cause :

« Je pense qu'on a tous su trouver plus ou moins notre place, ce qui était un peu difficile en tant qu'enseignants APA, parce que souvent, les kinés se disent que c'est de la concurrence, les ergothérapeutes se disent que c'est de la concurrence, alors que pas du tout. On a su trouver notre place. De toute façon, la kiné d'en face, elle le dit : "Moi, je suis débordée, je ne peux pas prendre un patient de A à Z, ce n'est pas possible." Donc elle fait son travail purement kiné et nous, on fait notre travail purement APA. Et on a su trouver cet équilibre, ce qui fait que ça fonctionne plutôt bien. » (Caroline.)

Selon l'histoire des relations entre structures et acteurs, et selon la densité d'équipements sanitaires, de professionnels de santé sur le territoire et le nombre de MSS labellisées, les réseaux de MSS se structurent à l'échelle soit départementale soit régionale. 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 des fédérations à créer des disciplines innovantes, tout en tentant de conserver leur cœur de pratique historique (Perrier, 2021). Pour formaliser les collaborations avec différentes structures, les MSS établissent des conventions de partenariat, souvent annuelles. La MSS du Vantois a par exemple répondu à un appel à projets conjointement aux six autres MSS du département et porté par l'ARS.

Un des enjeux qui est apparu au moment où se met en place le sport-santé est la question de la définition des termes au cœur de cet espace : sport-santé, sport, activité physique adaptée, etc. La définition du sport-santé reste suffisamment flottante pour permettre de réunir des acteurs du champ sportif, du champ médical et des acteurs institutionnels. Cette lutte définitionnelle met au jour des perceptions différenciées de ce qu'est le sport-santé et de ce que les enquêtés souhaitent qu'il devienne. Des enquêtés parlent du sport-santé comme d'une catégorie « fourre-tout », et lui préfèrent celle d'« activité physique adaptée ». Cette question est loin d'être uniquement rhétorique ou discursive. Il s'agit de se mettre d'accord sur un langage commun et de délimiter le périmètre d'action légitime des uns et des autres, de clarifier les différents termes utilisés et les différents dispositifs autour du sport-santé, ou en d'autres termes de poser un cadre d'action. Les enquêtés contribuent ainsi à la redéfinition de la question, à partir de la MSS et, par extension, du réseau dans lequel celle-ci est insérée.

« Nous avons un territoire très demandeur de l'activité physique adaptée. La demande est très forte. L'objectif sur les prochains mois est de clarifier, mais ce n'est pas que sur le territoire de Darly, c'est un peu national. Il s'agit d'être très précis entre le sport bien-être et le sport-santé, parce que, même dans les appellations des activités et des structures, on voit qu'il y a des confusions, et même dans les dispositifs d'ailleurs. » (Thierry.)

Le flou autour des notions liées à l'espace social du sport-santé et du périmètre de cet espace cause des incompréhensions et des problèmes principaux sur ce qu'est le sport-santé précisément pour une grande partie des MSS de l'enquête.

« Maxime : Le sport-santé étant très vendeur aujourd'hui, beaucoup d'associations s'octroient le droit de s'appeler sport santé, sans forcément avoir les problématiques pour et, parfois, les gens ont du mal à faire la différence entre les deux. Une association s'appelle Sport-santé Darly et j'ai beaucoup de gens qui m'appellent en me disant : "Bonjour, je suis inscrit à l'association sportive Sport-santé Darly et je veux me désinscrire ou je veux m'inscrire."

Ophélie : C'est quelque chose que nous avons fait remonter au département, à la cellule du département, à la DR(D)JSCS (direction régionale (et départementale) de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale), parce que c'est une problématique pour nous. C'est dommage que ce ne soit pas une marque déposée en fait et que ce ne soit pas un label qui soit donné sous recommandation.

Enquêteur : Cela peut amener de la confusion ?

Ophélie : C'est-à-dire qu'au forum des associations, les gens sont paumés. C'est là que cela s'est vu ; tous font apparaître sport-santé parce que cela vend en fait. Cela vend du rêve, mais, derrière, est-ce qu'on est assuré d'une réelle qualité ? C'est autre chose. En tant que collectivité, nous n'avons pas de droit de regard dessus. C'est une association loi 1901 donc ils peuvent s'appeler comme ils ont envie.

Maxime : L'association en question, Sport-santé Darly, qui met en avant le sport-santé énormément, n'a qu'un seul entraîneur sur je ne sais pas combien, qui est réellement capable de proposer du sport-santé, qui a les diplômes pour. En fait, ils mettent en avant auprès de tous cette chose, mais, derrière, ils n'ont qu'un entraîneur capable de le faire. C'est quand même un vrai enjeu et un vrai souci. »

Brice, chargé de développement d'une MSS de structure privée, va dans le même sens. Il prend volontairement un exemple caricatural de ce que peut être le sport-santé : « Ce n'est pas parce que vous allez faire deux fois ou trois fois par semaine du tennis sur un terrain plus petit, avec une raquette plus grande et une balle plus grosse que vous allez améliorer votre condition physique », pour mieux apporter, par la suite, sa propre définition :

« Améliorer la condition physique, ça passe par des séances structurées qui vont développer votre capacité anaérobie, vos capacités musculaires, votre équilibre, votre souplesse. Il faut des plans structurés et dosés comme un médicament. L'activité physique pour la santé a trois modes d'action. À six mois, il faut réduire ses temps de sédentarité, c'est bouger plus, il faut augmenter ses temps d'activité physique et c'est améliorer sa condition physique ».

Il affirme que la catégorie même de « sport-santé » est problématique et nécessite un cadrage beaucoup plus clair et strict. Selon lui, le mouvement sportif s'est emparé de la thématique dans un souci de (re)développement organisationnel et par opportunisme, et en cela, a largement contribué au flou de la notion :

« Le *sport-santé* est un mot valise qui a été inventé par le mouvement sportif dans un objectif marketing et commercial. Je m'explique. Bien entendu, il y a des preuves scientifiques d'efficacité de l'activité physique en prévention primaire, secondaire ou tertiaire. Le mouvement sportif y a vu une opportunité de se créer de nouveaux débouchés, après avoir fondé son modèle sur le sport compétition, puis sur le sport loisirs, sport pour tous. Il s'est dit que, avec le sport-santé, il y a peut-être moyen de proposer d'autres licences pour d'autres objectifs. Ce faisant, même si cela a popularisé le terme de sport-santé, cela n'a pas rendu un grand service dans la lisibilité des offres parce que, dans un premier temps, les fédérations n'ont pas pour autant changé la formation ni les offres au sein des clubs. Puis les acteurs privés du fitness ont dit : "Nous, on fait

bouger les gens donc on fait de la santé." Ce sport-santé est devenu un fourre-tout qu'il convient toujours de définir et distinguer. »

Le développement du sport-santé, et par conséquent d'une conception différenciée des activités physiques et sportives, se heurte parfois à la volonté affichée d'unir le mouvement sportif français, souvent dans sa dimension compétitive. Des travaux (Merlaud, Terral, 2016) ont pointé deux types d'appréhension de l'activité physique comme outil de lutte contre l'obésité, dans le cadre du Programme national nutrition santé (PNNS), l'une « nutritionnelle », l'autre « psychologisante », structurant ainsi les positions et les pratiques des acteurs porteurs de ces approches. La collaboration entre les acteurs du sport-santé, et par conséquent la structuration de celui-ci, passe par un travail collectif de mise au point définitionnel. Les acteurs se mettent d'accord, ou pas, sur ce qu'ils entendent par sport-santé, puis sur la manière dont ils le mettent en œuvre.

La MSS de Noiville est l'une des rares MSS enquêtées à avoir fait une distinction claire entre le sport sur ordonnance et le sport-santé.

« On a sport sur ordonnance, c'est vraiment notre prise en charge la plus médicalisée, sur laquelle on travaille plutôt avec des pathologies plus lourdes. On a des personnes type Parkinson qui viennent. On a des scléroses en plaques, on a beaucoup de fibromyalgie, des personnes atteintes de cancer. C'est plutôt des personnes qui cherchent un accompagnement. Et après, on a le volet sport-santé où ce sont plutôt des personnes qui ont un déconditionnement à l'effort et qui cherchent à être accompagnées pour reprendre une activité physique, mais sans forcément prise de constantes, prise de saturation, prise de glycémie. Elles n'ont pas besoin de cette prise en charge aussi poussée. On distingue bien les deux parce que pour nous, c'est vachement important, car le but, c'est du sport sur ordonnance les faire basculer dans le côté sport-santé, pas forcément que chez nous, de voir ce qui plaît aux patients. Si c'est le judo qui lui plaît, le but est de le remettre sur pied pour qu'il puisse pratiquer le judo en toute sécurité avec sa pathologie, qu'il comprenne comment sa pathologie fonctionne, toutes les règles de sécurité à mettre en place et qu'il puisse aller derrière dans un club de judo en étant totalement autonome parce qu'il sait gérer sa pathologie. » (Caroline.)

Moussa a une vision claire de son champ de compétences et de celui des acteurs de l'espace social du sport-santé et le distingue d'une activité médicale. Comme la majorité des enquêtés, la MSS remplit une mission de santé publique et doit, si possible, toucher le plus grand nombre de personnes possibles, sans sacrifier la santé des individus ni la qualité des activités proposées et de l'encadrement :

« Ce n'est pas du tout le même travail. Nous avons une mission de santé publique, on doit avoir le maximum de personnes, et faire en sorte que le maximum de personnes fasse de l'activité, qui adhère, ne se blesse pas et continue derrière. S'ils ne continuent pas : on a raté. L'hôpital, ce n'est pas du tout ça, ce sont des patients plus lourds, qui ne peuvent pas venir ici, qui sont appareillés, où, c'est compliqué pour eux. Ils sont là-bas, pris en charge, un pour un. Il y a des problèmes cardiaques plus importants. C'est très compliqué à débattre, à comparer les maisons sport-santé. Nous, le projet est clair depuis le départ, et c'est ça : faire en sorte que les gens fassent plus d'activité, ne se blessent pas et continuent. »

Moussa a néanmoins une vision assez différente des autres coordinateurs rencontrés. Il se démarque de l'injonction à mettre en chiffres les activités liées au sport-santé. Tout en soulignant sa capacité à mettre en œuvre des activités parfaitement en phase avec les protocoles scientifiques, il défend une approche pragmatique et préfère s'adapter aux publics que sa MSS accueille afin d'être en adéquation avec les objectifs de santé publique, quitte à transgresser les règles des protocoles des APA et des activités sport-santé enseignées dans les formations APA.

« Par exemple, le test de marche, à un moment, il y avait sept couloirs et pendant six minutes, il y avait sept personnes qui faisaient la marche. Sauf que ce n'est pas scientifique parce qu'on est influencé par l'autre. Ça remet en cause l'évaluation, la véracité de l'évaluation. Mais d'un autre côté, si on veut que les gens fassent un maximum, s'il y a quelqu'un qui peut les pousser, c'est encore mieux. Du coup, soit on veut faire, on veut être reconnu du monde scientifique, et on sait faire. Je sais faire, ce n'est pas le problème, mais on dénature le projet de santé publique et d'ouverture vers l'extérieur. Soit on fait des tests qui n'ont aucune valeur scientifique, on fait n'importe quoi. On est entre les deux. »

Sa vision n'est toutefois pas sans lien avec ce qu'affirme Robert. Selon ce dernier, une MSS comme celle de Sarvilliers, entourée de quartiers QPV, ne peut pas se passer d'éducateurs de proximité qui vont faire vivre le sport-santé avec les publics populaires. Selon Moussa et Robert, il est important pour les MSS qui œuvrent pour les publics de quartiers populaires de faire un travail de médiation avec des personnes qualifiées et qui connaissent bien les habitants. Ce type de connaissances et de compétences passe relativement inaperçu et n'est pas officiellement reconnu dans l'univers du sport-santé, mais il est très utile et même indispensable selon ces enquêtés. L'enquête montre ainsi une variation des compétences et des acteurs nécessaire à la mise en œuvre du sport-santé selon les configurations sociales locales – et notamment selon la morphologie sociale des publics visés.

Les relations entre MSS et médecins : entre indifférence et collaboration

« Sommes-nous face à un objet qui vaut la peine, du point de vue des médecins, d'être investi ? Y a-t-il un véritable enjeu pour ce groupe, à ce moment-là ? » (Defrance, 1998a, p. 449-450). La question que Jacques Defrance nous invite à nous poser lorsqu'il s'agit de penser la relation historique entre médecins et éducateurs physiques est tout à fait pertinente pour l'étude du sport-santé et des relations entre coordinateurs de MSS et médecins. La réponse semble être non. Tout du moins, les professionnels du sport semblent s'être davantage emparés de l'objet sport-santé que les professionnels de santé. Les premiers y voient très probablement un enjeu de légitimation professionnelle et de développement de leur champ d'activités qui les pousse à investir le sport-santé. Puisque la mise à l'agenda du sport-santé comme instrument d'action publique émane des plus hauts sommets de l'État, et non des groupes professionnels ou plus largement des acteurs du champ sportif, on peut émettre l'hypothèse que l'essor du sport-santé correspond à une phase d'hétéronomie plus grande du champ sportif (Defrance, 1995), davantage soumis à la fois au pouvoir politique et au pouvoir médical. D'après Favier-Ambrosini (2016, p. 17), « l'idée que l'activité physique et sportive puisse être un outil de santé publique semble donc se diffuser massivement auprès des médecins français à partir du milieu des années 1960 et dans la décennie 1970 » en lien avec l'attention grandissante portée aux maladies cardio-vasculaires. Que bon nombre de médecins aient connaissance des études qui démontrent les bienfaits de l'activité physique sur l'état de santé ne signifie pas nécessairement que les médecins, en tant que groupe professionnel et plus largement groupe social, se soient massivement emparés de la question et l'aient totalement investie. Caroline-Pia Hénaff-Pinau (2014, p. 151) montre que l'investissement des médecins généralistes qui prescrivent l'activité physique et sportive pour leurs patients âgés « semble nettement marqué soit par la culture sportive du praticien soit par l'orientation de l'exercice professionnel vers une médecine préventive ».

Notre étude révèle que, dans le cadre du développement des MSS, le dialogue entre enseignants APA (activités physiques adaptées) et médecins n'est actuellement pas toujours facile. On observe une difficulté pratique : faire coopérer les acteurs qui posent le diagnostic sur l'état de santé des populations,

et dont les trajectoires et les savoirs certifiés sont différenciés, en l'occurrence des professionnels de santé, médecins surtout, qui ont fait de longues études en sciences de la vie, et des groupes professionnels plus variés qui organisent les activités physiques et sportives (éducateurs sportifs, dotés de savoir-faire pédagogiques, et d'une formation plus courte). Les médecins se retrouvent face à un changement de paradigme, du curatif au préventif, qui les pousse à appréhender la place grandissante de l'activité physique et sportive dans le parcours de soins de leurs patients, sans y être nécessairement sensibilisés ou formés. Considérés comme des maillons essentiels du lien entre les politiques et campagnes de santé publique, d'une part, et les publics, d'autre part, ils se voient attribuer une nouvelle prérogative qui consiste à prescrire du « sport sur ordonnance », d'autant plus que les campagnes de santé publique sont très insuffisamment incitatives (PNAPS, 2008). Une étude conduite auprès de médecins généralistes au sujet de la prescription d'activité physique pointe le manque de temps en consultation et de connaissances sur le sujet comme principaux obstacles à la prescription d'activité physique régulière. Faire de l'activité physique reste le plus souvent dans le registre des recommandations médicales et non des prescriptions (Gérin *et al.*, 2015).

La plupart des coordinatrices et coordinateurs de MSS enquêtées ont déclaré qu'il leur était souvent difficile d'établir des relations de travail avec les médecins. La communication et les échanges sont rendus plus aisés si la relation est plus horizontale, entre des groupes professionnels au niveau d'études proche, tels que les coordinateurs et enseignants APA d'autres structures partenaires qui ne sont pas des MSS. Ces derniers jouent alors le rôle d'intermédiaire, de trait d'union avec les institutions médicales :

« C'est beaucoup plus facile d'accrocher les structures, médicales ou non, qui peuvent s'associer avec nous quand il y a déjà des enseignants en activité physique adaptée dans la structure, parce que l'on communique directement avec eux. Ce sont eux qui nous envoient les personnes, etc. Dès qu'il s'agit de communiquer avec les médecins, que ce soit des spécialistes ou généralistes, les maisons de santé ou les maisons pluriprofessionnelles, même les médecins dans les CHU, etc., dans les services, c'est très, très aléatoire. Les médecins traitants, on n'en parle même pas. C'est extrêmement compliqué. On a beau essayer de les accrocher en laissant des flyers dans leur cabinet, en leur laissant des mails, en appelant, etc., il y a très peu de retours. » (Agathe.)

