

## LE SPORT-SANTÉ, UN OBJET MÉDICAL, SOCIAL OU SPORTIF ? LE DISPOSITIF STRASBOURGEOIS « SPORT-SANTÉ SUR ORDONNANCE » COMME OBJET POLITIQUE TRANSVERSAL

Christelle Marsault

L'Harmattan | « Sciences sociales et sport »

2017/1 N° 10 | pages 21 à 49

ISSN 1967-7359

ISBN 9782343120683

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<https://www.cairn.info/revue-sciences-sociales-et-sport-2017-1-page-21.htm>  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour L'Harmattan.

© L'Harmattan. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

# Le sport-santé, un objet médical, social ou sportif ? Le dispositif strasbourgeois « sport-santé sur ordonnance » comme objet politique transversal

---

Christelle MARSULT\*

## Introduction

Inscrite au cœur des politiques de santé au titre de la prévention, l'activité physique intéresse les politiques sportives territoriales pour favoriser un meilleur accès de tous. Par sa prescription médicale dans la loi de santé en 2016<sup>1</sup>, elle intervient aujourd'hui directement dans les procédures thérapeutiques de certaines maladies chroniques<sup>2</sup>. L'activité physique devient un adjuvant médical dont l'intérêt est peu à peu démontré pour certaines d'entre elles<sup>3</sup>. Si les effets du sport sur la santé ont d'abord été évalués au regard des effets biologiques de la pratique phy-

---

\* MCU, ESPE, université de Strasbourg, équipe de recherche « Sport et sciences sociales » (EA 1342), 141 avenue de Colmar BP 40102 67024 Strasbourg. Après avoir étudié la relation emploi-formation en particulier autour de la construction des compétences professionnelles, Christelle Marsault s'intéresse aujourd'hui à la relation entre formation et culture professionnelle. À partir d'une sociologie compréhensive, elle étudie l'usage par les professionnels des notions, des pratiques et des cadres d'analyse qui circulent au sein des groupes professionnels, questionnant la place et le rôle des institutions de formation. Si la profession d'enseignant d'EPS reste au cœur de sa réflexion, ses travaux portent également sur la formation et l'exercice du métier des éducateurs sportifs fédéraux pour aborder aujourd'hui le domaine du sport-santé.

<sup>1</sup> Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

<sup>2</sup> Haute autorité de santé. 2011. *Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées*, rapport d'orientation, avril.

<sup>3</sup> Par exemple, MENDELSON Monique, MICHALLET Anne-Sophie, TONINI Julia, GUINOT Michel, BRICOUT Véronique, FLORE Patrice, 2012. « Activité physique dans la prise en charge de l'obésité : effets bénéfiques et modalités pratiques », *Obésité*, vol. 7, Issue 3, p. 160-168.

sique en général<sup>4</sup>, les travaux portent aujourd'hui sur certains dispositifs<sup>5</sup>, tel que celui du « sport-santé sur ordonnance<sup>6</sup> ». Toutefois, ces travaux ne précisent pas en quoi les bénéfices attendus du sport-santé se différencient de ceux attendus du sport en général, voire de l'activité physique<sup>7</sup>. Ces dispositifs intervenant sur les patients sont également interrogés d'un point de vue sociologique, révélant un mode d'éducation thérapeutique finalement peu utilisé<sup>8</sup> producteur d'un style de vie médicalisé<sup>9</sup>. Si ces travaux soulignent l'existence d'une diversité des manières de caractériser la pratique sportive, révélant un sport-santé peu univoque et dépendant des éducateurs qui en ont la charge<sup>10</sup>, ils n'interrogent pas la manière dont finalement s'instituent cette pratique et ses vertus. Assisté-on, avec le sport-santé, au point de départ d'un nouveau champ de pratiques ou n'est-ce qu'une recomposition locale de la pratique sportive adaptée à un public particulier ? Que produisent ces nouveaux dispositifs ? Et que nous révèlent-ils, en retour, de l'institution de l'action publique aujourd'hui ?

---

<sup>4</sup> PNNS. 2005. *Activité physique et santé. Arguments scientifiques, pistes pratiques*. Programme national nutrition santé, Paris, ministère de la Santé et de la Solidarité, Société française de nutrition, octobre.

<sup>5</sup> ATALLAH André, PINAY Martine, VIROLAN Kenny, BEDOUET Frédéric, GATIBELZA Sabrina. 2016. « Le P3S : parcours sportif de santé sécurisé mis en place en Guadeloupe, un outil pour lutter contre la sédentarité : un dispositif qui a fait sa preuve », *Annales de Cardiologie et d'Angéiologie*, vol. 65, n° 3, Elsevier Masson, p. 123-125.

<sup>6</sup> WEBER Amandine, HERZOG Florent, LECOQ Jehan, FELTZ Alexandre, PRADIGNAC Alain. 2014. « 'Sport-Santé sur ordonnance'. Évaluation du dispositif strasbourgeois », *Nutrition clinique et métabolisme*, vol. 28, p. 97-98.

<sup>7</sup> Le PNNS montre l'importance de l'activité physique qui « correspond à tous les mouvements de notre corps produits par la contraction des muscles, qui augmentent la dépense d'énergie. Elle comprend tous les mouvements de la vie quotidienne, ceux effectués lors du temps de travail comme lors des loisirs ».

<sup>8</sup> PERRIN Claire, CHAMEPLY Stéphane, CHANTELAT Pascal, SANDRIN-BERTHON Brigitte, MOLLET Étienne, TABARD Nicolas, TSCHUDNOWSKY Muriel. 2008. « Activité physique adaptée et éducation du patient dans les Réseaux Diabète français », *Santé publique*, vol. 20, p. 213-223.

<sup>9</sup> GENOLINI Jean-Paul, ROCA Roxane, ROLLAND Christine, MEMBRADO Monique. 2011. « 'L'éducation' du patient en médecine générale : une activité périphérique ou spécifique de la relation de soin ? », *Sciences sociales et santé*, vol. 29, n° 3, p. 81-122.

<sup>10</sup> MARSAULT Christelle. 2016. « Sport sur ordonnance, une mise à distance de la médecine : le dispositif strasbourgeois vu par ses éducateurs », *Santé publique*, vol 28/1. p. 81-85.

L'institution se définit selon Virginie Tournay comme le résultat d'un processus de stabilisation des pratiques et des normes<sup>11</sup>. Mais comment se stabilisent-elles dans le temps ? Dans la continuité des *policy transfer studies*, Tournay parle d'isomorphisme institutionnel pour décrire comment les nouvelles institutions reprennent les formes légitimes pour les adapter à de nouveaux enjeux. L'élaboration de l'action publique opérerait ainsi par emprunts, ce qui conduit certains auteurs à s'intéresser à la circulation de modèles<sup>12</sup>. Qu'est-ce qui est conservé du modèle importé ? Certaines modalités de pratique, une structuration organisationnelle, des façons particulières de concevoir l'action publique ? Et comment ce transfert de modèle opère-t-il ?

Pour Philippe Bernoux<sup>13</sup>, les organisations qui appartiennent au même champ de pratiques se rapprochent et imitent leur structure organisationnelle. Toutefois, pour Mary Douglas<sup>14</sup>, l'institution est un système de relations entre significations et usages qui permet aux individus de se reconnaître dans un espace donné. Ce n'est donc pas tant un système contraignant que la condition de possibilité de penser et d'agir. L'institution se présente comme une forme identifiable orientant les actions de l'individu. Pour autant, il s'agit de ne pas substantialiser l'espace, comme un ensemble circonscrit préexistant en dehors des individus. Ce sont les acteurs qui, en spécifiant leur espace d'action, en définissent également les contours. Pour Vincent Descombes<sup>15</sup>, les significations relèvent d'un passif intentionnel. En formant un espace commun de références, elles ont un poids réel. Ainsi, il existe un ensemble de significations communes (esprit objectif) qui conditionnent la possibilité des intentions individuelles (esprit subjectif) permettant le partage des opinions. Le monde institutionnel se présente comme un ensemble intriqué de faits mentaux et de structures sociales qui rendent difficile la séparation entre ce qui relève de l'individu et ce qui relève du contexte. Devenant un système partagé de contraintes et de représentations, l'institution produit un cadre cognitif donnant du sens aux événements et une orientation à l'action entreprise, dépassant l'idée de contraintes normatives. En offrant une interprétation possible aux

---

<sup>11</sup> TOURNAY Virginie. 2011. *Sociologie des institutions*, Paris, PUF, p. 31.