Les coopérations des MSS enquêtées avec les institutions médicales sont similaires en matière de structures partenaires, et diversifiées dans la force des liens qui nouent ces relations de travail. Par exemple, la MSS de Boulliers a des liens particuliers avec l'hôpital Jean-Valois, l'unité de nutrition clinique et l'unité de chirurgie bariatrique (et dans une moindre mesure, la maternité et le service d'oncologie), où deux éducateurs de la MSS travaillent depuis 2018. Ces deux éducateurs font le lien entre la MSS et l'hôpital qui leur envoie surtout des patients atteints de diabète ou en situation d'obésité. La relation particulière entre la MSS et les deux services de l'hôpital Jean-Valois a des effets sur le type de pathologies surreprésentées parmi les adhérents de la MSS, en l'occurrence diabète et obésité, ou encore sur les moyens matériels dont celle-ci dispose. La commune est particulièrement touchée par le diabète, en premier lieu son quartier populaire principal (une personne sur trois souffre de cette pathologie), et plus particulièrement les populations maghrébines en son sein. La MSS se voit prêter un dynamomètre par l'hôpital, appareil qui permet de mesurer la force de préhension. Ce prêt permet à la structure de faire une économie de plusieurs centaines d'euros.

« On fait la passerelle comme ça entre l'hôpital et la ville. Parce qu'à la fin de l'hôpital, les personnes que l'on peut accueillir sur trois ou quatre semaines, on s'est rendu compte que quand on leur disait "allez, on va faire une continuité, maintenant, je te donne les numéros des associations", les personnes, la plupart du temps, ne les contactent pas. Elles ont encore ce frein-là, elles ont encore cette difficulté-là, à sauter le pas pour

pouvoir aller vraiment dans une association. L'avantage, avec mon autre collègue qui s'appelle Sofiane, c'est qu'on les accueille à l'hôpital et on leur dit : "Allez, tu peux aller là-bas, mais par contre, tu nous verras, parce qu'on y sera toujours. On anime [le sport-santé] à l'hôpital et on [l'anime en ville]." Et ça, ça a levé un frein. Ça n'a pas levé tous les freins parce qu'il y en aura toujours par rapport aux patients. Là, on est entre six et sept patients sur dix qui sont dirigés de l'hôpital en ville, ce qui n'est pas mal quand avant – même sur d'autres circuits, on peut le voir aujourd'hui, des circuits d'oncologie par exemple, sur de la cancérologie – on avait une personne sur dix, une personne sur quinze qui va se diriger en ville. Donc on n'a pas trop de déperditions, même si on trouve toujours qu'on en a trop. On aimerait bien que ce soit dix sur dix, mais ça ne peut pas être parfait. C'est une passerelle qui existait avant la maison sport-santé, qui a été consolidée par la maison sport-santé et que l'on souhaite continuer d'année en année. » (Alexis.)

Ce transfert d'activité croise une politique plus large, celle dite du « virage ambulatoire », c'est-à-dire le passage d'une configuration centrée sur l'hôpital à une configuration qui fait des médecins et des équipes de soins primaires constituées autour d'eux, à la fois les pivots et les coordinateurs des parcours entre les structures de ville – cabinets libéraux, maisons et centres de santé – et les établissements hospitaliers, médico-sociaux et sociaux – un des moyens utilisés pour faire des économies budgétaires à l'hôpital.

Les enquêtés expliquent les difficultés qu'ils rencontrent lorsqu'ils essaient d'établir des liens de collaboration concrets et opérationnels entre MSS et médecins, difficultés qu'ils rencontrent tous, principalement par le manque de temps des médecins, qui sont débordés, et le manque d'intérêt de ces derniers pour le sport-santé. Selon les coordinateurs enquêtés, les médecins restent pris dans une conception curative de la médecine. Leurs habitudes les poussent à privilégier les traitements médicamenteux avant toute chose, comme le dit Maud, responsable d'un service médecine du sport et coordinatrice de la MSS, en partenariat avec la mairie de Glassart, commune voisine de 45 000 habitants, qui, depuis 2014, est chargée du développement du sport-santé dans cette unité :

« Parce que les médecins restent tellement formés avec la thérapie médicamenteuse, qu'en dehors de ça, il n'y a pas grand-chose. Je pense qu'ils sont surtout formatés. Du coup, c'est très difficile, une fois qu'ils sont dans leur quotidien, ils ne repensent plus à tout ce qui est non thérapeutique. Ça commence à prendre, mais je ne pensais pas que ça allait être si dur. ».

Les collaborations entre les MSS et les divers acteurs que le sport-santé fait intervenir revêtent, de fait, différentes formes. Celles avec les médecins ne sont pas forcément les plus aisées. Dans le cadre du dispositif Prescri'Forme par exemple, les relations entre les MSS et les médecins sont unilatérales, les médecins ne faisant pas, dans la plupart des cas, de retour sur la progression de leurs patients. Le fait que la transmission d'informations relatives aux patients ne se fasse que des MSS vers les médecins est regrettable pour les enquêtés, comme Anis, les informations relatives à la progression de l'état de santé ou de forme des personnes parvenant aux responsables des MSS par l'intermédiaire des usagers :

« Nous travaillons avec les médecins, mais la collaboration ne va que dans un sens : je t'envoie, et fais attention. C'est tout. L'idéal serait qu'ils observent ce que nous observons. Dans la passerelle du Prescri-Forme il y a trois portes d'entrées, celle du patient, celle de l'éducateur sportif et celle du médecin. C'est chronophage, mais il serait bien qu'ils [les médecins] mettent des informations. C'est très rarement fait, seuls quelques médecins du sport le font. La mécanique n'est pas encore bien huilée. »

Ludovic pointe le manque de formation des médecins en matière de sport-santé comme un frein majeur au développement de cet espace. Ses propos dessinent, en creux, une critique du manque d'investissement du ministère de la santé dans le sport-santé comparativement au ministère des sports :

« Déjà dans un premier temps, dans le cadre de la formation, bon nombre de médecins ne sont absolument pas formés. J'ai fait de nombreuses réunions, des tables rondes que j'ai organisées avec des personnes qui disaient : "Quand je fais du sport, c'est quand je suis dans mon canapé avec une bière et que je regarde un match de foot, parce que je n'ai jamais fait de sport de ma vie. Comment voulez-vous que je prescrive du sport à des patients alors que, moi-même, je n'en fais pas ? Moi-même, je n'ai pas été formé." C'est vrai, on ne va pas se mentir, aujourd'hui, il y a quand même bon nombre de médecins qui ne sont pas concernés par le sport-santé. C'est ce qui fait aujourd'hui un peu défaut à cette démarche, malgré les orientations gouvernementales, en tout cas du quinquennat de Macron, qui étaient de faire 400 maisons sport-santé avec un million de pratiquants supplémentaires. [...] Aujourd'hui, je n'ai pas les chiffres, mais en tout cas, je pense sincèrement qu'au niveau du ministère de la santé, de la formation des médecins, il y a encore beaucoup de choses à faire. Et je pense que cette entente ministérielle ne demande qu'à évoluer dans un autre sens. Aujourd'hui, j'ai eu plus d'interlocuteurs concernés vis-à-vis de la jeunesse et des sports que vis-à-vis de l'ARS. Voilà. J'ai rencontré l'ARS maintes fois, j'avais l'impression, pas de les déranger – ils étaient effectivement au courant de la cause, ils étaient au courant de ce qui devait et pouvait être fait –, mais ça ne bougeait pas plus que ça. En tout cas, je n'ai pas eu de financement de la part de l'ARS. J'en ai eu de la jeunesse et des sports. [...] Je n'arrive pas à trouver les mots sans être blessant vis-à-vis de l'un et de l'autre des ministères : je me suis rendu compte que la relation interministérielle avait des grains de sable entre le ministère de la santé et le ministère des sports. Aujourd'hui, je trouve que le ministère des sports est un peu plus averti sur ce dispositif, sur cette cause, que le ministère de la santé. »

Si Robert affirme que les relations de la MSS de Sarvilliers avec les médecins sont très bonnes, tout du moins avec ceux – peu nombreux – avec lesquels ils collaborent, comme Ludovic, il pointe le manque de formation des médecins et le défaut, dans le cursus de ces derniers, d'enseignements relatifs au sport-santé.

« Déjà, essayons de les fédérer autour de nous, ce serait déjà bien, qu'ils nous considèrent comme étant des partenaires de santé comme les autres, voilà, qu'ils nous considèrent déjà comme ça. Après, ce n'est pas à nous d'aller leur dire comment vous devriez être formés. Ce sont des constatations, mais ils doivent faire ces constatations entre eux. Pas nous. Nous, on n'y peut rien, on n'y peut rien et quelque part, c'est tant mieux. C'est compliqué. Mais je crois qu'on a tous à nettoyer devant nos portes. Si on était capables, nous, mouvements sportifs, d'amener une véritable offre de qualité, ça serait déjà le point de départ de notre considération par le monde médical. Mettons-nous en ordre de marche, tous. Tous ensemble. Et prouvons qu'on est capable de le faire. N'attendons, pas, prouvons-le. Effectivement, c'est très français, ça. Avant de commencer quoi que ce soit, on commence à évoquer tout ce qui va nous empêcher de le faire. Ben non, faites. C'est le docteur G., qui est un ami, qui est médecin référent de la région S. et qui m'a dit : Robert, n'attends pas, n'attends rien de rien, fais et tu verras après." Alors, oui, j'ai vu après, les difficultés. J'ai bien vu après comment ça se passait, mais peu importe. Une fois qu'on s'est engagé dans ces dispositifs-là, on ne peut plus s'en sortir parce que c'est une vraie motivation. C'est du vrai plaisir, franchement. Et pour nous, sportifs, non, surtout nous, militants associatifs, c'est une ouverture d'esprit qu'on n'aurait jamais pu imaginer parce que quelles étaient, cinquante ans en arrière, les interactions entre les médecins et les sportifs ? Il n'y en avait pas. C'est très récent finalement, que l'on commence à se dire... Il y a toujours eu des interactions, mais c'était surtout sur la haute performance. Il y a toujours eu des médecins fédéraux, il y a toujours eu des médecins qui sont liés. »

Les coordinateurs enquêtés ne critiquent pas les médecins individuellement, ni en tant que groupe professionnel, mais ils identifient plutôt des tendances structurelles en rapport avec le sport-santé. Ainsi, Brice identifie-t-il deux de ces facteurs structurels : un facteur générationnel qui joue dans la réticence de certains médecins à considérer les bienfaits du sport-santé ou à prescrire de l'activité physique à leurs patients ; un facteur lié à la culture professionnelle. Avec l'émergence du sport-santé, notamment la prescription médicale d'activités physiques et sportives à des fins de santé, on demande ainsi aux médecins d'opérer un grand virage dans leur culture professionnelle :

« Les médecins, pour schématiser, on leur a demandé de passer très rapidement d'une culture de la dispense d'activité physique à la prescription. La lombalgie est un bon exemple. Vous aviez mal au dos, on vous disait "restez allongé, ne bougez pas". Aujourd'hui, on sait que, pour les lombalgies, le mouvement fait partie du traitement. On a demandé de passer très vite de la culture de la dispense à la prescription. C'est compliqué et les formations doivent se mettre en ordre pour cela. »

Lorsque les relations de travail entre MSS et médecins existent, les enquêtés les décrivent comme étant très bonnes. D'après eux, trois raisons principales expliquent les bonnes relations entre les MSS et les médecins au niveau local : l'appartenance générationnelle des médecins, la fréquence et la qualité de la communication entre les médecins et les coordinateurs de MSS. Pointé par des travaux (Fleuriel, Sallé, 2009 ; Henaff-Pineau, 2014 ; Viaud, 2009), un troisième facteur semble peser sur la propension des médecins, *a fortiori* s'ils sont plus âgés, à prescrire de l'APA à leurs patients : le fait pour un médecin d'avoir une trajectoire marquée par la culture sportive.

L'enquête montre le rôle structurant de l'appartenance générationnelle dans les relations entre les coordinateurs et éducateurs sportifs des MSS et les médecins. Alexis est nuancé sur les rapports de la MSS de Boulliers avec les médecins de la commune. D'après lui, puisque chaque partie, éducateurs sportifs et médecins, possède ses compétences et connaissances propres et que chacune prend en considération ce que l'autre apporte à la collaboration en sport-santé, les relations sont bonnes.

« Nous, c'est vrai qu'on a le partenariat qui était déjà présent, on a deux éducateurs de la maison sport-santé qui sont salariés de l'hôpital. Ce lien avec l'hôpital fonctionne super bien. Et toi, ce que tu me dis, moi, c'est ce que j'aurais pensé au tout début. Cela veut dire que le médecin ne se voit pas dire des choses par un éducateur bac + 3, parfois même juste le bac. "C'est bon, tu vas te calmer quand même." Nous, le médecin nutritionniste qui est ancien réanimateur, qui a 60 piges, il a deux fois mon âge, franchement, quand on lui parle, il nous écoute. Chacun a sa partie. Nous, on va lui parler d'activité physique et de plaisir par rapport à l'activité physique, de pourquoi on fait du multisports et pas une activité donnée, pourquoi on fait ça, pour éviter la monotonie. "Ah oui, tu as raison." Il va nous écouter. Et lui, dans sa partie médicale, par exemple, on a un patient qui a beaucoup de reflux, on ne comprend pas pourquoi, il va nous expliquer par rapport à la chirurgie qu'il a eue, pourquoi il a ces reflux-là. En fait, on a tout à apprendre des personnes. Je pense que le côté générationnel est certain. Tu as une ancienne génération de médecins qui se voit prescrire des médicaments parce que tu as un problème, tu es malade, tiens, prescription. Et ils ne voient pas l'anticipation. Pour eux, le concept de prévention primaire est loin. Tu ne peux pas prévenir la maladie. La maladie arrivera, il faudra de toute manière faire une prévention secondaire et tertiaire pour pouvoir stopper la maladie grâce à un traitement. Mais ce sont les mêmes personnes qui vont avoir du mal avec l'hypnothérapie, qui vont avoir du mal avec toutes les thérapies douces. Ces personnes-là partiront à la retraite à un moment, il faut les laisser dans leur délire. Nous avons énormément de médecins à Boulliers et, heureusement, tous ne réfléchissent pas comme ça. Et nous, on a des médecins généralistes qui vont nous diriger des personnes. C'est très peu, mais on a des médecins généralistes qui vont nous diriger des personnes parce qu'ils vont aller sur le site Internet, ils vont regarder maison sport-santé et ils vont dire : "Tenez, appelez la maison sport-santé." La difficulté de lien, en dehors du côté générationnel, c'est juste que ces deux blocs n'ont jamais travaillé ensemble. Finalement, ce n'est pas de la faute des médecins, ce n'est pas de notre faute, c'est une faute partagée. Parce que je veux bien qu'on dise que les médecins de ville ne font pas d'efforts, mais à quel moment les maisons sport-santé ont envoyé un mail à tous les médecins de ville pour leur dire : "Venez, on se fait une réunion, on vous explique comment on fonctionne." Il n'y a aucune maison sport-santé qui a fait ça. Aucune ne l'a fait et pourtant, c'est ce qu'il faudrait faire avant de dire : "Non, mais les médecins ne jouent pas le jeu." Et moi le premier, je ne l'ai pas fait. La difficulté est de trouver le temps. [...] Actuellement, on a un lien santé-sport avec l'hôpital Jules-Valois, donc l'unité de nutrition clinique, en plus. L'hôpital Jules-Valois, ce n'est qu'une unité parmi quarante unités. L'unité nous fait de la pub auprès des autres unités. Donc on a aussi un contact avec d'autres unités : la maternité et l'oncologie. On a un contact avec le centre antidouleur

de la région parce qu'ils nous ont envoyé trois patients et ça s'est super bien passé. Et puis après, le bouche-à-oreille et, hop, après, ça se développe. Mais on n'a pas encore de contacts de proximité avec les médecins de ville. On a ouvert en mars, en septembre, on a dû ouvrir un secteur pour ramener un petit peu d'argent et pour montrer qu'on était dynamique et en juillet prochain, on se pose un petit peu. »

L'enquête montre des variations dans la qualité et la fréquence de la communication entre MSS et médecins. Moussa a pu avoir, au début de sa carrière dans le sport-santé, des frictions dans ses relations aux médecins comme il l'explique :

« Je me suis frotté à des endocrinologues, qui m'avaient convoqué à l'hôpital pour me dire : "Nous voulons que tu fasses du sport, mais il faut que tu leur fasses de la gym douce." Du coup, j'ai dit : "Non, je ne vais pas faire de la gym douce, c'est quoi de la gym douce ? Vous me parlez d'un truc, c'est quoi ?" C'était pour leur montrer. C'étaient des diabétiques, donc il fallait qu'il y ait une dépense énergétique. On ne peut pas faire des choses douces, il faut faire des choses où il y a une intensité. En gros, je leur disais : "Moi, je suis le professionnel du sport, et vous êtes le professionnel de santé. Vous me dites qu'il faut faire ça, avec telle contre-indication, je fais des exercices, je fais le programme. Et vous me faites le retour sur s'il y a des contre-indications, si j'ai blessé des gens. Et surtout, vous pouvez réajuster la glycémie, je ne vous dis pas de mettre deux doses d'insuline en plus, ou pas." Sur le coup, ça s'est mal passé, mais après, ça s'est super bien passé. »

Pour Nihal, le problème n'est pas forcément du côté des médecins. Selon lui, les médecins savent à quoi s'attendre lorsqu'ils prescrivent un médicament à un patient. Par contre, ils n'ont pas de retours des MSS ou des éducateurs sportifs quant au suivi des patients qu'ils envoient. Nihal pense qu'il faudrait que les éducateurs sportifs fassent plus systématiquement état du suivi des patients aux médecins traitants de ces derniers afin d'entretenir de bonnes relations de travail et pour ne pas que les médecins finissent par ne plus prescrire d'APA à leurs patients.