<sup>12</sup> DUMOULIN Laurence, SAURUGGER Sabine. 2010. « Les *policy transfer studies* : analyse critique et perspectives ». *Critique internationale*, vol. 48, n° 3, p. 9-24.

<sup>13</sup> BERNOUX Philippe. 1985. *La sociologie des organisations*, Paris, Seuil.

<sup>14</sup> DOUGLAS Mary. 2004. *Comment pensent les institutions*, Paris, La Découverte.

<sup>15</sup> DESCOMBES Vincent. 1996. *Les institutions du sens*, Paris, Minuit.

problèmes et aux solutions, elle contribue à reproduire les solutions passées de l'action collective<sup>16</sup>. Cependant, « la façon dont ces contraintes opèrent est rarement analysée empiriquement<sup>17</sup> ». Ainsi, l'analyse du processus d'institutionnalisation d'un dispositif particulier permet de cerner comment se stabilisent ses enjeux et ses contours, révélateurs indirects de la manière dont l'action publique opère comme cadre cognitif.

L'offre institutionnelle se construit entre les représentations sociales des opérateurs et le contexte sociopolitique dans lequel se déploie leur action. Si l'action publique est souvent présentée en séparant le niveau décisionnel de celui de la mise en œuvre, pour Tournay, il n'y a pas de séparation, mais un couplage continu permettant d'affiner les enjeux de l'institution en fonction du contexte local. Dans leurs interactions, les acteurs mobilisent des valeurs et des principes qui leur permettent d'agir et de justifier leur action selon des modalités comprises et acceptées collectivement. Ainsi, le contexte n'est pas une donnée externe aux individus, mais la « résultante de la sédimentation des innombrables décisions individuelles passées, créant la structure des coûts et la distribution des avantages qui constituent le cadre de décision présent<sup>18</sup> ».

Comme le souligne Cécile Blatrix, l'étude institutionnelle aborde peu « l'historicité des acteurs, des procédures et des processus analysés afin d'identifier les changements de politique publique, d'institution et de cadre cognitif ». Cet aspect est toutefois pris en considération par Pierre Bourdieu qui définit l'institutionnalisation comme un double processus opérant dans le temps, à travers une histoire faite corps et une histoire faite chose<sup>19</sup>. Le contexte se présente de façon incorporée par la sélection et la reconnaissance des individus les plus conformes à un espace qui s'objective autour de certaines représentations sociales partagées, leur offrant en retour une position légitime dans cet espace de production sociale<sup>20</sup>. L'approche bourdieusienne montre les mécanismes de reproduction et de fixation de l'institution. Elle explique toutefois l'évolution des institutions comme la conséquence d'un changement du rapport de force interne entre groupes sociaux, favorisé par un événement externe.

---

<sup>16</sup> KNIGHT Jack. 1993. *Institutions and Social Conflict*. St Louis, Washington University.

<sup>17</sup> BLATRIX Cécile. 2002. « Devoir débattre, les effets de l'institutionnalisation de la participation sur les formes de l'action collective », *Politix*, 57, vol. 15, p. 79-102.

<sup>18</sup> DOUGLAS M., *op. cit.*, p. 5.

<sup>19</sup> BOURDIEU Pierre. 1980. *Questions de sociologie*, Paris, Minuit.

<sup>20</sup> BOURDIEU Pierre. 2012. *Sur l'État. Cours au Collège de France 1989-1992*, Paris, Seuil.

L'arrivée d'un nouveau groupe social, d'une nouvelle technologie ou d'un changement politique vient bousculer les équilibres précédents. Le processus institutionnel est ainsi plus souvent étudié dans une logique verticale descendante, révélant les effets d'un changement de contexte sur les acteurs et plus particulièrement sur leur rapport de force dans la définition de la bonne pratique. Ainsi les analyses institutionnelles sont plus souvent réalisées par le haut. Elles soulignent un écart à une injonction politique ou encore étudient les freins ou les résistances de la part des acteurs.

L'analyse par le bas aborde le processus d'institutionnalisation comme une co-construction<sup>21</sup> entre les acteurs et le contexte. L'étude d'un dispositif en cours de création permet d'observer la manière singulière dont les acteurs clarifient peu à peu leurs orientations en fonction d'un contexte institutionnel qui donne sens. Celui-ci se construit, au niveau local, à partir d'un cadre interprétatif qui fonde en retour le sens de l'action publique. En effet, ce dispositif s'inscrit dans un ensemble de mesures politiques en faveur de la santé, mais aussi de l'intégration sociale par le sport. L'institution du sport-santé doit alors être comprise comme le résultat d'une pratique locale redéfinissant la pratique sportive à partir de trajectoires personnelles des acteurs du sport dans un contexte de recomposition des politiques locales. En effet, la forme de l'offre dépend des politiques qui conditionnent son instauration et qui constituent un contexte social et organisationnel dans lequel elle peut s'accomplir. Ainsi, l'isomorphisme institutionnel ne se présente pas seulement comme la transposition d'un champ de pratiques à un autre par transfert des acteurs, mais comme la modification de la pratique par de nouvelles fonctions émergentes liées à une redéfinition politique de l'objet sport dans une reconfiguration politique locale. En retour, il permet « d'étudier la contribution de l'action publique à la cristallisation de certaines formes sociales<sup>22</sup> ».

Nous étudierons le dispositif « sport-santé sur ordonnance » (SSSO) à partir de sa mise en œuvre en considérant l'éducateur comme un acteur

---

<sup>21</sup> Le dispositif « Sport-santé sur ordonnance » a été créé antérieurement à la loi de 2016 pour laquelle il a servi de modèle.

<sup>22</sup> DUBOIS Vincent. 2001. *Action publique et processus d'institutionnalisation : sociologie des politiques culturelle et linguistique et du traitement bureaucratique de la misère*. Sociologie. HDR, université Panthéon-Sorbonne, Paris I.

social-historique situé dans un contexte d'action donné<sup>23</sup>. Le contexte ne se présente pas seulement comme un système de contraintes. Il fournit des modèles, des arguments et des règles pour agir. Il se construit donc en même temps que l'action. L'analyse du dispositif ne conduit pas seulement à repérer son idée directrice<sup>24</sup> à partir de ses propriétés manifestes et déduites du contexte étudié<sup>25</sup>. Les intérêts du dispositif sont construits à partir des représentations et des pratiques proposées par les éducateurs qui traduisent les orientations initiales.

En effet, les différentes représentations sociales de l'offre de pratique s'expliquent d'abord par des dispositions incorporées au cours de la trajectoire personnelle et institutionnelle des éducateurs qui les a conduits à intervenir dans ce dispositif. La singularité du dispositif dépend de la construction locale au sein de laquelle se déploie l'activité à partir des acteurs mobilisés. Elle prend sens également dans le processus de labellisation qui légitime certaines activités au détriment d'autres. Le label sport-santé dote les acteurs d'une position différente au sein du dispositif. L'institution ne fait pas que reconnaître les différences entre sport et sport-santé, elle les fait exister<sup>26</sup> à partir d'un modèle politique particulier. Ce dernier résulte d'un compromis entre la recherche de solutions adaptées au public et une quête de légitimité autour de l'action publique légitime. Celle-ci tend à redéfinir le problème de santé en problème de santé publique, c'est-à-dire en problème dont la solution relève d'une action en santé publique. Le dispositif fixe petit à petit ses règles, ses pratiques et ses contours à partir des représentations sociales partagées par les acteurs mobilisés. Ainsi, la spécificité locale sur laquelle repose la particularité du dispositif n'est pas une donnée. Elle se construit dans le temps, au cours de la mise en place du dispositif. L'adaptation de ce dernier au contexte local ne relève pas tant d'une bonne analyse initiale du problème local. Elle résulte de la possibilité offerte aux acteurs locaux de pouvoir redéfinir le problème au cœur d'enjeux individuels et collectifs déjà présents. Le dispositif se construit en prenant appui sur les acteurs et les réseaux

---

<sup>23</sup> AMBLARD Henri, BERNOUX Philippe, HERREROS Gilles, LIVIAN Yves-Frédéric. 2005. *Les nouvelles approches sociologiques des organisations*, Paris, Seuil.