« Quand un médecin, par exemple, va prescrire, je ne sais pas, un médicament, il sait concrètement que cela va apporter cela et cela, et qu'il va avoir tel retour. S'il prescrit de l'activité physique, son patient ne va pas forcément revenir le voir et lui expliquer. L'éducateur ne va pas lui faire un retour pour lui dire ce qu'a donné cette prescription, les évolutions concrètes qu'il a vues en séance sur cette personne, etc. Je pense que c'est le problème qu'ont les éducateurs. Et c'était d'ailleurs une des remarques que l'on a faites au début, en tout cas, sur les relations avec les médecins. On ne savait pas qu'eux, justement, à la suite de ce genre de prescriptions, voulaient un retour. À force de ne pas avoir de retour, ils se disent : "Je ne sais même pas si cela va apporter quelque chose." Finalement, ils ont envoyé quelqu'un et il n'y a pas eu de retour. Je pense que c'est aussi que la communication, telle qu'elle est actuellement, est vraiment trop médecin-patient, patient qui devient un pratiquant dans l'association sportive. Finalement, le médecin ne fait que prescrire, il n'y a pas de retour. Du coup, comme il n'y a pas de retour, il se demande : "Qu'est-ce qu'il advient de mes patients pratiquants ?" Je pense qu'il y a un travail à faire aussi de la part des associations et des éducateurs sportifs sur ce retour. »

Un troisième facteur semble déterminant dans les relations entre médecins et équipes des MSS : le rôle de la culture sportive dans les trajectoires de ces acteurs. Ainsi, si les relations entre les coordinateurs de MSS et les médecins traitants ne sont généralement pas très fluides, lorsque les médecins font partie de la MSS, les relations et les représentations changent profondément. Les médecins investis dans la création ou dans l'organisation des MSS sont très souvent des médecins du sport qui peuvent trouver là un nouvel espace où actualiser et redéployer une compétence médico-sportive, dévaluée par ailleurs (Brissonneau, Le Noé, 2006 ; Defrance, El Boujjoufi, 2004 ; Fleuriel, Sallé, 2009 ; Viaud, 2009). D'après les

enquêtés, ces médecins ont souvent une assez bonne image des enseignants APA et des éducateurs sportifs dont ils mesurent toutes les compétences. C'est le cas d'Emeric, médecin du sport et cofondateur d'une MSS à Rouen, qui met en parallèle les compétences d'un médecin et celles de la coordinatrice de la MSS, qui est une enseignante en activités physiques adaptées, diplômée d'un master 2 APA, spécialisée dans les maladies chroniques :

« Je dirais que Marie c'est un médecin de l'activité physique et de la prise en charge pour l'orientation vers l'activité physique. C'est un peu comme un médecin qui fait son diagnostic avec le patient et qui fait l'entretien motivationnel et qui va le motiver pour suivre un traitement ».

La mise en réseau n'est pas chose aisée pour tous les acteurs du sport-santé et varie selon le statut, associatif ou privé, des MSS. Les MSS qui sont des structures privées n'ont pas nécessairement au départ un réseau aussi dense que les MSS de type associatif. Brice indique ainsi que sa MSS, du fait de son statut, privé à but lucratif, et de son implantation géographique, au cœur d'une métropole dense, ne dispose pas des meilleures conditions de développement d'un réseau territorialisé, même si celui-ci constitue un objectif de structuration de sa MSS :

« Mon objectif – et dans cette salle, c'est aussi fait pour ça – est que les associations viennent présenter leurs offres aux personnes que nous aurons reconditionnées physiquement et mentalement à une pratique durable d'activité physique. C'est vraiment ça. Après, avec une structure privée, un investissement lourd et dans une grande ville, c'est peut-être plus compliqué de créer ce réseau territorial, d'abord parce que la lourdeur économique de notre structure oblige à des allocations de ressources, donc nous n'avons pas le temps d'aller rencontrer tout le monde. Paris fait aussi que rencontrer tout le monde est plus compliqué, que l'offre est moins lisible parce qu'il y a des salles de sport, parce qu'il y a l'hôpital, parce qu'il y a le centre machin. Tout cela a été compliqué, mais nous sommes en train de le structurer. J'ai quelqu'un qui s'occupe spécifiquement des relations avec les structures sportives. Nous partagerons aussi l'accompagnement, les données autour de nos clients et un suivi. Je veux que nous ayons ces relations plus personnalisées avec les clubs, ce qui leur permettra aussi de nous adresser les publics qu'ils ne peuvent pas prendre en charge. C'est aussi intéressé de ce point de vue, mais, dans le service que je dois rendre à mon adhérent quand il sort de chez nous, il doit continuer donc je veux des débouchés sportifs. »

Moussa décrit les difficultés qu'il a eues, au moment où il se lance véritablement dans le sport-santé, à convaincre des acteurs locaux de collaborer avec lui dans le domaine du sport-santé.

« Et à l'époque, impossible de travailler avec les maisons de retraite. Je n'avais pas un projet carré, je travaillais pour un réseau de prévention du diabète, j'étais autoentrepreneur, je développais une association d'APA, la section athlé-santé. J'avais réussi à faire en sorte qu'ils développent ça. Du coup, la MSS, on a voulu faire un projet « Bouge avec ta ville » qu'on a soumis à la ville. Bien évidemment, on feint de nous recevoir, ça fait traîner pas mal, on fait pas mal de réunions, on fait partie de groupes de travail sur la prise en charge de l'obésité... Une réunion, deux réunions, dix... J'ai dit : "Non, je ne peux plus." Depuis, j'ai une règle : si au bout de trois réunions, il n'y a rien qui ne se passe, je ne fais plus rien. C'est-à-dire que mes partenaires, c'est trois réunions au maximum. Au bout de la deuxième, il faut qu'il y ait une action concrète derrière. Grâce à eux, j'ai ça. Mais c'est surtout que c'était sans fin. L'élue de l'époque nous dit : "La ville ne va pas porter le projet, mais vous n'avez qu'à vous mettre en association et puis on vous accompagnera, on vous aidera." On s'est dit que la ville a les centres [municipaux] de santé, les éducateurs sportifs, les maisons de retraite, nous donnons l'idée et eux déroulent. Non, même aujourd'hui, ils n'ont pas trop déroulé. »

Pour la municipalité, à l'époque, le sport-santé est quelque chose de nouveau et peut-être les élus n'en saisissent-ils pas tous les enjeux, ce qui est, à première vue, surprenant pour une municipalité pourtant plus active que d'autres en matière de santé publique. Une telle résistance à la prise en charge

municipale du sport-santé montre : d'une part, les restrictions budgétaires des collectivités territoriales ; d'autre part, la prédominance d'une conception médicale de la santé publique, ou tout au moins d'une conception de la santé publique comme relevant de la juridiction médicale. Ses interlocuteurs ne reconnaissent pas de légitimité particulière à Moussa en matière de sport-santé. La démarche de Moussa a été perçue par les acteurs municipaux qu'il a pu rencontrer comme une action relevant du champ sportif, tout du moins était-il ramené à son statut d'éducateur sportif et donc à de l'entraînement sportif et non pas à une démarche préventive en matière de santé. On l'encourageait même à adhérer à une fédération sportive. Or, Moussa possède une licence STAPS, il est entraîneur de basket et a même continué à se former de manière autodidacte en « pass[ant] des nuits blanches à regarder sur PubMed¹⁶ ce qui se faisait, comment faire un cycle d'activités physiques ».

En tant qu'ancien sportif de haut niveau et dirigeant fédéral, Ludovic possède un vaste réseau sportif qui lui a servi de base dans la construction du sport-santé au niveau local.

« C'est vrai que mon réseau sport m'a aidé. Le réseau médical m'a aidé fortement parce que j'ai eu la chance d'avoir un ami qui était concerné et qui m'a accompagné dans ce dispositif. Effectivement, il m'a fallu un an entre la première réunion et la première séance en salle, pour construire tout ça. »

La genèse et le développement du sport-santé est aussi à un processus à lire comme une reconfiguration de l'action publique locale. Le développement du sport-santé, par la dissémination des MSS ainsi que l'importance des réseaux autour des questions de sport-santé, témoigne du fait que l'espace local est perçu par différents acteurs comme l'échelle pertinente d'action publique. Dans le cas de la ville pionnière de Strasbourg, Christelle Marsault (2017, p. 40) montre que « le développement du sport-santé permet ainsi au service des sports de la ville (puis de l'Eurométropole) de redéfinir ses missions vers un objectif plus noble, la santé plutôt que l'animation de quartiers ». Créés dans les années 2000 et préfigurant cette transformation de l'action publique territorialisée, les ateliers santé ville (ASV) sont des instruments de la politique de la ville mis à la disposition des professionnels des secteurs sanitaires, sociaux, éducatifs, des habitants et des élus pour impulser et faciliter la mise en place d'actions de prévention et de promotion de la santé dans les quartiers prioritaires (Basson, Honta, 2018). Ces ateliers préfigurent une territorialisation de l'action publique en matière de réduction des inégalités sociales de santé. Le travail en réseau des MSS poursuit cette logique et s'inscrit également dans une territorialisation et une collaboration avec d'autres structures.

Comme la plupart des MSS enquêtées, la MSS de Sarvilliers est ainsi organisée en réseau :

« La maison sport-santé, même s'il est porté juridiquement par le club du sport de Sarvilliers, il est constitué du comité départemental des Clubs omnisports, du club omnisports de Sarvilliers, de la Ligue contre le cancer et des deux CPTS [communautés territoriales professionnelles de santé]. Donc on a un cercle vertueux entre le médecin, l'association de patients, les patients, les acteurs de terrain, les clubs et en termes de réalisation, du pratico-pratique, mais en termes aussi de promotion du dispositif lié au comité départemental qui va faire de la promotion sur toutes ces communes et en termes de déploiement de ce dispositif sur le territoire des vingt-sept communes. La légitimité de la Ligue contre le cancer, elle est contre le cancer. Elle a certainement plus de légitimité que je n'en ai moi-même, petit club de banlieue, sur ce dispositif, mais on a une telle structuration maintenant que je pense qu'on commence à être écouté. » (Robert.)

¹⁶ PubMed est une base de données bibliographiques en sciences biomédicales, elle est gratuite et donne accès à la base de données bibliographique MEDLINE, rassemblant des citations et des résumés d'articles.

Des inégalités liées à l'ancrage territorial

Toutes les MSS n'étant pas nécessairement situées en QPV, certaines se retrouvent dépourvues, pour partie, d'un public cible important du point de vue des attentes ministérielles et de leur cahier des charges. La ville de Darly comporte bien des quartiers dont les habitants sont défavorisés, mais qui ne sont pas catégorisés comme QPV. Elle ne peut toutefois pas, de fait, les constituer d'elle-même en QPV et faire valoir cet « aller vers » des publics officiellement reconnus comme ayant prioritairement besoin d'actions ciblées.

« Nous nous retrouvons dans des situations assez uniques en termes de territoire donc c'est passionnant professionnellement. Par contre, ça peut être parfois assez compliqué. Tout simplement, ça peut être éligible aux dossiers de subventionnement, comme beaucoup de dispositifs qui sont dans un principe d'aide à la ruralité ou aux quartiers prioritaires, mais, aujourd'hui, Darly n'a pas de quartiers prioritaires, bien qu'il existe des quartiers qui mériteraient d'être aidés et le contrat de ruralité est en train d'être révisé. Aujourd'hui, nous sommes sur un ancien contrat et nous avons du mal à rentrer dans les clous ce qui fait que, tout simplement, on se retrouve sur un territoire qui est hors éligibilité, avec une péréquation budgétaire très complexe. Vous vous retrouvez avec un grand territoire, avec un bassin de population très élevé, avec une forte demande si on reste sur le sport-santé et l'APA et avec des ressources qui sont bien limitées. Cela fait partie de ce paradoxe passionnant, mais pas simple à piloter. » (Thierry.)

La MSS enquêtée de Vantois, située en QPV, s'inscrit particulièrement bien dans cette transformation des politiques publiques. Avant de devenir MSS, l'association faisait de l'éducation par le sport depuis 2010, « en bas des immeubles, hors les murs » (Anis). Puis, l'association a également mis en place des programmes d'insertion par le sport. Ensuite, en ciblant plus particulièrement les femmes en tant que « premier acteur éducatif », celles qui sont venues pratiquer les activités physiques et sportives avaient majoritairement des problèmes de santé (diabète, cancer du sein, sclérose en plaques, problèmes de dos, etc.). La thématique de la santé s'est en quelque sorte imposée à eux. Les responsables de l'association ont pris conscience que l'offre de restauration locale était dominée par la forte présence de *fast food*, de l'état de santé de ces femmes et par ricochet de l'importance de la santé pour leur territoire. Les responsables de l'association se disent qu'il faut mettre en place une éducation à la nutrition et à la santé par le sport pour la population locale. Ils ont par conséquent décidé de recruter des éducateurs sportifs en activités physiques et sportives adaptées, et de faire passer des certifications sport-santé aux éducateurs sportifs titulaires d'un brevet professionnel de la jeunesse, de l'éducation populaire et du sport (BPJEPS) afin qu'ils soient en mesure d'accompagner ces publics. C'est ainsi que naît, en 2017, l'idée de faire explicitement du sport-santé, puis de devenir officiellement une MSS lors de la première campagne de labellisation. C'est donc l'ancrage territorial et la connaissance fine des quartiers et des habitants de la commune, révélant de fortes inégalités face à la santé et à l'activité physique, qui ont largement contribué à orienter les responsables de l'association vers le sport-santé.

Pour les MSS isolées, qu'elles soient en zone rurale ou urbaine, l'importance, voire la nécessité, de fonctionner en réseau prend tout son sens, car seules, elles sont dans l'incapacité de couvrir leur territoire, à faible densité, en matière d'accès aux activités physiques et sportives adaptées.

« On attend, on espère la labellisation prochaine de la maison sport-santé que souhaiterait porter Les Mureaux. Et puis comme ça, on pourra travailler un petit peu plus en relation parce que les maisons sport-santé, il faut que ce soit un réseau au final. Ce n'est que comme ça que ça va fonctionner. C'est par réseau. Travailler tout seul... Nous, on a un bassin de population à quasiment 50 000 habitants. Là, je ne parle que de Boulliers. Si on parle du bassin, c'est quasiment 200 000 habitants. Boulliers, etc., il y a énormément

de petites villes autour de Boulliers, qui sont finalement raccordées à la maison sport-santé par rapport aux problèmes de santé particuliers qu'il pourrait y avoir sur notre territoire. Mais forcément, on doit avoir 150 places ouvertes. Quand on parle de plus de 200 000 personnes, il faut forcément avoir des réseaux à droite et à gauche pour que la maison sport-santé puisse proposer - pas à tout le monde, parce que ça ne se fera jamais à tout le monde - quelque chose de pertinent au maximum de bénéficiaires. Au niveau de la maison sport-santé du grand Boulliers, on travaille sur plusieurs axes. Forcément, la sensibilisation, la recherche des partenariats, les rencontres comme aujourd'hui avec toi. Et j'ai rencontré aussi il y a deux semaines une association qui s'appelle Voisin Malin, qui fait du porte-à-porte. Voilà, des rencontres diverses et variées pour pouvoir voir comment on peut avancer sur les soucis que l'on peut rencontrer au niveau de la santé sur le bassin de population que nous avons et pouvoir les raccorder finalement à une activité physique qui soit adaptée. C'est ça le plus difficile, parce que ce sont des populations qui sont très marginalisées, éloignées de la pratique d'activité physique. » (Alexis)

De cette configuration géographique de zone urbaine marginalisée découle l'orientation principale de la MSS de Boulliers, très proche encore d'une approche « sport pour tous » très développée dans les communes où réside une grande part de populations défavorisées.

« Nous, justement, on essaie de faire la découverte la plus large possible des activités physiques, encore une fois à un public qui parfois se dit : "Tiens, ce sport-là ou cette activité physique là n'est pas faite pour moi." Eh bien non, nous, on va te montrer que finalement, toutes les activités physiques sont faites pour tout le monde. Il suffit juste d'adapter la pratique. C'est cela qu'on fait principalement, de la sensibilisation, de la recherche de partenariats et de l'animation principalement sur notre secteur sport-santé, qui est constitué en majorité de personnes qui sont en situation d'obésité. Nous, on va travailler sur de la sensibilisation à grande échelle, vraiment très générale. » (Alexis.)

Plusieurs MSS enquêtées du même département ont décidé, d'un commun accord, de constituer un réseau local, qu'elles ont nommé « le comité », qui se réunit tous les mois, et dont l'objectif général est d'échanger afin de mieux se répartir le territoire et ainsi mieux couvrir le département, plus particulièrement les zones rurales, en activités physiques et sportives adaptées. Leur volonté de se réunir en comité est informée par la connaissance des inégalités territoriales du département en matière de santé et d'accès aux activités physiques et sportives et animée par l'envie de réduire celles-ci.

« Notre projet était vraiment départemental, nous nous étions réparti le territoire à trois personnes, en pensant que nous étions une seule maison sport-santé. Ce comité est justement là pour dire que nous sommes huit dans le département, il va falloir le diviser et que nous devenons spécialistes. Nous sommes tous sur Fontalois, nous ne pouvons pas tous nous occuper de Fontalois et de l'agglomération. Nous avons donc décidé de nous répartir les choses pour pouvoir être un peu spécialistes du territoire, et dire que nous sommes allés rencontrer les clubs, qu'ils connaissent l'intérêt de la maison sport-santé. N'importe quelle maison sport-santé peut naturellement être contactée, mais nous avons au moins une partie du département dont nous savons tout. C'est ce que nous essayons de mettre en place. "J'ai un patient qui vient de là-bas, je suis perdue parce que ce n'est pas mon quartier." Même si nous avons des prestations là-bas, ce n'est pas la question. La question est de savoir si nous connaissons le territoire. Nous allons renvoyer vers telle maison, en disant qu'ils ont toutes les réponses sur ce territoire. » (Noémie.)

L'étude montre, selon l'ancrage territorial des MSS, des disparités dans les moyens dont elles disposent, des manières de s'approprier la question du sport-santé et de la mettre en œuvre face au manque de financement pérenne et aux inégalités. Les MSS maillent le territoire, peuvent mutualiser leurs actions à l'échelle départementale, mais peuvent également entrer dans des logiques concurrentielles.

4. Comment les acteurs des maisons sport-santé s'approprient-ils le sport-santé ?

Les MSS sont des dispositifs qui incarnent la redéfinition de l'action publique en matière de sport et de santé, permettant aux acteurs de terrain, localement, d'appréhender les grands enjeux du sport-santé tels que définis « par le haut » – par les ministères des sports et de la santé – et déployés « par le bas » (Haschar-Noé, Basson, 2019). Ce chapitre relève d'une sociologie de la réception de l'action publique (Revillard, 2017) qui consiste à analyser, à partir des expériences concrètes des coordinateurs de MSS, les manières dont ceux-ci s'approprient et mettent en œuvre la politique publique de sport-santé. La labellisation instituée par le ministère de sports et le ministère de la santé impose un cadre au sein duquel les coordinateurs des MSS s'approprient l'objet sport-santé et mettent en œuvre des actions adaptées aux configurations locales. Bien qu'ils ne soient pas directement les cibles de cette politique, les coordinateurs de MSS intègrent eux aussi cette catégorie récente à leur répertoire d'action et sont chargés de la mettre en œuvre. Celles et ceux que nous avons rencontrés ont à cœur de développer le sport-santé à leur échelle et à prendre en compte, autant que faire se peut, les inégalités sociales de santé et d'accès à l'activité physique et sportive.

Des acteurs sportifs déjà convaincus, qui ont des attentes fortes à l'égard de l'État

Les coordinateurs des MSS rencontrés n'ont pas découvert le sport-santé avec la mise à l'agenda récente de cette thématique. La plupart des enquêtés estiment même être investis dans le sport-santé avant même que l'on nomme ainsi un champ d'activités qui allie activité physique et sportive et santé. Ludovic (50 ans), coordinateur de la MSS de Rosières, commune de 21 000 habitants, et ancien membre de la Fédération française de handisport, affirme qu'il fait le lien entre activités physiques et sportives et amélioration de la santé depuis plusieurs décennies.

« Quand j'étais à la fédé, pour moi, c'était obligatoire qu'il y ait un secteur, un dispositif, sport-santé. J'insiste, et le docteur fédéral avec qui j'ai travaillé pendant des années me disait : "Lud, on fait du sport-santé depuis quarante ans dans la fédération française handisport ! – Oui, c'est vrai, tu as raison." » (Ludovic.)

Pour certains enquêtés, principalement ceux qui sont investis dans l'activité physique et sportive à des fins de santé avant même la création du label MSS, la création des MSS et leur publicisation par les ministères de tutelle relèvent, pour partie, d'un effet d'annonce. Ils sont satisfaits, sur le principe, que l'État se saisisse de cette question, mais pensent que cela arrive trop tard et peut-être trop superficiellement. Dans les premiers mois qui ont suivi le lancement des MSS en 2019, les coordinateurs enquêtés étaient un peu dans le flou quant aux orientations précises et concrètes des MSS et disent avoir eu du mal à bien saisir où le ministère des sports souhaitait vraiment aller, car les informations nécessaires ne leur parvenaient pas forcément. Ils souhaitent dorénavant qu'il y ait davantage de cohérence et de cohésion dans les messages et les orientations du ministère.

« Il s'agit vraiment de notre volonté dès le départ, qui était de créer une fédération de structures qui permette à ces structures de travailler ensemble. Parce que finalement, le problème était le suivant. Je ne veux pas mobiliser la parole, mais le problème est partout pareil. C'est pour cela que des villes telles que Rouen ont décidé de faire du sport sur ordonnance. Parce que les médecins et les professionnels de santé se reconnaissent dans les publications, et savent très bien que l'activité physique est nécessaire pour à la fois prévenir, guérir, et que la sédentarité est souvent la cause d'une bonne partie des pathologies chroniques de leurs patients. Donc, ils ont une nécessité de les envoyer faire de l'activité physique. Le problème, c'est qu'ils ne savent pas du tout comment s'y prendre. Donc, la loi qu'a instaurée Valérie Fourneyron en 2016 les a incités à le faire, mais ne leur a pas donné de méthode. C'est-à-dire qu'il faut qu'ils se débrouillent avec tout un ensemble, parce qu'il faut parler à la fois du décret qui est paru après, et surtout d'un texte complémentaire d'une trentaine de pages qui est extrêmement complet et qui décrit pour telle pathologie telle limitation et pour tel type de personnes. Alors ça, c'est trop compliqué pour un médecin de terrain qui a trop de choses à faire dans son quotidien. C'est compliqué, c'est chronophage, donc il ne peut pas le savoir. Donc, du coup, pour que ce sport-santé, qui est nécessaire, puisse fonctionner, il faut trouver des systèmes simplificateurs. » (Emeric.)

Les acteurs issus du monde du sport sont donc convaincus de l'intérêt de développer le sport-santé et les activités des MSS, d'autant plus qu'ils étaient déjà investis dans la mise en œuvre d'activités physiques et sportives à des fins de santé. Cependant, le fait qu'ils soient tous convaincus de l'intérêt de développer le sport-santé ne veut pas nécessairement dire qu'ils s'en approprient les enjeux de manière strictement équivalente.

Des appropriations du sport-santé différenciées

Les enquêtés, enseignants APA comme médecins, ont de fortes attentes sur l'engagement et le soutien ministériel dans la mise en place et le développement du sport-santé. L'appropriation des enjeux de sport-santé se fait de manières diverses, selon les trajectoires des uns et des autres. Revenir brièvement sur les étapes marquantes de la création d'une MSS à travers la trajectoire de son président est éclairant. Pour ce faire, nous reviendrons sur l'entretien mené avec Moussa dont la MSS a été créée en 2019 dans une ville de 112 000 habitants (les ouvriers et les employés y représentent plus de 50 % de la population active).

La création de la MSS dont Moussa est le président n'est, en réalité, que la suite de la construction d'un travail collectif autour des questions d'activité physique et de santé, avant même la création du label MSS. Éducateur sportif de formation, licencié en STAPS, Moussa a aussi été éducateur spécialisé dans un foyer de l'aide sociale à l'enfance (ASE). C'est lorsqu'il était entraîneur de basket qu'il s'est rendu compte que ses équipes ne progressaient plus tout en ayant de bons résultats. Confronté à des équipes d'autres départements et régions, il observe que leurs joueurs sont peut-être moins physiques, moins rapides, mais plus techniques, plus précis. Les joueuses de ses équipes féminines finissent systématiquement les saisons blessées. Il en conclut que leur préparation physique pêche et qu'il y a un travail plus méthodique et scientifique à mettre en œuvre. Il en parle à son médecin, Gabrielle, qui est médecin du sport dans le centre médico-sportif municipal. Moussa et Gabrielle s'accordent sur les modalités d'une réponse qu'ils pourraient, tous les deux, apporter à ce problème récurrent et mettent ainsi en place un protocole de suivi des joueuses au cours duquel elles voient le médecin une première fois, puis une autre à six mois d'intervalle. Le médecin fait un bilan personnalisé et leur dit ce qu'elles peuvent faire physiquement ou pas. Elles font ensuite un retour à Moussa. C'est une sorte de certificat médical d'(in)aptitude partielle à la pratique physique et sportive avant l'heure (El Boujjoufi, 2015) :

« Ça a changé des comportements chez les filles : elles s'alimentaient mieux, elles dormaient mieux, elles consultaient plus. Elles ne consultaient pas simplement quand elles étaient blessées. [...] Elles avaient une meilleure hygiène de vie, le fait d'avoir déclenché ça. J'ai eu zéro blessée, et on est montés au niveau régional. C'était le meilleur résultat. » (Moussa.)

Au vu de ces résultats prometteurs, Gabrielle souhaite mettre en œuvre quelque chose de similaire avec ses patients de quartier populaire, ne parlant pas français, et qui avaient des problèmes de santé, tels que du diabète, et qui étaient par ailleurs dépourvus d'accès à un club sportif. C'est comme ça que naît l'idée de créer une association qui va devenir plus tard une MSS : croiser le savoir-faire médical de Gabrielle et le savoir-faire éducatif et sportif de Moussa.

« C'est là qu'on a commencé à avoir un lien de travail un peu plus serré, avec le fait de se dire que, finalement, la médecine du sport peut aider, y compris dans la prévention, pas juste pour réparer la traumatologie et les blessures. Il y a une possibilité. Je pense que ça lui [Moussa] a ouvert les yeux sur un pan de la médecine qu'il pouvait utiliser et qu'il ne savait pas pouvoir utiliser. Et moi, ça m'a ouvert les yeux sur des capacités des éducateurs sportifs, monde qui est très peu connu du monde médical et scientifique. » (Gabrielle.)

En pratique, Gabrielle et un collègue médecin, Sylvain, ont éprouvé la difficulté qu'il y a à essayer de convaincre des patients de se mettre à l'activité physique à des fins de santé. Ils ont bien compris que les discours ne suffisent pas. C'est comme cela qu'est née l'idée créer un dispositif concret qui viserait à inciter les individus à pratiquer une activité physique adaptée. Sylvain était membre du club d'athlétisme, où il a rencontré Moussa. Il lui a proposé de rejoindre l'association qui s'occupait des diabétiques de type 2 dans le département. Afin d'aider les diabétiques à mieux maîtriser leur maladie, le premier des traitements étant l'activité physique, l'association voulait mettre en place de l'activité physique adaptée. C'est lorsque Moussa se retrouve à travailler en centre de santé, où il met en place de la marche nordique dès 2009 que se cristallise l'idée de créer une MSS. Sylvain est déjà en lien avec l'association de prévention du diabète.

Moussa, Gabrielle et Sylvain témoignent de diverses pratiques et approches ressemblant de très près à ce qui désormais labellisé sport-santé était déjà en place, avant même la création du label MSS. Par exemple, Moussa, lorsqu'il organisait des marches nordiques avant la création de la MSS, faisait ce qu'il est désormais convenu d'appeler de l'éducation thérapeutique et ce qui est explicitement attendu des MSS. Moussa, Gabrielle et Sylvain proposent leur projet à l'élue aux sports de la commune qui refuse de le soutenir et leur suggère de monter une association pour porter ce projet. Ce qu'ils finiront par faire, même si ce refus les a énormément déçus comme l'explique Gabrielle :

« Ça aurait été de proposer du sport-santé pour les patients des médecins de la ville, dans les installations de la ville, encadrées par des ETAPS [éducateur territorial des activités physiques et sportives], les éducateurs de la ville, formés au sport-santé par le médecin du sport (moi), employé par la ville. C'est-à-dire qu'on avait tout sous la main pour faire un super truc, certes qui aurait été municipal. Mais notre idée de base était celle-là, qui me paraissait très simple, puisque tout le monde était là, tout était en place. En plus, nous voulions faire un cycle de douze semaines, ce qu'on avait appelé plus tard un « programme passerelle », parce que notre but était de sortir de l'inactivité nos patients, puis de les faire irriguer le tissu associatif sportif. Mon idée était aussi de former des associations de la ville. Je pensais en premier au club omnisports. Le club comptait je ne sais plus combien de centaines d'adhérents, de créneaux d'activité. C'était le gros truc de la ville. Je me suis dit : "Ça va être génial, je vais leur proposer ça pour augmenter leurs effectifs. C'est-à-dire que non seulement ils auront leurs sportifs, mais en plus, ils vont avoir des gens qui ne faisaient jamais de sport." On était complètement utopistes à l'époque. On était complètement sur notre nuage. »

Les liens entre sport et santé n'ont donc rien d'évident y compris dans une politique municipale. Par ailleurs, les récits précédents montrent les résistances, à défaut de réticences, du côté des personnes concernées, soulignant combien ces liens sont socialement différenciés à l'image de la réception du sport-santé par les publics. Pour tenter de réduire cette distance des publics au sport-santé, les MSS font de l'éducation à la santé. Celle-ci a une visée participative et émancipatrice. Plusieurs coordinateurs qui travaillent beaucoup avec les usagers de QPV, comme Anis et Alexis, rapportent que les classes populaires sont moins enclines à accueillir des discours abstraits les encourageant à se mettre à l'activité physique à des fins de santé. Ce rapport pratique au monde social des groupes populaires est bien établi par les travaux sociologiques. Alexis, animateur en éducation thérapeutique des patients dans la MSS de Boulliers située en QPV insiste d'ailleurs sur l'importance de faire pratiquer du sport plutôt que de chercher à convaincre. Il pointe combien les patients semblent peu sensibles à l'éducation thérapeutique lorsque celle-ci est trop théorique :

« C'est notre rôle et nous, on le fait passer – quand je te dis qu'on se fait taper un peu sur les doigts – principalement par l'animation. Parce que pour nous, avec le public qu'on accueille ici, l'animation sera toujours plus parlante que de se mettre autour d'une table et de dire "le sport, c'est bon pour la santé", de montrer des diapos... Mais je l'ai déjà fait. En plus, j'anime de l'ETP, c'est l'éducation thérapeutique du patient. Je le fais toutes les semaines, ça. Bah, ce n'est pas aussi concluant. Par contre, tu leur donnes une barre, tu leur donnes un ballon, tu les fais bouger. Là, c'est concluant. Là, tu le sais, là, tu comprends. Et pour une pérennisation à moyen ou long terme, je trouve que ce côté animation, que nous on privilégie, au côté sensibilisation théorique, ça aura plus d'impact. »

On le voit dans les propos d'Alexis, la manière dont le sport-santé va être mis en œuvre dans les MSS dépend pour partie de la conception du sport-santé des coordinateurs et également de leur degré de réflexivité sur le contexte dans lequel ils sont amenés à travailler.

S'ils ont ressenti de la confusion dans la période qui a suivi le lancement des MSS en 2019, les coordinateurs sont convaincus de l'intérêt et de l'importance de mettre en œuvre et de développer le sport-santé à travers les MSS. Selon les difficultés et la typologie des populations des territoires dans lesquels les MSS sont implantées, les coordinateurs s'approprient et déploient les activités de sport-santé de manière différenciée, plus attentive aux inégalités lorsqu'ils travaillent avec des usagers de QPV ou ceux éloignés des centres urbains.

5. Représentations et catégorisation des publics des maisons sport-santé par les coordinateurs

Il est assez difficile de recenser précisément le nombre d'usagers des MSS, et ce pour plusieurs raisons. Les activités de sport-santé dans les MSS sont prioritairement organisées sous forme de « programme passerelle » étalé sur 12 séances. Au-delà de ces 12 séances, ces usagers sortent du programme et sont incités à aller s'inscrire dans une association sportive de leur commune. D'autres usagers fréquentent la MSS à l'année. Il est donc difficile, à l'échelle d'une MSS, de comptabiliser ces deux groupes en tant qu'usagers sans clairement les distinguer. Dans le cas des MSS qui sont affiliées à une fédération sportive, les usagers sont inscrits sur une licence fédérale, qui peut éventuellement porter la mention « sport-santé », mais pas de manière systématique.

Ce que l'on cherche à montrer dans cette partie, c'est la manière dont les coordinateurs de MSS perçoivent les publics qu'ils reçoivent, orientent et mettent en action et en mouvement.

En France, comme dans le reste de pays européens, il existe de fortes inégalités sociales de santé et d'accès aux activités sportives ainsi qu'une capacité différentielle de prise en charge de soi, de son état physique et de sa santé selon le groupe social d'appartenance, le lieu de résidence, le genre et le groupe ethno-racial (Drees, 2022 ; Gleizes, Pénicaud, 2017 ; Hamel, Moisy, 2015 ; Muller, Van de Walle, 2014).