<sup>24</sup> MILLARD Éric. 1995. « Hauriou et la théorie de l'institution », *Droit et société*, n° 30-31, p. 381-412.

<sup>25</sup> FOURNIS Yann. 2010. « Comprendre les institutions par le bas. L'institutionnalisation d'un patronat régional par l'action collective (1950-2000) », *Revue française de science politique*, n° 2, vol. 60, p. 319-334.

<sup>26</sup> BOURDIEU P., *op. cit.*

existants et reconnus. Ce mode de construction politique révèle l'intérêt des politiques procédurales sur les politiques substantielles<sup>27</sup>. En ne déterminant pas le contenu, mais seulement les procédures de mise en place, ce type de politique laisse aux acteurs désignés la possibilité d'ajuster les pratiques en fonction des enjeux locaux.

L'étude repose sur un corpus autorisant plusieurs niveaux d'analyse du dispositif et de son évolution dans le temps. Un premier ensemble de documents et d'interviews du coordonnateur unique du projet (en mai 2013) puis des deux coordinateurs (en juin 2015) nous permet de décrire l'état du dispositif à trois moments différents : à sa création en novembre 2012 (T1), après quelques mois d'existence en mai 2013 (T2), et au bout de deux ans en juin 2015 (T3). Cette approche aide à comprendre comment, au niveau institutionnel, se déploient objectifs, conceptions et mises en œuvre du dispositif SSSO à Strasbourg.

Un deuxième corpus d'interviews de six éducateurs est ensuite mobilisé<sup>28</sup>. Menés après une phase d'observation de séances réalisées en 2013, les entretiens s'appuient sur trois séries d'indicateurs : la perception des enjeux éducatif, sanitaire et sportif de la pratique animée d'abord ; la trajectoire sanitaire, sportive et professionnelle de l'éducateur ensuite ; les enjeux sociaux, politiques et sportifs de la structure sportive à laquelle il appartient enfin. L'analyse thématique des interviews permet de comprendre les représentations qui relient les intervenants et celles qui les différencient au sujet des bénéfices attendus des activités. Elle permet d'accéder à la construction du dispositif dans sa dimension individuelle, à partir des représentations, des positions et des trajectoires des acteurs.

La première partie vise à reconstruire, au niveau institutionnel, l'état des structures et des enjeux qui évoluent autour d'une clarification du public. Étudier les types de pratiques proposées permet de cerner les contours évolutifs du dispositif en termes de sport et de santé.

La deuxième partie interroge, au niveau individuel, comment les représentations du sport-santé deviennent des éléments de définition partagée, ancrée dans le local. L'étude de la position et de la trajectoire des éducateurs au sein du dispositif et de leur structure institutionnelle respective met en évidence une relative proximité des conceptions du

---

<sup>27</sup> LASCOUMES Pierre. 1996. *L'analyse des processus de changement dans les réseaux d'action publique*, La Gouvernabilité, CURAPP, Paris, PUF, p. 325-338.

<sup>28</sup> Ce corpus est issu d'une enquête plus large : GASPARINI William, KNOBE Sandrine. 2013. *Sport/santé sur ordonnance. La prescription médicale d'activité physique : quels effets sur la santé des Strasbourgeois ?*, Rapport pour l'Agence régionale de santé d'Alsace, Strasbourg.



sport-santé et dote en retour les acteurs d'une position particulière au sein du dispositif.

La troisième partie montre comment le sport-santé constitue un objet politique transversal. Les vertus du sport-santé se construisent localement à partir d'enjeux autant institutionnels et politiques que sanitaires.

## **I- L'objet du dispositif au cœur d'enjeux institutionnels**

Le dispositif SSSO montre au cours de ses premières années de fonctionnement une évolution de ses objectifs visibles à travers le type de structures mobilisées et de pratiques sportives proposées.

### **a) La construction d'une ligne directrice**

Les objectifs annoncés par le(s) coordonnateur(s), affichés par les élus locaux<sup>29</sup> et présents dans les programmes d'activités proposées montrent une évolution du dispositif. Celui-ci a pour ambition initiale de prendre en charge, au sein de structures sportives, des patients souffrant de maladies chroniques stabilisées (diabète de type II, maladie cardio-vasculaire, obésité) avant d'intégrer d'autres pathologies (cancer du sein et du côlon). Les bénéficiaires entrent dans le dispositif sur prescription médicale. Ils sont accueillis par un éducateur-coordonnateur qui les oriente vers un créneau de pratiques en fonction de leurs besoins et de leurs goûts. Ces créneaux sont encadrés par des éducateurs sportifs de différentes structures institutionnelles ayant intégré le dispositif après un processus de labellisation de l'Agence régionale de santé d'Alsace (ARSA) et de la Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS).

Initialement, le dispositif regroupait plusieurs structures fédérales (EPPMM<sup>30</sup> : gymnastique d'entretien ; Athlé-santé nature 67 ; marche nordique ; Rowing club ; aviron) et deux créneaux ouverts par l'éducateur-coordonnateur (école du vélo et initiation à la natation). Face à la recrudescence du public, le coordonnateur dirige les bénéficiaires sur d'autres dispositifs socio-sportifs déjà en place. Ainsi, en mai 2013, trois créneaux issus du dispositif d'animation de quartiers des éducateurs

---

<sup>29</sup> Notamment les différentes interviews accordées dans les médias par le Dr Alexandre Feltz, adjoint au maire de Strasbourg en charge de la santé et promoteur du projet. Voir par exemple : <http://www.rue89strasbourg.com/sport-sur-ordonnance-les-regards-se-tournent-vers-strasbourg-86430> (consulté le 29/9/2016).

<sup>30</sup> Entraînement physique et monde moderne.

municipaux (fitness, aquagym, Pilates) sont intégrés. Les patients (au nombre de 158 au total) se voient proposer par ailleurs de participer à des créneaux d'un autre dispositif déjà en place autour de l'animation de pratiques douces (qi gong, yoga, tai chi, marche nordique). En mai 2015, de nouveaux créneaux (67) et de nouvelles pratiques (multisport, cardio-training, marche, boucle d'activité, ergo-cycle, badminton, basket, body-taekwondo et gymnastique familiale) sont proposés pour un total de 563 patients enregistrés. De nouvelles associations sont labellisées en 2015 et 12 créneaux municipaux sont ajoutés. Au total, depuis sa création en 2013, 880 patients ont ainsi bénéficié du dispositif.

### **b) La construction de l'offre en fonction des institutions**

L'analyse des objectifs avancés par les éducateurs interrogés révèle des intérêts et des usages différents de la pratique sous-tendus par des représentations plus ou moins larges de la santé<sup>31</sup>. Les premiers créneaux (marche nordique, aviron, gymnastique) proposent une approche centrée sur la dépense énergétique comme le souligne le coordonnateur : « Si je suis sur des cas vraiment d'obésité, je ne peux pas les mettre dans des activités où il y a une dépense énergétique très faible. Il faut plus de pratique énergétique, après c'est aussi leur possibilité, il faut aussi qu'ils puissent le faire » (éd 1, service des sports). Toutefois, ce modèle énergétique n'est pas le seul proposé. La pratique d'une activité physique a aussi vocation à développer la condition physique du patient : « Mon but, c'est d'augmenter petit à petit la forme physique de manière que la motivation devienne de moins en moins importante. Un meilleur équilibre entre l'activité demandée et la motivation nécessaire : plus ils se sentiront bien dans leur corps, moins la motivation demandée sera importante et plus ils le feront facilement » (éd 4, athlé-santé). Émanation de la Fédération française d'athlétisme (FFA) qui a introduit assez rapidement la marche nordique dans ses activités fédérales, le créneau proposé par Athlé-santé nature 67 se présente comme une passerelle entre l'inactivité et la compétition en club<sup>32</sup>. L'objectif est de permettre aux usagers de retrouver ou de maintenir une forme physique à partir d'un schéma de

---

<sup>31</sup> La pratique physique proposée par les éducateurs est analysée en fonction d'une grille d'observation de la mise en situation, de la manière de réguler l'activité des pratiquants et du choix des types de situations. Les observations servent de base de discussion avec l'éducateur après la séance.

<sup>32</sup> Les compétitions de marche nordique sont des manifestations encadrées permettant d'effectuer un parcours dont la distance est définie.

séance sous forme de parcours de santé. L'animatrice se déplace dans le parc en alternant marche et exercices de coordination pour faire prendre conscience de son corps et de son fonctionnement. « Les personnes ont souvent des problèmes de coordination. M marchait à l'amble. Dans tout ce qu'elle fait, elle est en homo-latéralité. Et quand je fais faire des mouvements croisés, elle fait comme ça, de manière à jamais croiser sa ligne médiane. C'est ce qu'elle fait par-derrrière avec le bras de la même jambe » (éd 4). Le nombre de répétitions régule l'activité et le progrès est rapporté en distance parcourue et en vitesse réalisée. L'amélioration de son fonctionnement corporel au quotidien résulte de la mobilisation, par la pratique sportive, des muscles et des articulations.

La prise de conscience de ses possibilités à travers le ressenti corporel est également un effet recherché en sport-santé : « L'exercice marcher doucement/vite. Ce sont des gens qui ne savent pas marcher à une certaine allure. Ne pas accélérer d'accord, ils ne peuvent peut-être pas physiquement. Mais je me suis aussi rendu compte qu'ils ne savent pas marcher lentement. Je les oblige à marcher tout doucement, c'est une prise de conscience de la modification de la vitesse, cela fait partie de la conscience du corps » (éd 3, EPMM). Le jour de ma visite, la séance de gymnastique d'entretien assurée par une structure appartenant à la Fédération française pour l'entraînement physique dans le monde moderne (FFEPMM) s'appuie, sur la marche nordique en proposant des tours de piste à des allures différentes en fonction des besoins de chacun. Ceux-ci ont été définis grâce à des tests d'effort et de capacité physique. Les performances de chaque participant sont enregistrées régulièrement, rendant visibles les progrès de sa condition physique mesurable par des tests (VO<sup>2</sup>max, souplesse, force). Athlé-santé et EPMM appartiennent toutes deux à des fédérations (respectivement FFA et FFEPMM) qui se sont historiquement positionnées dans le champ du sport-santé et ont développé des outils pédagogiques dans ce sens permettant de suivre les effets de la pratique sur les facteurs de la condition physique.

Les bénéfices attendus du sport-santé quittent le regard énergétique et productif pour une approche plus qualitative de la pratique au fur et à mesure de l'intégration de nouvelles structures. L'activité physique permet alors de mieux ressentir son corps et de trouver un équilibre entre tension et relâchement. C'est le cas de l'animateur d'Impact, association créée en 1983. Celle-ci appartient à la Fédération des arts énergétiques et martiaux chinois (FAEMC) qui a pour but de développer la pratique du tai chi et qui participe au dispositif des « pratiques douces ». Pour lui, la

santé relève essentiellement du bien-être, de l'équilibre et de la circulation des énergies. « Si on commence à regarder le mouvement naturel, c'est pas ça. Quand le corps dit stop, j'arrête. On ne va pas forcer en tai chi. Si on force, ça ne marche pas. Il faut trouver le relâchement » (éd 6, Impact). Pratiquant lui-même le tai chi, cet animateur propose une séance ouverte au public dans un parc. Il montre des mouvements en précisant le ressenti recherché pendant le déroulé du geste. Le but est de sentir l'alchimie entre le geste, la respiration et l'intention. La justesse motrice, intentionnelle et temporelle du mouvement sert d'indicateur à l'animateur.

C'est un regard différent qui proposé par l'éducateur de Global Sport : il met au centre de son intervention la recherche d'une meilleure relation aux autres : « Chacun arrive avec ses problèmes, chacun arrive avec ses envies. Pour faire une activité, il faut avoir envie. Ils viennent une fois et ils se rendent compte que c'est bien, et c'est comme ça qu'ils sortent de leur sédentarité. Ils arrivent un petit peu à changer le rythme de leur vie, à manger autrement, à sortir, marcher, faire du vélo. Et puis, ils se mettent à s'ouvrir sur le monde, sur les autres » (éd 5, Global sport). Global sport est une structure associative récente (trois ans d'existence) membre de la Fédération française d'éducation physique et de gymnastique volontaire (FFEPGV), créée pour développer le sport dans les quartiers populaires et favoriser la participation des femmes. La séance de marche nordique se déploie sur une aire de jeu où les situations sont organisées de façon que les personnes (valides et bénéficiaires) travaillent ensemble, sur la base de petits groupes. Ici la forme du groupement est mise en valeur, multipliant les occasions de rencontre entre pratiquants qui ne se connaissent pas. « Moi je pense aussi que c'est le fait qu'ils se sentent avec d'autres personnes qui n'ont pas de pathologie, ça joue. Le fait qu'il y ait une dynamique de groupe qui se crée sans forcément être autour de la question de santé. Parce que quelque part, une fois qu'on est dans le groupe, on est ensemble et on ne fait plus gaffe à ça » (éd 5, Global sport).

Enfin, le coordonnateur qui propose une initiation au vélo défend un autre objectif, l'ouverture sur son environnement, source de bien-être. « Dans l'aspect motivationnel, le vélo, c'est gratuit. Vous économisez de l'essence et vous allez faire du sport. Vous prenez le temps sur rien car c'est pendant les déplacements, et vous vous sentez plus tranquille. La voiture symboliquement... avant on parlait de berline, de conduite intérieure, les gens se comportent dans leur voiture comme dans leur tête, il

y a beaucoup d'agressivité. Quand ils rentrent dans leur voiture, ils tournent en boucle. Pas en vélo. Moi quand je prends la piste cyclable, je discute avec les canards, avec les vaches, c'est pas pareil » (éd 1, service des sports). En 2015, cette attention à l'environnement de pratique est au centre de nouveaux créneaux proposés par le service des sports de la municipalité (découverte des pistes cyclables, vitaboucle) intégrant les résultats de l'étude ICAPS<sup>33</sup> qui déplace le problème de la sédentarité, de la prise en charge de l'individu vers celui de l'aménagement d'un environnement favorable à la pratique physique. La motivation à devenir actif passe par la prise en compte globale et ne concerne plus seulement la personne à titre individuel, c'est pourquoi des créneaux de gymnastique familiale sont par exemple proposés.

Ainsi, des effets différents recherchés à travers le dispositif peuvent être relevés dans les discours des éducateurs. Organisée autour d'un but visant à « se dépenser » par l'exercice physique, l'introduction dans l'urgence de pratiques issues du « dispositif des pratiques douces » et « d'animation de quartier » offre de nouvelles finalités comme « se penser autrement » ou « voir autrement la situation ». La diversité des vertus du dispositif se présente à travers des grilles de lecture de la pratique<sup>34</sup> conformes aux valeurs développées par les structures (entraînement physique/intégration sociale) que les éducateurs incarnent à travers les mises en œuvre. Cette diversité révèle des usages de la pratique sportive repérables dans d'autres dispositifs de sport-santé, comme accompagnement vers une pratique sportive encadrée ou comme moyen d'éducation à vocation psychologique ou sociale<sup>35</sup>. L'historique du dispositif montre comment celui-ci prend sens, nourri par les institutions qui, en participant, importent de nouveaux regards sur la pratique, inscrivant ses intérêts sanitaires dans l'évolution des dispositifs de la ville. Si la phase d'expansion du dispositif intègre peu à peu des visions du sport importées par des éducateurs venus d'horizons différents, la labellisation des structures ne valide pas, en 2015, la participation de tous les acteurs présents

---

<sup>33</sup> ICAPS (Intervention auprès des collégiens centrée sur l'activité physique et la sédentarité) est une étude réalisée entre 2002 et 2006 dans le Bas-Rhin, montrant l'importance de l'environnement pour faciliter l'exercice physique des jeunes. ROSTAN Florence ; SIMON Chantal, ULMER Zékyia. 2011. *Promouvoir l'activité physique des jeunes. Élaborer et développer un projet de type Icaps*. Saint-Denis, INPES.