La prévalence de certaines pathologies (asthme, maladies cardio-vasculaires, obésité) est plus élevée pour les populations les plus vulnérables résidant dans les territoires défavorisés (quartiers populaires urbains et petites villes rurales isolées) et ne pratiquant aucune activité physique. Comparés à leurs voisins européens, les Français ne font pas assez de sport (INSERM ; 2008 ; Eurobaromètre, 2022 ; BVA/Irmes, 2014). Les plus âgés, les moins diplômés, ceux aux bas revenus déclarent moins souvent une pratique sportive (Müller J., 2022). Malgré les injonctions nationales à l'exercice physique, de fortes disparités demeurent en ce qui concerne le taux de pratique d'activité physique régulière.

Dans le même temps, on constate que les messages et les campagnes de santé publique sont diversement reçus et tendent à stigmatiser les conduites des classes populaires (Peretti-Watel, Constance, 2009 ; Régnier, Masullo, 2009) Les inégalités sociales de santé sont également nombreuses. Par exemple, la fréquence de l'obésité est inversement proportionnelle aux revenus : 22 % des personnes obèses vivent avec moins de 900 euros par mois (INSERM, 2012 ; Matta *et al.*, 2016). Il existe donc une corrélation entre plusieurs pathologies et les conditions sociales d'existence des populations. De plus, on observe un effet cumulatif de déterminants sociaux et économiques défavorables à l'accès aux pratiques physiques, qui se combinent, se modifient et interagissent dans les trajectoires des individus. Ainsi, la prévalence de certaines pathologies (asthme, maladies cardio-vasculaires, obésité par exemple) est plus élevée parmi les populations précaires les plus vulnérables résidant dans les territoires défavorisés et ne pratiquant aucune activité physique. Les styles d'alimentation (préférences, goûts, pratiques alimentaires) et le niveau d'activité physique varient selon l'appartenance sociale et le rapport au corps. L'habitat et les conditions de logement impactent également la santé des habitants : on note une surreprésentation de la prévalence de l'obésité chez les ouvriers et les habitants de quartiers populaires ou de zones rurales défavorisées, accentuée chez les femmes. Les inégalités sociales de santé opèrent aussi à bas bruit jusqu'à tuer de manière différenciée. Une étude montre une surmortalité

chez les hommes descendants d'immigrés nord-africains (Guillot *et al.*, 2019). C'est aussi dans ce contexte que doivent se comprendre les activités des MSS.

Des inégalités sociales de santé et d'accès aux activités physiques et sportives

L'enquête montre qu'il y a un enjeu autour des manières de nommer les publics des MSS. Ce processus de catégorisation des publics de l'action publique renvoie aux manières dont les coordinateurs conçoivent le sport-santé et les activités des MSS et, au statut de la MSS, entreprise ou association. Les MSS de type entreprise ont tendance à les nommer « clients », et les MSS de type association les appellent plutôt des « adhérents », voire des « pratiquants ». Par exemple, Nihal, coordinateur d'une MSS rattachée à un comité départemental olympique et sportif, les nomme les « "patients pratiquants" parce que ce sont des patients pour les médecins et des pratiquants pour [lui] ». Les catégories qui ont cours au sein de l'espace du sport-santé ne sont pas encore stabilisées et continuent à être l'enjeu de négociations et de rapports de force.

En outre, le message de promotion de la santé par les activités physiques cible des populations spécifiques : les familles des classes moyennes réceptives à ces normes d'alimentation, de pratique physique et d'apparence corporelle. Le filtrage est dès lors issu d'un double processus, souvent inconscient, de productions orientées des organismes de promotion de la santé (les instituts nationaux, les mutuelles et même paradoxalement les industries agroalimentaires...) et de réceptions sélectives des publics. Malgré les inégalités évoquées plus haut, les membres des classes populaires ne sont pas non plus totalement étrangers aux savoirs médicaux (Schwartz, 2011) et sont socialisés par leur médecin aux normes sanitaires dominantes, notamment celles relatives au rapport au corps, au poids et à l'alimentation (Arborio, Lechien, 2019 ; Lhuissier, Régnier, 2005 ; Martin-Criado, 2015 ; Moreno Pestaña, 2015) et incités à intérioriser les risques qu'ils encourent s'ils ne respectent pas ces normes tout comme les bonnes conduites à adopter pour éviter ces risques et la « norme de prévoyance » (Comby, Grossetête, 2012).

Une majorité de coordinateurs de MSS ont dit être attentifs à ces formes d'inégalités et vouloir lutter contre elles. Ceux qui travaillent directement auprès des publics les plus précaires ou de milieux populaires, dont les MSS sont implantées dans les QPV ont d'autant plus conscience de ces inégalités qu'ils y sont très concrètement confrontés. C'est le cas de Robert qui constate ces inégalités chez les enfants et les jeunes de sa commune et s'appuie sur les données statistiques de la ville pour appuyer son propos.

« Les statistiques sont alarmantes. Les performances sportives entre guillemets, les performances physiques de nos jeunes, de nos bambins, sont en chute énorme. Je suis plus sensible à ça, quand je vais dans une école, je ne vois que les petits gros. Il y en avait un par classe dans le temps. Maintenant, regardez... Ce n'est pas la majorité, je ne dis pas ça, mais on se rend bien compte qu'il y a une... Et donc, bien évidemment, le surpoids génère une exclusion. Parce qu'avec le surpoids, le même ne va pas aller sur le stade, parce qu'il va se faire vanner par ses potes. Ils vont le foutre dans les buts parce que le petit gros va dans les buts, il ne court pas, il va dans les buts. C'est toujours comme ça, l'exclusion. [...] on sait que nous [...] dans les prochaines années, on aura 50 % des habitants qui auront ou qui développeront une pathologie grave ou une maladie chronique. 50 % dans les quartiers politiques de la ville. C'est énorme. Et ça, c'est bien lié à un facteur aussi économique puisque les quartiers politiques de la ville. » (Robert.)

À cela s'ajoute le fait que l'accès à des soins spécialisés reste, pour les habitants de quartiers populaires, particulièrement compliqués. Ce qui rend le travail de socialisation au sport-santé et d'éducation thérapeutique des MSS d'autant plus complexe. En effet, il est *a priori* plus difficile de convaincre des bienfaits du sport-santé des individus qui rencontrent, par ailleurs, tout un ensemble de difficultés sociales et économiques. Alexis et son équipe veillent à ne pas (sur)médicaliser les APS à des fins de santé, en prévention primaire, afin de ne pas faire fuir les habitants des quartiers populaires de la commune.

« On a un public super spécifique. Boulliers, je t'ai dit, c'est 50 000 habitants, c'est 25 000 habitants qui habitent déjà dans un quartier populaire, même dans un quartier prioritaire. Donc le QPV, eux, la santé, ça passe ici [au-dessus de la tête]. [...] On fait une grosse journée sur la santé, sur la sensibilisation par rapport à l'alcool au volant, sur les MST, sur le diabète. On fait ça en plein milieu du QPV, on a 100 personnes qui viennent. Ça fait pitié, quoi. Mais parce que les personnes, ici, ne veulent pas entendre parler de ça. Et puis la santé, tu sais, nous, on a un public, culturellement qui met finalement la mauvaise santé et le mauvais état de santé sur la même ligne que la mort. Eux, ils préfèrent le déni. "Je n'en parle pas, je continue à avancer et je verrai bien ce qui me tombera sur le coin de la figure." [...] Et au final, ce public-là, aujourd'hui, on l'accueille parce que l'activité physique, c'est ludique. Alors, oui, une diététicienne va dire : "Il faut que tu fasses ça et ça, il faut que tu manges en pleine conscience." Je ne dénigre pas le métier, mais c'est peut-être plus compliqué pour eux, surtout qu'il y a aussi la barrière de la langue, que de leur dire "Tiens, vas-y, viens, on va aller faire un foot." Tu vois, tu prends un ballon, tu dis : "On va faire un jeu." Tu n'es même pas obligé de comprendre la langue pour pouvoir comprendre la personne. Et finalement, tu prends soin de toi, tu prends soin de ta santé en passant par une activité pour laquelle tu te dirais : "Ben non, je ne pensais pas que ça aurait cet impact-là." »

Les inégalités sociales qui frappent les habitants des quartiers populaires de Boulliers ont des effets sur leurs préférences en matière d'APA, les publics souhaitant davantage pratiquer des activités qui leur coûteraient trop cher ailleurs, à l'image de l'aquagym en piscine, ce qui pousse les MSS à essayer d'adapter leur offre d'APA comme le précise Alexis :

« Leur demande, c'est qu'ils veulent faire de l'activité en piscine, parce que la piscine, c'est cher et ils ont raison. La piscine, c'est super cher. Tu en as pour 400 balles l'année si tu veux faire tes deux créneaux d'aquagym par semaine. Le public que nous avons ici ne peut pas se permettre de dépenser 400 euros. [...] Un créneau piscine d'une heure, je crois que c'est 70 euros. Tu les divises par 15, ce n'est pas cher. Tu es à 5 euros par personne et finalement, sur quarante séances, tu arrives à 200 euros et à 400 euros. Sachant que nous, après, on a des subventions, on peut faire encore baisser le tarif. Mais c'est un truc sur lequel il faut que je travaille, mais ça va être dur. La piscine, ce sont des acteurs privés. En plus, nous, ici, ce n'est pas géré par la mairie, ce ne sont pas des piscines municipales. Ce sont des piscines privées. On en a deux, à M. et à Boulliers. »

L'accès à une meilleure santé et les problèmes de santé constituent à la fois une incitation à la pratique sportive et un frein à celle-ci : la santé, le bien-être restant la première motivation des Français pour pratiquer du sport, *a fortiori* dans un contexte postcrise sanitaire (Müller, 2022). Mais d'après les coordinateurs rencontrés, une fois passé la porte de la MSS, ce qu'apprécient particulièrement les publics, ce sont les interactions, le lien social autour des activités physiques et le sentiment d'être bien encadrés et d'être en sécurité. Les MSS sont incitées à favoriser une démarche participative qui met les publics en situation d'acteurs de leur santé. Toutes les MSS enquêtées ont déclaré que le recrutement de leurs adhérents se faisait d'abord par le bouche-à-oreille, et ensuite sur la prescription du sport sur ordonnance par le médecin traitant, ce qui souligne l'importance de l'informel et de l'interactionnel, mais aussi de leur place spécifique dans l'offre de soin et de sports hors club.

C'est précisément parce qu'ils ont conscience de ces inégalités et qu'ils y sont directement confrontés que les coordinateurs ont à cœur de développer le sport-santé, particulièrement dans les territoires liés à la géographie prioritaire (QPV et ZRR).

Les publics ont des rapports différenciés à l'activité physique et sportive et à la santé. Les coordinateurs des MSS ambitionnent donc de veiller à adapter leur offre d'APS à des fins de santé aux publics qu'ils touchent.

Accueillir tout le monde ou segmenter les publics par pathologie : un défi pour les MSS

Les coordinateurs des MSS ne cherchent pas tant à cibler les différentes pathologies (maladies cardiovasculaires, diabète, cancer, etc.) qu'à viser la santé et le bien-être global des publics locaux en les rendant plus actifs. Certaines MSS de l'enquête ont toutefois créé des programmes spécifiques ciblant une pathologie particulière, parfois à la demande de l'ARS. C'est le cas de la MSS d'A. et de sa coordinatrice. Alors qu'elle était encore enseignante APA à la Mutualité française, et pas encore coordinatrice de la MSS qui n'existait pas, Doriane se voit demander par l'ARS de se focaliser sur le cancer du sein, le plus fréquent et le plus mortel dans la région. Il s'agit d'accompagner les femmes concernées afin qu'elles puissent rester actives avant la chirurgie, pendant le traitement et après le traitement. Cette expérimentation, financée par un fonds de dotation mutualiste pour une durée de trois ans, a été lancée en partenariat avec un hôpital, puis a été poursuivie dans deux établissements de deux autres communes.

Une MSS de Fontalois a créé un programme de prise en charge spécifique pour les femmes atteintes d'endométriose, en collaboration avec un gynécologue du CHU de la ville spécialisé sur cette question, un acupuncteur et un ostéopathe qui s'occupent de femmes atteintes d'endométriose, des associations de patientes et Endofrance, l'association française de lutte contre l'endométriose. Pour Caroline, la coordinatrice, c'est important d'entrer aussi par la santé, l'endométriose est selon elle insuffisamment reconnue et prise en charge, peu diagnostiquée ou très tardivement, parce qu'elle concerne des femmes – comme la fibromyalgie qui concerne les femmes à plus de 80%. L'endométriose n'étant pas inscrite sur la liste des ALD, elle ne permet pas un remboursement des soins et des traitements. Sans espérer apporter de « recette miracle » pour lutter contre cette pathologie particulièrement douloureuse, Caroline a voulu, par ce programme spécifique, apporter une forme de soutien et d'aide à des femmes atteintes d'endométriose. Par ailleurs, en ciblant spécifiquement cette pathologie qui concerne majoritairement de jeunes femmes jusqu'à 35 ans, la MSS vise un public plus jeune que son public habituel composé de seniors.

« On n'a pas de baguette magique, on sait très bien que ce n'est pas en faisant une heure de sport par semaine, en tout cas dans le cas de l'endométriose, qu'elles n'auront plus jamais mal. Non. Par contre, on sait que la sédentarité, l'inactivité physique, peut créer d'autres douleurs petit à petit, de déconditionnement, etc. Au niveau moral, c'est encore pire quand on est isolé, etc. [...] Cela ne se voit pas quand on a de l'endométriose. [...] L'idée, c'était de pouvoir rassembler ces personnes afin qu'elles puissent piocher dans les différentes interventions que l'on va leur proposer, en se disant : "Là, j'ai vu tel professionnel, il m'a proposé de faire cela et je me souviens que cela m'avait soulagée. Au moment où j'aurai ma crise, je vais essayer de faire cela et peut-être que cela va me soulager." »

Lorsque les MSS étaient déjà investies dans le sport-santé avant l'obtention du label MSS et qu'elles s'ancrent dans un territoire où la prise en charge des publics est diversifiée, notamment en termes d'âge

ou de pathologie, et couvre bien le territoire, celles-ci ont tendance à ne pas développer de programmes qui ciblent un public spécifique. Par exemple, la MSS Comité régional olympique et sportif n'a pas pour cible les jeunes, car, localement, le réseau RéPPOP (Réseau de prévention et prise en charge de l'obésité pédiatrique), qui est un « réseau d'appui aux professionnels, de la prévention à la prise en charge du surpoids de l'enfant et de l'adolescent », s'en occupe. Les MSS et les différentes structures des réseaux locaux qui travaillent sur les questions de santé et de sport-santé se positionnent les unes par rapport aux autres, avec la volonté de mailler au mieux le territoire, bien que des effets de concurrence puissent prendre place. De plus, la MSS et le RéPPOP travaillent ensemble sur ces questions et voient leurs actions comme complémentaires.

Les MSS victimes de leur succès auprès des publics

Ces éléments invitent à s'interroger sur le recrutement des publics des MSS dans la mesure où, 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. Le bouche-à-oreille fonctionne très bien pour le recrutement des publics des MSS d'après les coordinateurs rencontrés. Les séniors, par exemple, sont des personnes qui s'informent et qui ont été, pour certaines, réceptives à la publicisation des bienfaits du sport-santé.

« C'est un type de population – plus sur la part des retraités malades chroniques – qui se renseigne beaucoup aussi sur Internet, les réseaux sur ce qui peut marcher pour eux. Comme en ce moment on parle partout de l'activité physique pour les maladies chroniques, ils en ont vent comme ça et en parlent à leur médecin. »
(Natacha.)

Outre l'interconnaissance ou le bouche-à-oreille, les MSS publicisent leur structure et leurs activités selon différentes modalités :

- participation à des événements locaux principalement autour du sport (du type forum des associations) ;
- envoi de courriers avec des *flyers*, voire des supports de prescription de sport sur ordonnance, principalement aux médecins locaux et aux pharmaciens ;
- publication d'une lettre d'information annuelle.

Ces démarches d'« aller vers » les publics éloignés de l'activité physique et sportive sont, de l'avis des coordinateurs, inégalement efficaces, la distribution de *flyers* étant la moins efficace, particulièrement auprès des médecins.

Une fois inscrites, les personnes ont du mal à quitter le dispositif, parce qu'elles ont trouvé au sein de la MSS un lieu de sociabilité plaisant. Les structures sont « victimes de leur succès » et si certains coordinateurs ou enseignants APA pensent que cette envie des usagers de ne plus aller pratiquer de l'APA dans une autre structure est une particularité de leur MSS, l'étude montre que cela se retrouve fréquemment. Plusieurs des coordinatrices des MSS réfléchissent à un parcours de sortie du dispositif ou en ont déjà établi un. L'idée étant que les MSS ne sont qu'une passerelle vers l'autonomie des publics en matière d'activités physiques et sportives, les MSS n'ont pas vocation à accueillir les publics sur du long terme, année après année, comme c'est le cas des associations sportives. C'est ce qu'explique par exemple Moussa à propos d'un indicateur de la réussite des missions de sa MSS :

« On a réussi, quand les personnes arrivent à la MSS, et qu'elles nous disent : "Qu'est-ce qu'il se passe après les douze semaines ?" Quand on a cette phrase-là, ça veut dire qu'on a déjà réussi. [...] Après, à nous de bien encadrer les séances, de les orienter derrière. Mais en tout cas, c'est déjà gagné. Justement, le travail d'après aussi est important ».