<sup>34</sup> DEFRANCE Jacques. 1985. « La course libre ou le monde athlétique renversé », *Travaux et recherches en EPS*, n° 8, décembre, Paris, INSEP.

<sup>35</sup> PERRIN C. *et al.*, *op. cit.*

lors de la mise en place du dispositif de 2013. Ainsi la procédure de labellisation ne recoupe pas l'ensemble des structures participant ponctuellement au dispositif.

### **c) La construction d'une spécificité strasbourgeoise du dispositif**

Derrière cette diversité se révèle un sport-santé organisé d'abord autour d'un sport fédéral institué, déjà tourné vers la recherche d'une santé fonctionnelle et le développement de la condition physique. Conçu comme un espace intermédiaire entre éducation thérapeutique et pratique de loisir instituée, le dispositif répond d'abord à la construction d'un besoin de pratique physique afin de lutter contre la sédentarité s'appuyant sur les préconisations du PNNS<sup>36</sup>. L'objectif est d'acquérir une culture sportive permettant aux patients de se dépenser durant leurs loisirs, voire d'intégrer les clubs : « C'est un créneau passerelle, une manière pour pouvoir les intégrer assez vite. Pour l'instant, je n'ai pas besoin de les envoyer dans des groupes tout public. Je propose quand même » (éd 4, athlé-santé). L'accompagnement social participe du dispositif. « J'irai avec eux, je vais pas les lâcher. Je connais les autres groupes, je sais qu'ils ont le niveau » (éd 4). L'objectif principal est de mettre en activité les patients atteints d'obésité, de diabète et de maladies cardio-vasculaires. Le recyclage des créneaux relevant de l'offre municipale gratuite d'activités à caractère social fait glisser le dispositif vers d'autres problématiques déjà prises en charge par les collectivités locales, comme l'intégration sociale par le développement du sport dans les quartiers<sup>37</sup>. S'agissant du fitness, l'éducateur du service des sports qui anime ce créneau indique que « les cours sont destinés à des personnes qui n'ont pas les moyens financiers d'aller dans les salles de fitness. On travaille pour la démocratisation du sport féminin dans les quartiers populaires » (éd 2). Une fois l'urgence passée, le processus de labellisation valide l'entrée de nouvelles structures dans le dispositif. C'est le cas de Global sport, mais aussi d'une association d'éducation populaire « Joie et santé Koenigshoffen », dont l'objet social déclaré est « d'améliorer la cohésion sociale en développant les liens de solidarité et la vie de quartiers, favoriser l'inclusion sociale des

---

<sup>36</sup> GASPARINI William, KNOBÉ Sandrine, DIDIERJEAN Romaine. 2014. « Physical activity on medical prescription: a qualitative study of factors influencing take-up and adherence in chronically ill patients », *Health Education Journal* published online: <http://hej.sagepub.com/content/early/2014/11/25/0017896914558644>.

<sup>37</sup> GASPARINI William, VIEILLE-MARCHISET Gilles. 2008. *Le sport dans les quartiers, Pratiques sociales et politiques publiques*, Paris, PUF.

publics vulnérables, développer le mieux-être en engageant les habitants à agir pour un environnement durable et à être acteurs de leur santé » (contrat de projet<sup>38</sup>).

Le choix fait par l'ARSA, en collaboration avec DRJSCS, des premiers créneaux dédiés montre que la définition des pratiques n'est pas neutre et s'inscrit dans un cadre institutionnel préalable. Les premiers créneaux ont été attribués aux structures historiques positionnées sur le développement d'une santé bio-fonctionnelle. Ces structures ont déjà participé à des dispositifs touchant à la santé comme « basket-panier pour l'alimentation » (EPMM) et ont déjà des relations solides avec les décideurs. À l'inverse, comme le reconnaît le coordinateur, l'absence des pratiques douces provient d'abord de leur non-reconnaissance institutionnelle. Lors de « l'appel d'offres de la part de la Ville pour les pratiques douces, beaucoup se sont manifestés. Mais pour la Ville, eux, c'est le sport. Et en fait le taï chi, c'est une pratique, c'est pas du sport. C'est pas référencé à Jeunesse et sport. Elle, l'administration, elle ne sait pas comment traiter une demande ou comment donner de l'argent. Cela touche à toutes les résistances et les idées préconçues. Les nouveaux dispositifs subissent les contraintes normatives pour avoir des certifications. [...] Moi je dirais que les pratiques douces... il faudrait leur laisser une place plus grande. En France, on n'a pas vraiment pris conscience à quel point ces pratiques-là sont déjà orientées santé » (éd 1, coordonnateur). Ainsi, la manière dont l'offre de pratiques se constitue et se développe met en évidence des priorités différentes en termes de bénéfiques selon le caractère déjà institué de leur mise en œuvre. Face à l'urgence, le dispositif a dû inclure de nouvelles structures ouvrant en même temps à la diversité des approches. La procédure de la labellisation privilégie toutefois les représentations les plus instituées de l'organisation du sport expliquant un isomorphisme organisationnel. En s'appuyant sur des dispositifs déjà en place, le dispositif SSSO trouve sa spécificité dans le temps et modifie les critères premiers de la labellisation. L'accompagnement social des populations défavorisées devient un nouveau critère de labellisation des associations. L'évolution des créneaux et des structures mobilisées, puis labellisées montre que le dispositif évolue en clarifiant le type de public capté. Ce n'est pas tant le type de pathologie qui définit le dispositif – des pathologies qui évoluent par ailleurs

---

<sup>38</sup> <http://jskoenigshoffen.asso.fr/contrat-de-projet-2016-2020/> (consulté le 29 septembre 2016).

(diabète, obésité et maladies cardiovasculaires) vers le cancer – que le type de population concernée, à savoir les personnes en situation de vulnérabilité. Elles le sont à double titre, par leur pathologie, mais surtout par leur situation sociale et familiale<sup>39</sup>. Ainsi le temps fait œuvre de clarification du dispositif. Il ne s’agit plus tant d’aider les patients à être actifs que de pouvoir toucher les plus démunis en leur permettant d’accéder à une pratique physique pour des raisons de santé. Le dispositif révèle une « sanitarisation du social<sup>40</sup> » qu’il est possible de mesurer dans le discours du coordonnateur : « Ils ont des maladies chroniques, mais ils cumulent pas mal de choses. [...] C’est un peu multifactoriel avec des difficultés sociales qu’on observe aussi. Moi je me suis souvent posé la question de la poule et de l’œuf. Est-ce que leur difficulté sociale leur a dégradé la santé ou est-ce que, avec une santé dégradée, ils ont aussi eu du mal à s’y mettre. Ça tourne en boucle. Le besoin social est clairement identifié » (éd 1).

Ainsi, le dispositif SSSO se présente comme un relais pour les structures associatives qui souhaitent se développer. Il permet de toucher un public jusque-là non concerné par le système fédéral (malade<sup>41</sup> et population en situation de vulnérabilité sociale). En s’appuyant sur des structures déjà investies dans le secteur de l’intégration sociale par le sport, l’intérêt de la municipalité rencontre celui de ces structures associatives. Elles se positionnent sur ce nouveau secteur sanitaire pour développer leur activité vers un nouveau public. Elles renforcent surtout leurs relations avec les collectivités territoriales. En effet, les acteurs du mouvement sportif doivent s’inscrire dans les différentes politiques locales pour soutenir leur propre développement. C’est le constat du coordonnateur : « Pas vraiment de refus de la part des clubs. Moi j’ai posé la question au club de natation. Ils sont pas super favorables, car ils n’ont aucun problème de recrutement, ils refusent du monde. Mais tous ceux qui sont dans une logique d’extension, ils ouvrent la main » (éd 1). Ainsi l’investissement dans le sport-santé est fonction du positionnement des institutions sportives dans l’espace sportif local et de leurs relations avec

---

<sup>39</sup> GASPARINI William, KNOBE Sandrine. « Sport sur ordonnance : enquête sur un dispositif local de santé », *Jurisport*, n° 144, p. 43-45.

<sup>40</sup> FASSIN Didier. 1998. « Les politiques de la médicalisation ». in AÏACH Pierre, DELANOË Daniel. (dir). *L’ère de la médicalisation*, Paris, Éditions Economica. p. 1-14.

<sup>41</sup> La condition d’entrée dans une structure sportive fédérale est assujettie à un certificat médical qui limite la pratique des malades et dont la cotisation freine l’engagement des personnes ayant peu de ressources.



les pouvoirs publics. En effet, la plupart des éducateurs et leurs structures participent déjà à différents dispositifs (tournée d'été, tournée des pratiques douces, intégration sociale, développement de la pratique féminine) visant l'animation sportive du territoire. L'intégration à ce nouveau dispositif répond à un enjeu financier et politique de placement des structures dans les politiques locales sanitaire, sociale et sportive afin de pérenniser leur structure, comme le souligne l'éducateur de Global sport : « En termes de financement, c'est compliqué, car on travaille beaucoup avec les quartiers. C'est compliqué de demander de l'argent aux gens. Des financements du conseil général, ça reste assez difficile à obtenir parce que nous, là sur le sport au féminin, on a reçu à peu près un quart de ce qu'on a demandé [...] Nous on est capable, et on a envie d'intégrer le dispositif. Si on nous donnait les moyens, on proposerait un certain nombre de créneaux sur la semaine » (éd 5, Global sport). La spécificité du dispositif se construit donc en lien avec les réseaux d'institutions sportives déjà constitués, dans la continuité des projets en place, mais sans faire appel aux réseaux de patients qui existent par ailleurs. L'orientation du dispositif vers un accompagnement social à la pratique de loisirs sportifs doit être pensée dans la continuité des politiques sportives et de santé de la communauté urbaine à l'origine des dispositifs présents. L'isomorphisme institutionnel s'explique par la mobilisation privilégiée de réseaux institutionnels reconnus par le passé.

## **II- La construction de la spécificité du point de vue des éducateurs**

Au-delà des différences de mise en œuvre se construit un accord pour définir le besoin des bénéficiaires. Il s'ancre sur une vision partagée autour d'une éducation aux loisirs actifs qui s'écarte d'une éducation thérapeutique. Celle-ci se décline dans un premier temps en un loisir à caractère sportif pour intégrer ensuite les déplacements actifs. Cette définition des besoins en termes d'éducation sportive s'explique par la nature des compétences des éducateurs en charge de la mise en œuvre. L'accord sur la manière de définir le problème des patients contribue à renforcer, en retour, la position des éducateurs comme élément de solution au problème et participe à définir une spécificité du dispositif dans la concurrence des offres locales.

**a) Une vision partagée autour d'une éducation à la vie active**

Les éducateurs interrogés s'accordent sur une lecture partagée des problèmes de santé qui dépassent la pathologie. Bien que l'entrée dans le dispositif nécessite une prescription médicale, la pratique n'est pas ciblée sur la maladie, mais est censée agir sur l'individu dans sa globalité<sup>42</sup>. « La marche nordique c'est à 98 % du travail musculaire. Après, on met le curseur sur les membres inférieurs, sur les membres supérieurs. On essaie d'avoir un travail plus global. C'est pas pour rien qu'on s'appelle Global sport, c'est vraiment quelque chose de global sur la pratique » (éd 5). Derrière les différentes pathologies semble se tramer un même problème, celui de la sédentarité. Le dispositif a pour vocation de faire entrer les bénéficiaires dans un style de vie plus actif. « Bernard était prof de français. Il n'a jamais fait de sport. Jeune, un peu de marche dans les Vosges. Mais depuis il ne bougeait plus. Il était devant l'ordi toute la journée. C'est le médecin qui lui a dit (il a 71 ans) : si vous restez comme ça, dans deux ans, vous êtes dans un fauteuil roulant. Vous ne bougez plus, vous vous ankylosez complètement » (éd 2). Les éducateurs s'accordent également sur l'idée que la maladie enferme les individus dans un cadre étroit. La pratique sportive porte l'idée de progrès qui rend visible le dépassement de ses limites. « Par exemple Sonia qui a eu, suite à une maladie... elle a un diaphragme qui est plat. Elle ne pourra pas l'améliorer. Les thérapeutes enferment les gens dans les pathologies et les empêchent d'aller mieux. Je lui ai dit, ma petite Sonia, en respirant par le ventre, au bout d'un certain temps, ton diaphragme, il peut augmenter sa course. Peut-être de 2 mm, mais il aura augmenté sa course » (éd 4). La pratique sportive permet un regard différent sur soi. Il s'agit de ne pas s'enfermer dans des limites médicales, mas aussi de ne pas s'enfermer chez soi. « Moi je sais, car j'ai fait beaucoup de social, qu'il faut parfois aller les chercher les gens. Il y a un moment d'épuisement, qu'il soit moral ou physique où on ne peut plus aller vers les autres. Et c'est à ce moment-là qu'il faut aller chercher la personne et c'est généralement à ce moment-là que c'est gagné » (éd 4). Au-delà de l'activation, il s'agit bien de sortir les bénéficiaires du contexte qui les enferme, les isole et les maintient dans une motricité limitée. « La personne obèse est isolée dans sa pathologie. C'est difficile pour elle d'aller dans une salle de sport » (éd

---

<sup>42</sup> D'ailleurs, les éducateurs n'ont pas accès aux raisons (pathologie) qui ont conduit les bénéficiaires à intégrer ce dispositif. Seul le coordonnateur dispose de cette information.

2). Mais ce n'est pas tant un accompagnement social qu'une éducation à la culture sportive.

Pour les éducateurs, et en particulier pour le coordinateur, la sédentarité trouve son origine dans un déficit de savoirs relevant d'une éducation de base. « Ce qui m'avait frappé le plus, c'est que les gens ne savaient ni faire du vélo ni nager. Nager, à la limite, je pouvais encore le comprendre. Le vélo, ça m'a surpris. Ça me paraît être un savoir-faire de base, c'est presque un analphabétisme. On enlève le moyen de déplacement le plus simple à mettre en œuvre » (éd 1, école de vélo). Leur problème de santé semble, aux yeux des éducateurs, la conséquence d'un manque d'éducation physique lié à des conditions sociales défavorables, justifiant un accompagnement sportif. En définissant ainsi les problèmes de santé des patients comme un problème de culture physique active à caractère sportif, ces éducateurs se présentent, du fait de leur trajectoire sportive et souvent professionnelle (*cf.* tableau 1 en annexe), comme étant les mieux placés pour y répondre. Les éducateurs issus des structures sportives fédérales s'accordent ainsi sur la confusion entretenue entre activité physique au sens large telle que le définit le PNNS et activité sportive instituée dans des structures fédérales. De plus, le glissement vers l'intégration sociale par le sport est facilité par ces éducateurs qui interviennent déjà dans des dispositifs mis en place pour animer les quartiers populaires afin de lutter contre l'inégalité sociale d'accès aux pratiques sportives. Le regard qu'ils portent sur les difficultés des patients entérine l'idée d'une inégalité de pratique comme un déterminant des inégalités de santé. Ces activités sont ainsi parées d'attributs sanitaires particuliers fixés et reconnus par les institutions sportives, et servant en retour à légitimer la pratique des éducateurs dans ce cadre sportif. Ceux-ci s'en différencient cependant au nom d'une spécificité du public.