Ce succès auprès des publics, peut s'expliquer par la proximité avec les encadrants, la manière dont ils prennent soin d'eux. Les enseignants APA des MSS développent des formes de *care*, des relations particulièrement enveloppantes et rassurantes pour les publics qui finissent par s'y habituer et y prendre goût.

« Le problème que nous rencontrons, c'est que le but du sport sur ordonnance ici soit vraiment que ce soit un tremplin pour aller vers l'autonomie. Et là, le revers de la médaille, si je puis dire, c'est que les personnes ici, sont habituées aux personnes qui les encadrent, elles viennent dans un lieu qu'ils connaissent, elles savent comment elles sont accueillies. [...] c'est un peu la problématique qu'on rencontre, c'est que les personnes qui ont fait le bilan final se disent : "On ne repartirait pas pour une session de dix séances ?" Leur dire non, on sait qu'ils vont arrêter la pratique, mais d'un autre côté, notre but initial, ce n'était pas ça. Le but initial, c'est d'essayer que ce soit une plaque tournante. Ça rentre, mais ça sort pour continuer une pratique derrière. [...] Et si on ne le fait pas pour eux, ils ne le feront pas. » (Caroline.)

Les coordinateurs et enseignants APA ont souvent déclaré qu'ils accueillent des publics très peu acculturés aux savoirs sportifs. Ainsi, l'un des enjeux de leur prise en charge dans les MSS consiste à construire avec eux une éducation aux savoirs sportifs et à la santé. Cette éducation thérapeutique est mise en place de manière diffuse, en actes, au moment où les personnes inscrites en MSS exécutent les exercices prescrits par les éducateurs sportifs. Cette modalité renforce le sentiment d'être particulièrement bien pris en charge.

S'adressant le plus souvent aux publics jeunes, les clubs sportifs prennent peu en charge les publics séniors, *a fortiori* en lien avec leur état de santé. L'objectif de cibler les personnes âgées et isolées socialement repose sur l'idée que cet isolement est un facteur favorisant la perte d'autonomie et accentuant les effets du vieillissement sur le plan de la santé à la fois physique et mentale, ce qui est source de souffrance et de mal-être pour les personnes concernées, voire assimilé à une « mort sociale »¹⁷. L'isolement relationnel est aggravé par le fait d'« avoir de faibles revenus, ne pas posséder de diplôme, habiter en cité, être originaire d'un pays étranger » (Pan Ké Shon, 2003). Les MSS de l'enquête accueillent et suivent des publics qui sont touchés par les affections de longue durée les plus répandues en France, qui ont, par conséquent, plus de chances d'être âgés : cancer, obésité, diabète, maladies cardio-vasculaires, arthrose, lombalgie, fibromyalgie, spondylarthrite ankylosante, sclérose en plaques, dépression. Les MSS accueillent aussi, à la marge, des personnes qui ont des maladies rares, type maladie orpheline. Les jeunes constituent une faible proportion des usagers des MSS de l'étude. Ils ne sont que quelques-uns à fréquenter ces MSS, pour autant, les jeunes sont un public qu'elles ambitionnent de toucher dans un futur proche.

« Pour ma part, je pense honnêtement que, là, il faut vraiment avancer, en tout cas pour les jeunes et les enfants qui ne sont pas pro compétition. En effet, aujourd'hui, l'éducation nationale prône la compétition par les notes, etc. Je pense que ce serait plutôt dans les écoles, dans les collèges, voire les lycées que, là, on pourrait avoir une plus-value et une action à mener, en tout cas pour les personnes qui sont un petit peu plus éloignées du sport, par exemple. Aujourd'hui, on accueille cinq adolescents de 16 à 18 ans. Ce sont des

¹⁷ Selon le baromètre solitude et isolement des personnes âgées, en France, en 2021, 530 000 personnes âgées de 60 ans et plus sont en situation de mort sociale, 2 millions d'ainés sont isolés des cercles familiaux et amicaux (Petits Frères des pauvres, 2021 « Baromètre solitude et isolement : quand on a plus de 60 ans en France »).

personnes qui ont clairement décroché de l'activité physique à l'école parce que cela ne leur convenait pas, par leur corps aussi. Ils ne se sentaient pas à l'aise dans leur corps. Ce sont des jeunes qui ont développé une obésité morbide à cause de ce décrochage. Aujourd'hui, ils sont complètement dans la perte de confiance, etc. Ce sont des jeunes qui renouent progressivement avec leur corps et qui apprécient beaucoup les séances d'activité physique, alors que, pourtant, on fait du renforcement musculaire et du cardio, ce qui n'est pas, à l'origine, très fun, on va dire. Ils réussissent à se raccrocher un petit peu à tout cela et à reprendre une hygiène de vie un peu plus correcte. » (Estelle.)

Afin de toucher les plus jeunes, certaines MSS tentent de mettre en place des dispositifs ou des activités qui ciblent les adolescents voire les enfants, à l'image de Gabrielle qui voit, dans le cadre de son activité professionnelle, de plus en plus de jeunes obèses.

« Pendant deux ans, je crois, on n'a fait que les adultes, en 2011, 2012, 2013. Rapidement, je leur ai dit : "Ce n'est pas possible. Les adultes, c'est super-bien, mais c'est tard. Que c'est tard !" Je continue de voir progresser l'obésité. Je les vois parce qu'ils viennent à la visite du sport et ne peuvent pas faire le sport qu'ils veulent parce qu'ils sont trop gros, ils ne peuvent pas faire de foot, on les met sur le côté. Tous les jours, j'entendais les enfants. Je les vois parce qu'ils sont blessés, y compris à l'école, les professeurs de sport n'étant pas formés pour encadrer des enfants obèses. Donc ils les cassent, pas tous, mais quand même, il y en a beaucoup. Soit ils les cassent, soit ils ne savent pas quoi leur faire faire, quand ils n'ont pas carrément un discours de ségrégation totalement dévalorisant. C'est juste inacceptable. »

Gabrielle s'est rendu compte que malgré les efforts des enfants en situation d'obésité, et même lorsqu'ils parvenaient à perdre du poids par l'action combinée d'une activité physique adaptée et d'un régime alimentaire adéquat conseillé par une diététicienne, ils reprenaient du poids pendant la période des vacances scolaires. Les jeunes finissaient par être découragés et par penser que tous ces efforts étaient vains. Gabrielle en a donc conclu que la MSS devait accueillir ces jeunes tout au long de l'année, vacances scolaires comprises, afin d'effectuer un véritable travail de fond et ne pas perdre tous les bénéfices des efforts consentis et du travail accompli. La MSS essaie de trouver des fonds pour poursuivre cet encadrement des jeunes pendant les vacances scolaires estivales. Cette prise en charge des jeunes se veut inclusive : les jeunes ne sont pas tous nécessairement obèses, et viennent souvent accompagnés de leurs frères et sœurs. Cela est aussi dû à l'environnement et au milieu social, défavorisé, des publics de la MSS.

En ciblant les enfants, l'équipe de la MSS en profite aussi pour tenter de faire participer les parents, car, selon Gabrielle, pour un enfant en surpoids, au moins un des deux parents l'est également. De plus, Gabrielle tente, avec l'équipe de la MSS, de lever les freins à la pratique d'une activité physique et sportive. Elle pense qu'il faut développer un dispositif que l'équipe a amorcé et qui consiste à faire venir les familles sur un même lieu de pratique et dans le même temps, mais sur des activités différentes, adaptées aux tranches d'âge. En simplifiant les conditions d'accès, en matière d'organisation concrète plus particulièrement, à l'activité physique et sportive pour toutes ces familles, l'équipe espère lever un frein important. Ce dispositif se veut également une réponse face aux inégalités de genre qui touche particulièrement les mères des familles qui ont une charge de travail domestique importante comme le décrit Gabrielle :

« Venez voir les salles de judo au Palais des sports, c'est impressionnant. Je travaille là. Le centre médico-sportif est en face des salles de judo, de l'autre côté de la boxe et à côté des salles de basket. Le judo, c'est impressionnant. Tous les jeunes sont là, les petits, et les mamans attendent sur leur téléphone portable, sans rien faire, dans leur voiture quand elles ont une voiture, avec les poussettes, avec les gosses dans les bras qui pleurent en attendant que le grand fasse sa séance. Et c'est ça tout le temps. Je vois des dizaines et des dizaines

de mamans. Il y a quelques papas, mais beaucoup de mamans, qui passent leurs mercredis, leurs samedis, leurs dimanches à emmener des enfants à droite, à gauche. Mais elles, rien du tout. Le papa est au foot. »

Une grande partie des MSS enquêtées développent des programmes qui ciblent un public particulier, davantage axé sur des problématiques sociales que médicales en tant que tel. La MSS de Vantais travaille avec une association qui vient en aide aux femmes ayant subi des violences conjugales en leur proposant des hébergements d'urgence. Il s'agit, par le sport, de travailler sur l'inclusion et la santé en particulier la santé mentale de ces femmes. Les activités physiques qui leur sont dédiées sont encadrées exclusivement par des professionnelles, car la plupart de ces femmes ne font plus confiance aux hommes ou ont peur d'eux. Ce n'est qu'après plusieurs séances que les activités peuvent être de nouveau encadrées par un homme.

D'autres spécificités distinguent les MSS entre elles, à l'image de celles qui sont implantées en zone rurale ou à proximité et se retrouvent confrontées à la question de l'isolement et de la distance pour les publics.

« On est dans des villages de montagne, par rapport à Paris, c'est minuscule, mais ce ne sont pas non plus des tout petits villages avec trois, quatre maisons. Ce sont des villes importantes, nous sommes sur La M., avec des communes autour qui ont un fonctionnement assez développé sur les politiques de la ville. [...] La problématique qu'on a sur ce territoire-là, ce qu'ils appellent la M., y a deux types de population, mais la majorité sur laquelle ce serait intéressant, c'est une population pauvre, c'est ce qu'on disait tout à l'heure, qui a travaillé dans les mines, et qui avait un petit peu l'habitude d'une prise en charge globale sans forcément mettre en plus sur sa santé. Ça se ressent un petit peu. Et puis, les transports. Il y en a qui sont dans les petits villages à côté, mais mine de rien, il y en a qui mettent vingt minutes pour venir aux séances. Sur des personnes âgées, il y en a qui ne peuvent pas se déplacer, donc forcément, quand ils ne peuvent pas se déplacer, ça bascule sur des cours individuels avec une tarification qui est plus élevée que sur du collectif, alors qu'ils auraient aimé faire du collectif. » (Axelle.)

Ces MSS, situées en zone rurale ou à proximité essaient « d'aller vers » ces publics éloignés de l'activité physique et qui résident dans des espaces où il y a peu d'éducateurs sportifs.

« On a essayé d'aller chercher ces éducateurs salariés, et il n'y en a pas beaucoup, pour justement impliquer une dynamique de sport-santé. Par exemple, on a une petite ville très rurale où il y a peu de salariés dans les associations. Les associations n'avaient donc pas forcément envie de se lancer là-dedans. On est donc allé voir la ville pour voir ce que l'on pourrait faire sur la formation de leurs STAPS, leurs éducateurs sportifs, pour éventuellement mettre en place un créneau spécifique. » (Nihal.)

D'autres configurations historiques posent les conditions d'une socialisation aux questions de santé favorable à la réception contemporaine des activités liées au sport-santé. C'est le cas de l'histoire d'un village décrit par Axelle :

« L'histoire de chaque village importe sur le comment les gens fonctionnent. Par exemple, sur cet autre village, c'est un village de résistants avec une communauté protestante qui s'est réfugiée là pour être épargnée, avec une grosse tendance à l'écologie, l'agriculture raisonnée, etc., et dans un esprit de pleine santé. Ce sont deux aspects historiques, maintenant plus écologiques, qui font que, même si c'est un tout petit village, les personnes viennent et sont assidues. Elles ont des connaissances, elles les emmènent dans le groupe. Chaque mini-territoire a un petit peu son histoire, et le fait de s'y implanter doit prendre en compte cette histoire-là. »

En outre, ce type de public qui réside dans des zones rurales semble particulièrement sensible à la question environnementale et, de proche en proche, sensible aux questions de santé. Axelle indique que les habitants de ce type de village, à fort capital culturel, qu'elle côtoie à la MSS sont plus sensibles à la question environnementale et d'autant plus réceptifs à la question du sport-santé.

« Je trouve que le lien, nous le voyons fortement. Vu que l'écologie a un aspect sauver la planète, mais il y a un aspect aussi santé. Dans tout ce qui est agriculture, c'est choisir ce qu'on met dans sa terre pour être en bonne santé. Donc je pense que ceux qui ont ce profil-là sont clairement dans l'activité physique adaptée, et ils sont adhérents à 100 % de ce qu'on peut proposer. Ceux qui sont, peut-être, plus dans l'écologie sauver la planète, entre guillemets, pour l'acte écologique, y sont peut-être moins sensibles. Déjà, je pense qu'ils ont une culture plus développée, ce qui leur permet d'entendre le message que c'est bénéfique pour la santé. Ils ont une adhésion qui est plus facile et réelle de l'activité physique, c'est sûr. »

Les coordinateurs rencontrés mettent d'autant plus de conviction à développer le sport-santé qu'ils font face aux inégalités sociales de santé et d'accès l'activité physique et sportive des publics qu'ils côtoient, en particulier ceux qui résident dans les QPV et les ZRR. Bien que certaines pathologies puissent faire l'objet d'un programme spécifique, les coordinateurs ont pour ambition de toucher le plus grand nombre d'usagers, au-delà même des pathologies qui pourraient affecter ceux-ci. Le travail des MSS mène à un effet paradoxal : les publics sont tellement satisfaits de l'offre APA dans les MSS qu'ils manifestent la volonté de continuer la pratique au sein de la MSS et non pas dans le cadre d'une association sportive, comme cela est normalement prévu *via* les programmes passerelles.

Conclusion

Cette enquête sur les MSS a pu donner à voir les modalités concrètes de la structuration d'un espace social émergent, enjeu d'action publique, à savoir le sport-santé, et les manières dont les acteurs centraux de ce nouvel espace social, les coordinateurs de MSS, se l'approprient et le mettent en œuvre au quotidien, au plus près des publics directement concernés.

L'invention du sport-santé permet à des acteurs qui appartiennent à deux univers distincts et qui n'ont traditionnellement pas pour habitude de travailler ensemble ou de manière rapprochée, de converger vers une cause commune, celle de la lutte contre la sédentarité, et de nouer des collaborations, variables selon les configurations locales. L'étude qualitative des MSS observe des coopérations entre professionnels du sport et professionnels de santé, ainsi que des appropriations différenciées du sport-santé, certaines très resserrées, dans une dynamique qui fait du sport-santé un champ d'intervention nouveau, et non pas une simple juxtaposition de deux domaines de compétence, et d'autres plus distantes. Elle montre également que, pour l'instant, les acteurs issus du champ sportif semblent s'être davantage emparés du sport-santé. Par leur cursus universitaire pluridisciplinaire, leurs savoirs et leurs compétences, les professionnels formés aux activités physiques et sportives adaptées et rencontrés dans le cadre de cette étude sont apparus comme des acteurs et interlocuteurs clés dans la mise en œuvre du sport-santé. Ils opèrent au plus près des publics et de l'inscription de l'APA dans le parcours de soins de ces derniers et au-delà, y compris pour ceux qui n'ont pas de pathologies particulières ou qui ne se sont pas nécessairement vu prescrire du sport sur ordonnance. Ces acteurs plus proches, voire issus, du champ sportif sont de fervents partisans d'une santé publique, alors que, paradoxalement, de nombreux acteurs du champ de la santé ont encore une conception de celle-ci majoritairement centrée sur le curatif. Ces acteurs du sport y trouvent un levier de professionnalisation, de légitimation et de valorisation. De même, plusieurs indices montrent que le ministère des sports a fini par porter le sport-santé, en dépit du fait que le sport-santé a été lancé à l'origine par une dynamique intersectorielle et promu à la fois par le ministère des sports et celui de la santé.

Le sport-santé constitue un nouvel espace social investi, d'une part, par le corps médical qui peut alors redéployer son pouvoir, et d'autre part, par les acteurs du sport qui y trouvent un objet de légitimation professionnelle et sociale. C'est donc comme la convergence d'intérêts propres au champ médical et au champ sportif que peut se comprendre la genèse du sport-santé, dont les MSS sont un dispositif emblématique. Mais c'est également comme étant le produit à la fois de formes de coopération, de rapports de force et de luttes, entre acteurs issus de groupes professionnels différents et pas toujours en phase, que s'appréhende la structuration du sport-santé.