### **b) La participation au dispositif, la construction d'une trajectoire singulière**

L'ancrage sportif permet de se distancier du champ médical en proposant une vision démedicalisée de la pratique qui s'écarte de l'éducation thérapeutique. Les éducateurs font cependant appel à leur propre trajectoire de santé et leur expérience personnelle pour justifier leur place au sein du dispositif. L'importance de la pratique sportive est très souvent convoquée dans leur discours. Ils se font ainsi les témoins de ses effets positifs sur la santé ou la qualité de vie : « Au mois d'août, j'avais encore des problèmes respiratoires, 80 % d'oxygène. Ça allait, et en octobre j'ai

fait de la marche nordique trois fois par semaine, de manière assez intensive. J'avais 30 % de capacité respiratoire fonctionnelle en moins de la normale, et en octobre, le médecin a failli avaler son nœud papillon car j'avais 20 % en plus. J'avais récupéré plus que la fonction normale grâce au sport » (éd 4). En effet, les premiers éducateurs investis dans le dispositif n'ont pas de diplôme dans le domaine des activités physiques adaptées (à l'exception du salarié de l'EPMM titulaire d'un DEUST « Seniors »<sup>43</sup>). Ce sont donc essentiellement des professionnels aguerris aux techniques sportives. Ces éléments de trajectoire de vie valorisés dans les discours des éducateurs se présentent comme des ressources mobilisées pour justifier leur place dans le dispositif.

Le dispositif est aussi l'occasion pour certains éducateurs ayant des problèmes de santé de trouver une nouvelle place dans leur structure. C'est le cas des éducateurs du service des sports pour qui l'investissement dans le dispositif constitue un reclassement professionnel. C'est ce qu'expose le coordonnateur : « Avant, j'étais sur des missions d'encadrement des piscines. J'ai abandonné pour des raisons de santé. J'ai moi-même une maladie chronique. C'était un poste avec du management, et donc relativement stressant, ma tension déconnait complètement et comme j'ai eu des problèmes cardiaques, c'est quand même risqué. J'ai demandé à changer et on m'a proposé ça. Mais en plus, c'est quelque chose que je possède assez bien. J'ai mon cursus STAPS, j'ai un diplôme d'éducateur, j'ai pas mal travaillé dans différentes missions et j'ai moi-même une maladie chronique [...] Avec le socle STAPS, ce qui m'est arrivé et mes préoccupations personnelles, voilà, je suis arrivé là » (éd 1). Comme il le souligne, l'expérience vécue de la maladie est une compétence : « Moi, ma maladie m'a permis d'apprendre. » L'expérience personnelle d'un corps qui ne peut plus pratiquer le sport sous sa forme traditionnelle compétitive nourrit alors un regard différent sur la pratique. « Avant, je pratiquais le karaté. Quand j'ai voulu reprendre une activité, j'ai compris que le karaté, ce n'était plus pour moi. Je me suis mis au tai chi » (éd 6, ayant des problèmes articulaires). Tous s'accordent à dire que le sport-santé diffère du sport entendu sous sa forme compétitive. Porteurs de compétences techniques et d'expériences positives de la pratique sur les accidents de la vie, ils se présentent comme les témoins de l'efficacité d'une pratique à caractère sportif sur leur propre

---

<sup>43</sup> Le DEUST Senior est un diplôme de qualification de niveau III permettant l'encadrement d'activités physiques pour les seniors, c'est-à-dire les personnes âgées.

santé. Ce recrutement sera différent en 2015, du fait notamment du profil de la deuxième coordinatrice recrutée. Titulaire d'un master « Activité physique adaptée et santé » (APAS), son arrivée marque une évolution du dispositif s'écartant en partie du sport fédéral.

### **c) Le repositionnement du service des sports**

Au-delà des éducateurs, le dispositif SSSO fait appel à différents intervenants (médecins, hommes politiques) et à différentes structures (associations, services municipaux, agences publiques comme l'ARSA, organes déconcentrés de l'État comme la DRJSCS et collectivités locales). La définition locale du sport-santé est le résultat d'un arbitrage entre différentes définitions, plaçant finalement le service des sports dans une position centrale. En effet, tous les acteurs n'ont pas le même statut au sein du dispositif et donc la même puissance d'inflexion de ses orientations. Or, celui-ci intervient à un moment où il s'agit de repenser la mission de l'Office municipal des sports (OMS), lequel connaît, selon le maire de Strasbourg, un déficit financier important<sup>44</sup>. 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. Plus encore, l'effet rétroactif de l'intérêt porté par le politique (y compris au niveau national et aujourd'hui international<sup>45</sup>) sur la question du sport-santé favorise le repositionnement du service des sports dans la politique de la communauté urbaine, puis de l'Eurométropole et contribue en retour à renforcer sa position.

Si le dispositif s'appuie sur différentes structures, la place centrale du coordonnateur dans la mise en œuvre (c'est le directeur du service des sports qui a nommé le coordonnateur appartenant lui-même à ce service) favorise l'évolution de l'orientation du dispositif autour de la question des inégalités sociales en adéquation avec les missions du service des sports. Devant répondre dès 2013 à l'afflux des patients, le coordonnateur s'appuie sur des actions déjà existantes auxquelles prend part le service des sports. Ce nouveau système ne modifie pas tant les pratiques.

---

<sup>44</sup> Selon l'interview de Roland Riess *in* MORALES Valérie. 2013. « Le sport en débat : démocratie participative et politique sportive municipale : l'ex des EGS de Strasbourg, Doctorat, université de Strasbourg.

<sup>45</sup> Les « premières assises européennes du sport-santé sur ordonnance » ont eu lieu à Strasbourg les 14 et 15 octobre 2015.

Il rend plus visible le travail du service des sports qui, dans le même temps, passe d'un service municipal à un service de l'Eurométropole.

En 2015, le dispositif évolue vers une éducation plus large pour favoriser les déplacements actifs. Ce nouvel objectif trouvant difficilement un appui auprès des associations, le service des sports développe ses propres créneaux. Il s'écarte alors de la pratique sportive fédérale pour se rapprocher d'une éducation plus globale en intervenant sur l'environnement (familial et urbain). Le service des sports dote finalement le dispositif d'une spécificité et se place, en retour, au cœur de celui-ci. En effet, la valorisation par le service des sports des actions menées autour de différentes problématiques, sportive, sanitaire, éducative et citoyenne, conforte sa place dans les services publics<sup>46</sup>.

Bien que s'appuyant sur des caractéristiques partagées décrites dans d'autres dispositifs, les inflexions de celui-ci montrent ainsi que le sport-santé relève bien d'une définition locale de la pratique impulsée par certains acteurs. Ces derniers en tirent en retour de nouveaux bénéfices, notamment en termes de meilleure visibilité.

### **III- Le sport-santé, un objet politique transversal**

Le contexte local pèse enfin par la manière dont l'action est pensée en tant que dispositif relevant de politiques publiques locales. Par son inscription dans l'espace politique, le sport-santé prend une forme particulière, glissant d'un problème sanitaire et social vers un problème politique. L'analyse du cadre institutionnel dans lequel s'inscrit le dispositif informe en retour sur la manière dont l'action publique se construit. L'analyse rend compte *ex post* d'une nouvelle politique « mettant en relation une triple hétérogénéité : l'enchevêtrement des enjeux, l'intersectorialité des programmes et la transversalité des objets<sup>47</sup> ».

#### **a) Le sport-santé, un enjeu de politique territoriale**

Au-delà du caractère apparemment chaotique, les ajustements ne sont en réalité pas complètement aléatoires<sup>48</sup>. Ils sont nourris par une inter-

---

<sup>46</sup> MORALES Valérie, GASPARI William. 2014. « Penser la ville avec ses habitants. L'exemple des états généraux du sport de Strasbourg », *Loisir et société*, vol. 37, n° 1, p. 116-131.