On ne retiendra qu'un seul frein au développement des MSS, celui qui a été le plus évoqué par les enquêtés et qui semblait, de leur point de vue, le plus important, à savoir le manque de financements. Plus précisément, le financement des actions sport-santé, lorsque financement il y a, reposant sur des subventions et des appels à projets, n'est pas pérenne ; souvent annuel, il empêche les acteurs du champ de déployer leurs actions comme ils le souhaiteraient – et de les pérenniser. Les ressources financières provenant des cotisations des usagers sont peu élevées, surtout pour les MSS associatives, les cotisations étant variables d'une MSS à l'autre. Du côté des publics, l'absence de prise en charge systématique par l'Assurance maladie et les mutuelles, mis à part des initiatives éparées, constitue un autre frein, d'ordre économique. Les enquêtés espèrent une meilleure prise en charge, massive et

systématisée, des coûts liés à l'entrée des usagers dans une démarche de sport-santé, en particulier ceux les plus éloignés de l'activité physique et sportive, et les plus « vulnérables ».

Plus largement, la création et le développement des MSS s'inscrivent dans une transformation sociale et culturelle opérée par l'invention du sport-santé et son avènement, amorcé dans les années 1990 avec les « réseaux de santé¹⁸ » (Bercot, Coninck, 2006) : celle-ci consiste à placer l'individu au centre d'un réseau d'acteurs, de structures publiques et privées, et d'organisations sportives et sanitaires, qui le prend en charge tout en visant à le responsabiliser, voire le culpabiliser, sur le soin qu'il porte à sa propre santé, en particulier par la médiation de « l'éducation thérapeutique du patient » (Schlegel, 2022), en veillant à éliminer les comportements quotidiens dits à risque et à favoriser ceux qui sont censés améliorer l'état de santé et le bien-être.

Au vu de la création récente du dispositif des MSS, les conclusions regroupées ici ont un caractère nécessairement provisoire. Il serait intéressant, d'une part, de prolonger l'enquête dans la durée, sous la forme par exemple d'un observatoire du sport-santé ; d'autre part, d'articuler ces premiers résultats à une analyse qualitative de la réception du sport-santé par les publics des MSS.

¹⁸ « Constitués en majorité sous forme d'association loi 1901, les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Inscrits dans la loi depuis 2002, les réseaux constituent également l'un des principaux dispositifs de coordination des acteurs (sanitaire, médico-social et social) intervenant sur le parcours des patients. » (Ministère de la santé.)

Bibliographie

- Arborio A.-M., Lechien M.-H., 2019, « La bonne volonté sanitaire des classes populaires. Les ménages employés et ouvriers stables face aux médecins et aux normes de santé », *Sociologie*, n°1, vol. 10, p. 91-110.
- Basson J.-C., Honta M., 2018, « Se bien conduire dans une ville saine. La fabrication politique du gouvernement urbain de la santé de Toulouse », *Terrains & travaux*, n° 32, p. 129-153.
- Bayle E., Durand C., 2004, « Vingt ans de relations entre le mouvement sportif et l'État : d'une collaboration ambivalente vers une régulation managériale ? », *Politiques et management public*, n° 2, vol. 22, p. 113-134.
- Bercot R., de Coninck, F., 2006, *Les réseaux de santé, une nouvelle médecine ?*, Paris, L'Harmattan, coll. « Logiques sociales ».
- 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*, n° 3, vol. 3, p. 7-31.
- Bezes P., 2009, *Réinventer l'État. Les réformes de l'administration française (1962-2008)*, Paris, PUF.
- Bezes P., Musselin C., 2015, « Chapitre 5 / Le new public management. Entre rationalisation et marchandisation ? », in Boussaguet L. (dir.), *Une French touch dans l'analyse des politiques publiques*, p. 125-152, Paris, Presses de Sciences Po.
- Boltanski L., 1971, « Les usages sociaux du corps », *Annales. Économies, sociétés, civilisations*, n° 1, vol. 26, p. 205-233.
- Boubal C. 2019. « L'art de ne pas gouverner les conduites. Étude de la conception des campagnes de prévention en nutrition », *Revue française de sociologie*, vol. 60, no. 3, p. 457-481.
- Brissonneau C., Aubel O., Ohl F., 2008, *L'épreuve du dopage. Sociologie du cyclisme professionnel*, Paris, PUF, coll. « Le lien social ».
- Brissonneau C., Le Noé O., 2006, « Construction d'un problème public autour du dopage et reconnaissance d'une spécialité médicale », *Sociologie du travail*, n°4, vol. 48, p. 487-508.
- Carof S., 2017, « Les représentations sociales du corps "gros" : un enjeu entre soignants et profanes », *Anthropologie & Santé* [en ligne], n°14.
- Cohen S., 1972, *Folk Devils and Moral Panics*, London, MacGibbon and Kee.
- Comby J.-B., Grossetête M., 2012, « "Se montrer prévoyant" : une norme sociale diversement appropriée », *Sociologie*, n° 3, vol. 3, p. 251-266.
- Cousteaux A.-S., 2011, « Le masculin et le féminin au prisme de la santé et de ses inégalités sociales », Thèse de doctorat en sociologie, Paris, IEP.
- Crespin, R., 2009, « 10. Quand l'instrument définit les problèmes. Le cas du dépistage des drogues dans l'emploi aux États-Unis », Claude Gilbert éd., *Comment se construisent les problèmes de santé publique*. La Découverte, p. 213-236.
- Croutte P., Müller J., 2021, *Baromètre national des pratiques sportives 2020*, avec le concours d'A. Baron et R. Brosseau, sous la direction de S. Hoiban (CREDOC), INJEP Notes & rapports/Rapport d'étude.

- Defrance J., 1995, « L'autonomisation du champ sportif. 1890-1970 », *Sociologie et société*, n°1, vol. 27, p. 15-31.
- Defrance J., 1998a, « La naissance de l'éducation physique : entre médecine et enseignement », *Société et représentations*, n°7, p. 449-463.
- Defrance J., 1998b, « Sport, santé et institution médicale », *Prévenir*, n°34, p. 85-91.
- Defrance J., El Boujjoufi T., Hoibian O. (dir.), 2021, *Le sport au secours de la santé. Politiques de santé publique et activité physique : une sociohistoire, 1885-2020*, Vulaines-sur-Seine, Éditions du Croquant.
- Defrance J., El Boujjoufi T., 2004, « Construction sociale d'une "compétence médico-sportive", entre holisme et spécialisation (années 1910-1950) », *Regards sociologiques*, n° 29, p. 75-93.
- Ding D., Lawson K. D., Kolbe-Alexander T. L., *et al.*, 2016, « The economic burden of physical inactivity: a global analysis of major non-communicable diseases », *Lancet*, n°388 (10051), p. 1311-1324.
- El Boujjoufi T., 2015, « Le pouvoir d'interdire. L'invention du certificat médical d'aptitude aux sports », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 209, p. 42-55.
- Epstein R., 2013, *La Rénovation urbaine. Démolition-reconstruction de l'État*, Paris, Presses de Sciences Po.
- Fassin, D., D. Memmi (dir.), 2004, *Le gouvernement des corps*, Paris, Éditions de l'EHESS.
- Fassin D., 1998, « Politique des corps et gouvernement des villes. La production locale de la santé publique », in *Les figures urbaines de la santé publique. Enquête sur des expériences locales*, Paris, La Découverte, p. 8-46.
- Favier-Ambrosini B., 2016, « Socio-histoire du lien entre activité physique et prévention de la santé de 1960 à 1980 », *Santé publique*, HS (S1), p. 13-24.
- Favier-Ambrosini B., Delalandre M., 2018, « Les réseaux sport Santé Bien-être : un gouvernement par le chiffre », *Terrains & travaux*, n° 32, p. 81-106.
- Fleuriel S., Sallé L., 2009, « Entre sport et médecine : de la formation à la pratique médicale », *Sciences sociales et santé*, n°1, vol. 27, p. 73-98.
- Fournier C., 2020, « Travailler en équipe en maison de santé : un questionnement éthique renouvelé », *La santé en action*, n°453, p. 35-38.
- Freidson E., 1984, *La profession médicale*, Paris, Payot.
- 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 ».
- Gasparini W., Vieille Marchiset G., 2008, *Le sport dans les quartiers. Pratiques sociales et politiques publiques*, Paris, PUF.
- Génolini J.-P., Clément J.-P., 2010, « Lutter contre la sédentarité : L'incorporation d'une nouvelle morale de l'effort », *Sciences sociales et sport*, n°3, p. 133-156.
- Gerin C., Guillemot P., Bayat M., *et al.*, 2015, « Enquête auprès des médecins généralistes sur leur expérience et leur avis en matière de prescription d'activité physique », *Science & Sports*, n° 30, p. 66-73.
- Gervais J., 2012, « Les sommets très privés de l'État. Le "Club des acteurs de la modernisation" et l'hybridation des élites », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 194, p. 4-21.

Gleizes F., Pénicaud É., 2017, « Pratiques physiques ou sportives des femmes et des hommes : des rapprochements mais aussi des différences qui persistent », *INSEE Première*, n°1675.

Guillot M., Khlal M., Wallace M., 2019, « Adult mortality among second-generation immigrants in France: Results from a nationally representative record linkage study », *Demographic Research*, Max Planck Institute for Demographic Research, 40 (Art. 54), p. 1603-1644.

Gusfield J. R., 1963, *Symbolic Crusade. Status Politics and the American Temperance Movement*, Urbana, University of Illinois Press.

Gusfield J. R., 1981, *The Culture of Public Problems: Drinking-Driving and the Symbolic Order*, Chicago, University of Chicago Press.

Hamel C., Loisy M., 2015, « Migration et conditions de vie : leur impact sur la santé », in Beauchemin C. et al. (dir.), *Trajectoires et origines. Enquête sur la diversité des populations en France*, Paris, INED éditions, p. 263-287.

Haschar-Noé N., Basson J.-C., 2019, « Innovations en santé, dispositifs expérimentaux et changement social : un renouvellement par le bas de l'action publique locale de santé. La Case de Santé de Toulouse (France) », *Innovations*, n° 60, p. 121-144.

Hassenteufel P., 2011, *Sociologie politique : l'action publique*, Paris, Armand Colin.

Hassenteufel P., 2019, « Les syndicats de médecins entre défense et dépassement de la médecine libérale », *Les Tribunes de la santé*, n° 1, vol. 59, p. 21-33.

Hénaff-Pineau C.-P., 2014, « Le médecin généraliste, promoteur d'activités physiques et sportives pour les personnes âgées ? », *Retraite et société*, n° 67, p. 131-155.

Henry E., 2005, « Militer pour le statu quo. Le Comité permanent amiante ou l'imposition réussie d'un consensus », *Politix*, vol. 70, no. 2, p. 29-50.

Hercberg, S., 2017, « Le programme national nutrition santé : succès et limites », *Après-demain*, vol. 42, nf, no. 2, p. 27-29.

Honta M., Illivi F., 2019, « Les associations sportives au service des politiques de santé publique : les ressorts d'un engagement par la libre conformation », *Corps*, vol. 17, n°1, p. 55-63.

Honta M., Illivi F., 2017, « L'accès de tous à la pratique sportive : l'État local en action », *Revue française d'administration publique*, n° 164, p. 873-886.

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*, n° 4, vol. 29, p. 33-62.

Illivi F., Honta M., 2020, *Bougez ! La fabrique locale de la lutte contre la sédentarité. Sociologie politique de l'État en action*, Paris, L'Harmattan.

Jacolin-Nackaerts M., 2018, « L'Activité physique adaptée pour les personnes obèses : une socialisation de transformation ? », *Sciences sociales et sport*, vol. 11, n°1, p. 99-132.

Jeanpierre L., Roueff O. (dir.), 2014, *La culture et ses intermédiaires. Dans les arts, le numérique et les industries créatives*, Paris, Éditions de archives contemporaines.

- Katzmarzyk P.T., Friedenreich C., Shiroma E. J. *et al.*, 2022, « Physical inactivity and non-communicable disease burden in low-income, middle-income and high-income countries », *British Journal of Sports Medicine*, n° 2, vol. 56, p. 101-106.
- Le Goff E., 2011, « Innovations politiques locales, régulation de l'État et disparités territoriales. Un regard historique sur les politiques locales de santé dans les villes françaises (1879-2010) », *Revue française des affaires sociales*, n° 4, p. 158-177.
- Lhuissier A., Régnier F., 2005, « Obésité et alimentation dans les catégories populaires : une approche du corps féminin », *INRA Sciences sociales*, n° 3-4.
- Lizé W., Naudier D., Roueff O., 2011, *Intermédiaires du travail artistique. À la frontière de l'art et du commerce*, Ministère de la Culture - DEPS.
- Mariette A., Pitti L., 2021, « Soigner les "précaires" en territoires populaires. La fabrique locale d'une politique de santé publique », *Gouvernement et action publique*, n° 4, vol. 10, p. 39-67.
- 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*, n° 10, p. 21-49.
- Marsault C., 2016, « Sport sur ordonnance, une mise à distance de la médecine : le dispositif strasbourgeois vu par ses éducateurs », *Santé publique*, n° 28, p. 163-167.
- Martin-Criado E., 2015, « L'ambivalence du contrôle du poids chez les mères de famille de classes populaires », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 208, p. 74-87.
- Matta J, Zins M, Feral-Pierssens A. L, Carette C, Ozguler A, Goldberg M. *et al.*, 2016, « Prévalence du surpoids, de l'obésité et des facteurs de risque cardio-métaboliques dans la cohorte Constances », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 35-36, p. 640-646.
- Merlaud F., Terral P., 2016, « Lutte contre l'obésité par l'activité physique et fondements du consensus fragile entre experts », *Santé publique*, HS, vol. 1, p. 33-40.
- Merlaud F., Terral P., Haschar-Noé N., 2012, « S'engager dans la lutte contre l'obésité et la sédentarité en France. La construction d'une expertise hybride et située par les réseaux associatifs de prévention et de soins », *Socio-logos* [en ligne], n° 7 (<http://journals.openedition.org/socio-logos/2691>).
- Morel S., 2014, *La médicalisation de l'échec scolaire*, Paris, La Dispute, coll. « L'enjeu scolaire ».
- Moreno Pestaña J. L., 2015, « Haro sur les gros », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 208, p. 4-13.
- Neveu E., 2015, *Sociologie politique des problèmes publics*. Paris, Armand Colin.
- Pan Ké Shon, J.-L., 2003, « Isolement relationnel et mal-être », *INSEE Première*, n° 93.
- Peretti-Watel P., Moatti J.-P., 2009, *Le principe de prévention. Le culte de la santé et ses dérives*, Paris, Le Seuil.
- Peretti-Watel P., Constance J., 2019, « Comment les fumeurs pauvres justifient-ils leur pratique et jugent-ils la prévention ? », *Déviance et société*, n° 2, p. 205-219.
- Perrier C., 2021, « Reconfiguration du mouvement sportif français face aux injonctions normatives du "sport santé". Le cas du « basket santé », *SociologieS* [en ligne], Dossier « L'activité physique comme objet de santé publique ».

- Perrin C., 2016, « Construction du territoire professionnel de l'enseignant en Activité physique adaptée dans le monde médical », *Santé publique*, HS (S1), p. 141-151.
- Perrin, C., 2021, « L'émergence de l'activité physique adaptée dans le parcours de soins des maladies chroniques : entre réadaptation et éducation salutogénique », *SociologieS* [en ligne], Dossier « L'activité physique comme objet de santé publique ».
- Perrier C., Perrin C., 2018, « Éduquer le patient ou transformer l'action publique ? Analyse socio-historique d'une association pour le développement de l'éducation thérapeutique du patient », *Sciences sociales et santé*, n° 2, vol. 36, p. 5-31.
- Pierru F., 2022, « 5. Le "système de santé" français ou la réforme par la crise », in Giraud O., Perrier G. (dir.), *Politiques sociales : l'état des savoirs*, Paris, La Découverte, p. 79-96.
- Poupeau F.-M., 2013, « L'émergence d'un État régional pilote. La recomposition des jeux administratifs autour du ministère de l'Écologie et du Développement durable dans une région française », *Gouvernement et action publique*, n° 2, vol. 2, p. 249-277.
- Radel A., Morales Y., 2013, « Une éducation sanitaire "par corps". Analyse de deux campagnes de lutte contre la sédentarité (1980 et 2001-2012) », *Carrefours de l'éducation*, n° 35, p. 217-234.
- Régnier F., Masullo A., 2009, « Obésité, goûts et consommation. Intégration des normes d'alimentation et appartenance sociale », *Revue française de sociologie*, n° 4, vol. 50, p. 747-773.
- Revillard A., 2017, « La réception des politiques du handicap : une approche par entretiens biographiques », *Revue française de sociologie*, n° 1, vol. 58, p. 71-95.
- Rolland C., Pierru F., 2013, « Les Agences Régionales de Santé deux ans après : une autonomie de façade », *Santé publique*, n° 4, vol. 25, p. 411-419.
- Sallé L., Honta M., Haschar-Noé N., 2021, « Les injonctions contradictoires à l'intersectorialité dans l'action publique sanitaire. L'exemple du *Programme national Nutrition Santé* », *Sciences sociales et santé*, n° 3, vol. 39, p. 79-105.
- Schlegel V., 2022, « Devenir éducateur, rester soignant ? Permanences et reconfigurations des frontières professionnelles au sein des programmes d'éducation thérapeutique et au-delà », in Denise T. et al., *Pratiques de coopération en santé. Regards sociologiques*, Paris, IRDES, p. 289-301.
- Schwartz O., 2011, « La pénétration de la "culture psychologique de masse" dans un groupe populaire : paroles de conducteurs de bus », *Sociologie*, n° 4, vol. 2, p. 345-361.
- Star S. L., Griesemer J. R., 1989, « Institutional ecology, translations' and boundary objects: Amateurs and professionals in Berkeley's Museum of Vertebrate Zoology, 1907-39 », *Social studies of science*, vol. 19, n° 3.
- Tissot S., 2007, *L'État et les quartiers. Genèse d'une catégorie de l'action publique*, Paris, Le Seuil.
- Van den Broucke S., 2017, « La littératie en santé : un concept critique pour la santé publique », *La santé en action*, n° 440, p. 11-13.
- Viaud, B., 2009, « Médecines du sport, sports de médecins : Quand les biographies sportives s'invitent dans le jeu des carrières professionnelles », *Sciences sociales et sport*, n° 2, p. 129-169.

Whitehead M. E., 2001, « The concept of physical literacy », *European Journal of Physical Education*, n° 2, p. 127-138.

Documents et rapports

Agence nationale de sécurité sanitaire (ANSES), 2021, Avis relatif à l'évaluation des risques liés aux niveaux d'activité physique et de sédentarité de la population des adultes de 18 à 65 ans, hors femmes enceintes et ménopausées (saisine 2017-SA-0064_b), Maisons-Alfort, ANSES.

Assurance maladie, 2020, « Effectif, prévalence et caractéristiques des bénéficiaires d'une ALD en 2019 ».

BVA, IRMES, 2014, « Le niveau d'activité physique et sportive et de sédentarité des Français », Enquête réalisée par BVA et l'IRMES (Institut de recherche biomédicale et d'épidémiologie du sport) pour Assureurs Prévention, mars 2014.

Batz de C., Faucon F., Voynet D., 2016, *Évaluation du programme national nutrition santé 2011-2015 et 2016 (PNNS 3) et du plan obésité 2010-2013*, Rapport IGAS n° 2016-020R.

Billot-Grasset A. et al., 2019, « Estimations régionales et départementales d'incidence et de mortalité par cancers en France, 2007-2016 – Bretagne », Rapport Santé publique France.

Candari C. J., Cylus J., Nolte E., 2017, « Assessing the economic costs of unhealthy diets and low physical activity: an evidence review and proposed framework », The European Observatory on Health Systems and Policies.

Cavill N., Kahlmeier S., Racioppi F., 2006, *Physical activity and health in Europe: evidence for action*. Copenhague Ø, World Health Organization.

DREES, 2022, « Les maladies chroniques touchent plus souvent les personnes modestes et réduisent davantage leur espérance de vie », *Études et Résultats*, n° 1243.

Dupays S., Kiour A., Bourdais F., Vincenzi de J-P., 2018, « Évaluation des actions menées en matière d'activité physique et sportive à des fins de santé », Rapport IGAS n° 2017-126R.

Eurobaromètre, 2022, « Sport et activité physique », *Eurobaromètre spécial 525*.

INJEP, 2020, *Les chiffres clés du sport 2020*, INJEP.

INSERM, 2012, *ObÉpi. Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité*, Paris, INSERM/Kantar Health/Roche.

INSERM, *Activité physique. Contextes et effets sur la santé*, Collection Expertise collective, Paris, Éditions INSERM, 2008.

Larras B., Praznocy C., (dir.), 2018, *État des lieux de l'activité physique et de la sédentarité en France - Édition 2018 - Personnes avançant en âge*, Clermont-Ferrand, Observatoire national de l'activité physique et de la sédentarité.

Masseglia D., Le Fur M.-A., 2020, « L'inactivité physique est une bombe à retardement », *Le Journal du Dimanche*, 4 octobre, n° 3847.

Ministère des Sports et des Jeux Olympiques et Paralympiques. 2023. « Evaluer les impacts socio-économiques du sport-santé en France ».

Müller J., 2022, Baromètre national des pratiques sportives 2018, Baromètre réalisé par le CREDOC sous la direction de Hoibian S. pour l'INJEP et le ministère des sports, INJEP Notes & rapports/Rapport d'étude.

Muller L., Van de Walle I. (dir.), 2014, *L'offre d'équipements sportifs et les freins à la pratique sportive dans les zones urbaines sensibles*, Étude réalisée pour le Ministère des droits des femmes, de la ville, de la jeunesse et des sports, CREDOC.

Organisation mondiale de la santé (OMS), 1986, « Promotion de la santé. Charte d'Ottawa », Organisation mondiale de la santé, 1986.

Organisation mondiale de la santé (OMS), 1997, *Obésité : prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale*, Rapport d'une consultation de l'OMS, Genève.

Praznocy C., Lambert C. Pascal C., 2017, *État des lieux de l'activité physique et de la sédentarité en France*, Clermont-Ferrand, ONAPS.

Thivel D. (coord.), 2020, *Activité physique, sédentarité et santé des enfants et adolescents. Nouvel état des lieux en France*, ONAPS.

Toussaint J.-F., 2008, *Retrouver sa liberté de mouvement. Plan national de prévention par l'activité physique ou sportive (PNAPS)*, Rapport de la commission prévention, sport et santé, réunie d'avril à octobre 2008.

Annexes

Annexe 1. Présentation générale des enquêtés

Nom	Âge	Diplôme	Activité principale
Axelle	32 ans	Master Activité physique adaptée et santé (APAS)	Enseignante en activité physique adaptée
Chloé	26 ans	Master Activité physique adaptée et santé (APAS)	Chargée de développement sport santé
Marie	29 ans	Master Activité physique adaptée et santé (APAS)	Coordinatrice maison sport-santé
Louise	29 ans	Master Activité physique adaptée et santé (APAS)	Chargée de développement sport santé
Caroline	28 ans	Master Activité physique adaptée et santé (APAS)	Directrice maison sport-santé, éducatrice sportive adaptée
Hélène	56 ans	Doctorat médecine générale, d'une capacité en médecine et biologie du sport, capacité de médecine d'urgence, capacité de médecine de catastrophe	Chargée de développement sport santé
Solenn	31 ans	Master STAPS Activité physique & santé (APAS)	Chargée de développement sport & santé
Gabrielle	52 ans	Doctorat en médecine générale et Capacité de Médecine et physiologie du sport	Médecin en centre de santé municipal, co-fondatrice de maison sport-santé
Agathe	29 ans	Doctorat en psychologie de la santé ; master Sciences, ingénierie et management du sport, option Activité physique adaptée sport santé	Coordinatrice de recherche et chargé de prévention
Cassandra	30 ans	Master STAPS Activité physique et santé (APAS)	Coordinatrice maison sport-santé, éducatrice physique
Estelle	26 ans	Master STAPS Activité physique & santé (APAS) parcours Sport santé éducation et réentrainement	Responsable MSS - Enseignante en activités physiques adaptées à la santé
Noémie	32 ans	Master STAPS Réhabilitation par les activités physiques adaptées	Enseignante en activité physique adaptée et gérante
Natacha	31 ans	Master Activités physiques adaptées et santé (APAS)	Chargée de mission sport-santé, enseignante APA
Doriane	32 ans	Licence STAPS Activité physique adaptée (APA)	Coordinatrice maison sport santé, enseignante APA

Nom	Âge	Diplôme	Activité principale
Cyril	45 ans	Maîtrise en histoire contemporaine	Responsable du Centre de ressources sport-santé
Brice	53 ans	Bac + 5 (école de commerce + mastère spécialisé)	Directeur général
Anis	40 ans	BTS commerce, BPJEPS boxe thaïe, qualification sport-santé du comité régional d'éducation pour la santé d'Île-de-France (CRESIF)	Coordinateur maison sport-santé ; conseiller médico-sportif et éducateur sportif
Florian	32 ans	Master Activités physiques adaptées et santé (APAS)	Référent maison sport-santé, enseignant APA
Romuald	28 ans	Master Conduite de projet en sport, santé et territoire	Chef de projet Réseau sport santé bien-être
Maud	56 ans	Doctorat en médecine générale	Médecin praticien hospitalier, médecine du sport
Emeric	61 ans	Doctorat en médecine	Président de l'Association Médecin du sport
Basile	34 ans	Master Activités physiques adaptées et santé (APAS)	Fondateur maison sport-santé, enseignant APA
Alexis	29 ans	Licence STAPS entraînement sportif ; DU sport-santé	Coordinateur maison sport-santé
Moussa	40 ans	Licence STAPS éducation et motricité	Fondateur, coordinateur et responsable des activités maison sport-santé
Robert	70 ans	Bac technologique	Agent de maîtrise en électroplastie, vice-président de club omnisports en charge du sport citoyen et du sport-santé
Nihal	29 ans	Master Management du sport	Chargé de développement MSS

Annexe 2. Présentation générale des maisons sport-santé (MSS) enquêtées

	Type de structure	Date de labellisation MSS	Nombre d'adhérents/usagers	% femmes	% hommes	Âge moyen des adhérents	Subventions (en €)	Équipe	Emplacement géographique des usagers et des publics cibles
Maison sport-santé de Boulliers	Club omnisports	2020	107	78,5	21,5	47	44 000	5	Urbain
MSS de Sarvilliers	Club omnisports	2020	73	80	20	60	44 300	3	Urbain
MSS de Firins	Club omnisports	2020	-	75	25	53	-	10	Urbain
MSS de Mavillois	Club omnisports	2020	124	66	34	62	85 000	5	Urbain
MSS de Noiville	Association	2019	186	63	37	57	55 000	8	Rural
MSS de Dantris	Association	2020	1700 (flux d'usagers)	70	30	60	-	4	Urbain
MSS SportVita	SARL	2019	55 adhérents /300 (flux d'usagers)	84	16	55	19 800	7	Urbain
MSS Santé Factory	SAS	2020	275	80	20	69	-	4	Urbain
MSS Darly	Municipal	2020	469	86,5	13,5		-	16	Urbain
MSS Vantois	Association	2020	105	92	8	-	-	-	Urbain
MSS de Carleville	Association	2019	394	77	23	-	198 100	6	Urbain
MSS Lilas	Association	2019	53	60	40	65	9 625	3	Périurbain

	Type de structure	Date de labellisation MSS	Nombre d'adhérents/usagers	% femmes	% hommes	Âge moyen des adhérents	Subventions (en €)	Équipe	Emplacement géographique des usagers et des publics cibles
MSS En action	Association	2020	55	55	45	60	19 800	4	Périurbain
MSS de Coulain	Société de personnes et organisme à but non lucratif	2019	99	76	23	66	29 743	5	Rural
MSS Centre de ressources sport santé Fontalois	Municipal	2019	128	68	32	65	-	4	Urbain
MSS de Quentris	Association	2019	-	-	-	-	-	3	Périurbain
MSS Centre Communal d'action sociale de Dartois	Municipal	2019	63	74	26	75	-	1	Rural
Maison Sport-Santé de Laurellois	Municipal	2019	-	-	-	-	-	3	Urbain
Maison intercommunale Sport-Santé Bottins	Association	2019	450	74	26	68	60 000	10	Rural
MSS d'Ermonsois	Association	2019	329	254	75	53	42 600	19	Urbain
MSS Réseau Sport Santé Bien-Être Mirranville	Regroupement de professionnels	2019	-	-	-	-	-	-	Urbain
MSS le cub'sport-santé	Société par actions simplifiées	2019	1 167	56	44	47	-	13	Urbain

	Type de structure	Date de labellisation MSS	Nombre d'adhérents/usagers	% femmes	% hommes	Âge moyen des adhérents	Subventions (en €)	Équipe	Emplacement géographique des usagers et des publics cibles
MSS Action santé	Entreprise économie sociale et solidaire	2020	403	75	25	57	23 000	6	Urbain
MSS Service Médecine du Sport Centre Hospitalier Intercommunal de Tassois/Glassart	Association	2019	150	72	28	51	70 000	9	Urbain
CREPS Aubiniais	Établissement public	2019	-	-	-	-	-	-	Urbain
Comité régional olympique et sportif	Association	2019	-	-	-	-	-	-	Urbain et péri-urbain
MSS de Clavins	Collectivité territoriale	2020	300	70	30	-	45 000	6	Rural
MSS Vitalsport	Association	2020	1 500	80	20	53	-	7	Urbain
MSS de Rosières	Municipal	2020	-	-	-	70	-	1	Rural

Annexe 3. Liste des affections de longue durée (ALD)

Sont répertoriées 30 affections. Cette liste est nommée **ALD 30**. Il s'agit des affections suivantes :

- Accident vasculaire cérébral invalidant
- Insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques
- Artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques
- Bilharziose compliquée
- Insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves
- Maladies chroniques actives du foie (hépatite B ou C) et cirrhoses
- Déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé, infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)
- Diabète de type 1 et diabète de type 2 de l'adulte ou de l'enfant
- Formes graves des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie), épilepsie grave
- Hémoglobinopathies, hémolyses, chroniques constitutionnelles et acquises sévères
- Hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves
- Maladie coronaire : infarctus du myocarde
- Insuffisance respiratoire chronique grave (exemple : asthme grave)
- Maladie d'Alzheimer et autres démences
- Maladie de Parkinson
- Maladies métaboliques héréditaires nécessitant un traitement prolongé spécialisé
- Mucoviscidose
- Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif (insuffisance rénale)
- Paraplégie
- Vascularites, lupus érythémateux systémique, sclérodermie systémique
- Polyarthrite rhumatoïde évolutive
- Affections psychiatriques de longue durée (exemples : dépression récurrente, troubles bipolaires)
- Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutive
- Sclérose en plaques
- Scoliose idiopathique structurale évolutive
- Spondylarthrite grave
- Suites de transplantation d'organe
- Tuberculose active, lèpre

- Tumeur maligne (cancer), affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique (exemple : lymphome)

À ces affections s'ajoutent celles dites « hors liste » (*ALD 31*, en référence à l'*ALD 30*). Elles ne figurent donc pas sur la liste des *ALD 30*.

Une *ALD 31* doit réunir cumulativement les deux conditions suivantes :

- Le malade est atteint soit d'une forme grave d'une maladie ou d'une forme évolutive ou invalidante d'une maladie grave, soit de plusieurs affections entraînant un état pathologique invalidant ;
- Un traitement d'une durée prévisible supérieure à 6 mois et particulièrement coûteux est nécessaire.

Exemples : maladie de Paget, ulcères chroniques ou récidivants avec retentissement fonctionnel sévère, endométriose.

MAISONS SPORT-SANTÉ : L'ÉMERGENCE ET LA STRUCTURATION D'UN NOUVEL INSTRUMENT D'ACTION PUBLIQUE

Les maisons sport-santé, nouveau dispositif acté par le ministère des sports et celui des solidarités et de la santé dans le cadre de la Stratégie nationale sport santé 2019-2024, ont pour ambition de lutter contre les inégalités de santé et d'accès au sport. Réparties à travers tout le territoire, ces maisons présentent l'originalité d'inciter à la collaboration des acteurs et professionnels du sport et de la santé qui travaillaient jusqu'ici peu ensemble et de mailler tout le territoire national, en portant une attention particulière aux territoires en géographie prioritaire où les difficultés sociales et sanitaires se cumulent : les quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV) et les zones de revitalisation rurales (ZRR).

Cette étude menée en 2021-2022 vise à comprendre la création et la structuration de ces maisons sport-santé en tant que nouvel instrument d'action publique. À cette fin, elle analyse les appropriations et les cadrages locaux de la politique publique de sport-santé en apportant des éléments de réponse à la question suivante : comment la question du sport-santé, dont s'est récemment emparée l'action publique, a-t-elle été appropriée et coordonnée sur le terrain à travers ces maisons sport-santé ; comment façonne-t-elle et différencie-t-elle localement le rapport à la santé et à l'activité physique et sportive ?

Pour répondre à ces questions, l'étude s'est intéressée aux opérateurs du sport-santé, les coordinateurs et chargés de développement des MSS, maillons essentiels de la chaîne d'intermédiation qui aboutit à la mise en œuvre du sport-santé et à son opérationnalisation. Ces acteurs participent activement à la (re)définition en acte de l'action publique – le sport-santé restant une catégorie floue qu'il leur faut sans cesse (re)définir – et à sa diffusion par « le bas », au plus près des populations, à travers le prisme des normes et le système de représentations de ces dernières. Dans cette perspective, cette étude porte sur le travail des acteurs du sport-santé, sur leurs actions sur le terrain, et la manière dont ils s'approprient ces enjeux, construisent des collaborations et organisent ce champ d'intervention professionnelle émergent au niveau local.