<sup>47</sup> LASCUMES P., *op. cit.*

<sup>48</sup> LASCUMES Pierre, LE GALES Patrick. 2004. *Gouverner par les instruments*. Paris, Presses de sciences Po.

prétation du social selon un mode de régulation propre à l'intervention publique. Pour comprendre comment se spécifie le dispositif, il faut donc aussi s'intéresser à la manière dont ce problème de santé devient une action publique relevant d'une politique de santé publique. En effet, les acteurs se livrent à un formatage du problème pour que ce dernier relève d'une politique publique locale<sup>49</sup>. Or, le processus de déterritorialisation de la politique de santé publique offre un cadre différent pour penser le dispositif, expliquant pour partie les orientations prises<sup>50</sup>.

Déjà, la loi de 2004<sup>51</sup> avait bouleversé les équilibres entre l'État et les collectivités locales dans la lutte contre les inégalités sociales en matière d'accès à la santé, à la culture sportive et à l'éducation. La création en 2010<sup>52</sup> des agences régionales de santé (ARS) qui développent des interventions de proximité en santé publique en collaboration avec les collectivités locales modifie à nouveau les compétences territoriales. Les collectivités locales sont désormais en charge des politiques de lutte contre les inégalités de santé. Comme le souligne la présentation du dispositif sur le site de l'Eurométropole : « Son expérimentation a pour objectif principal de favoriser la pratique d'une activité physique régulière, modérée et adaptée à l'état de santé des malades chroniques, dans une optique de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé<sup>53</sup> ». L'ARSA, en collaborant avec la DRJSCS (qui est aussi en pleine restructuration<sup>54</sup>), pose ainsi le premier cadre de réflexion sur le dispositif face à l'inégalité de santé en s'appuyant sur le particularisme alsacien en matière de santé : l'obésité et le surpoids. « Au départ, c'est dans le contrat local de santé... sur un constat local de santé publique. On est frappé par certaines patho-

---

<sup>49</sup> WEISS Janet. 1989. « The powers of problem definition: the case of government paperwork », *Policy sciences*, 22/2.

<sup>50</sup> CLAVIER Carole. 2009. « Les élus locaux et la santé : des enjeux politiques territoriaux », *Sciences sociales et santé*, n° 2, vol. 27, p. 47-74.

<sup>51</sup> Loi 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et aux responsabilités locales.

<sup>52</sup> Décret n° 2010-336 du 31 mars 2010 portant la création des agences régionales de santé. Ce sont des établissements publics administratifs ayant pour fonction de moderniser l'offre de soins et de veiller à la bonne gestion des dépenses médicales et hospitalières.

<sup>53</sup> <http://www.strasbourg.eu/vie-quotidienne/solidarites-sante/sante/sport-sante-sur-ordonnance-a-strasbourg> (consulté le 29 septembre 2016)

<sup>54</sup> Décret n° 2009-1540 du 10 décembre 2009 relatif à l'organisation et aux missions des DRJSCS. Le changement d'organisation résulte d'un processus de regroupement des services déconcentrés de l'État. Leur mission est de coordonner les politiques d'action sociale (en particulier de réinsertion des personnes en difficulté) et les politiques en matière de vie associative, sportive et d'éducation populaire.

logies chroniques : obésité, diabète. L'Alsace est mal placée sur certaines pathologies. Donc on a un contrat signé avec différents partenaires. Après, au niveau de la direction des sports et de l'élu, le Docteur Feltz, c'est lui qui avait l'idée de mettre quelqu'un à la coordination et ne pas laisser seulement cela aux médecins qui disent "pour telle patho, il faut faire cela". C'est un particularisme local » (éd 1). Ainsi l'articulation entre le médical et le social est conçue dès l'origine du projet. L'évolution des conceptions de la santé et de ses déterminants marque également le dispositif des problématiques publiques qui orientent les débats. PNNS, puis plan « obésité », puis plan « sport santé bien-être », ces formulations successives servent d'appui dans l'argumentaire des différents acteurs. Elles éclairent le glissement observé d'une activité physique conçue essentiellement comme énergétique vers une pratique de loisirs visant un bien-être social. La démedicalisation du dispositif ne résulte pas seulement d'une traduction sociale en termes de mise en œuvre<sup>55</sup>. En favorisant l'accès à la santé par une pratique sportive qui se présente aux populations défavorisées comme un médicament, le dispositif SSSO s'inscrit dans l'action publique locale sur le terrain sanitaire à partir de problèmes de société. « Sa vocation, c'est remettre les gens en route, les aider à reprendre le chemin de leur prise en main de [leur] santé » (éd 1, coordinateur). Le dispositif apparaît comme l'instrument de conquête d'un nouveau territoire de la santé publique aux frontières du champ médical. Comme l'indique Didier Fassin, « la santé publique locale s'est en bonne partie affranchie des limites traditionnelles de la médecine et parfois même de la tutelle des médecins<sup>56</sup> ». Au nom de l'égalité sociale, les politiques publiques développent des compétences dans le champ sanitaire empiétant sur le champ médical. La santé devient, pour les populations défavorisées, objet d'un accompagnement depuis la loi de 2007 : « Toute personne majeure qui perçoit des prestations sociales et dont la santé ou la sécurité est menacée par les difficultés qu'elle éprouve à gérer ses ressources peut bénéficier d'une mesure d'accompagnement social personnalisé qui comporte une aide à la gestion de ses prestations sociales et un accompagnement social individualisé<sup>57</sup>. » La santé est ainsi rattachée à la solidarité et la qualité de vie à l'environnement, comme le présente l'Eurométropole en matière de politiques publiques. Par ailleurs,

---

<sup>55</sup> MARSAULT C., *op. cit.*

<sup>56</sup> FASSIN Didier. 1998. *Les figures urbaines de la santé publique*, Paris, La Découverte.

<sup>57</sup> Loi n° 2007-308 du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs.



comme les villes sont associées, depuis la loi de 1998<sup>58</sup>, à la lutte contre les exclusions, le dispositif se construit en redéfinissant les problèmes de santé pour les inscrire dans la continuité des actions en faveur des populations déshéritées. C'est dans ce cadre que doit se comprendre le fait que certains déterminants de la santé sont pris en charge au niveau local, notamment la prévention par l'activité physique ou la santé des populations vulnérables. Cette prise en charge spécifique en retour la compétence des collectivités locales dans le domaine de la santé.

L'évolution du dispositif révèle également une concurrence entre les niveaux régional et local. Comme le remarquent Marina Honta et Nadine Haschar-Noé, la régionalisation ne peut freiner cette autonomisation des exécutifs locaux<sup>59</sup>. En effet, les élus instituent la santé en enjeu politique territorial en en faisant un vecteur d'affirmation de leur position dans la sphère politique locale. Lehingue montre que le délégué santé appartient à la « minorité de la majorité » et occupe une moindre place dans la hiérarchie politique locale<sup>60</sup>. La santé qui se présente comme un secteur politique mineur<sup>61</sup> prend appui, à Strasbourg, sur le sport, un secteur déjà ancré dans les politiques locales mais en perte de vitesse. Finalement, la publicité faite autour du dispositif SSSO permet de faire avancer la politique de santé publique en valorisant l'échelon local. Cette articulation entre le médical et l'accompagnement social doit aussi aux propriétés sociopolitiques du porteur de projet, le Dr Feltz, lequel, adjoint au maire en charge de la santé, est également médecin. Par ses propriétés professionnelles et politiques, il positionne le dispositif à l'interface entre le social et le médical. Son succès modifie également le rapport entre les différents acteurs politiques révélant un enchevêtrement des territoires<sup>62</sup>.

---

<sup>58</sup> Loi n° 1998-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre l'exclusion.

<sup>59</sup> HONTA Marina, HASCHAR-NOÉ Nadine. 2011. « Les politiques préventives de santé publique à l'épreuve de la territorialisation : l'introuvable gouvernance régionale du PNNS en Aquitaine », *Sciences sociales et santé*, n° 29/4, p. 33-62.

<sup>60</sup> LEHINGUE Patrick. 1990. « Représentation et relégation : le social dans les débats politiques locaux », in GAXIE Daniel, COLLOVALD Annie, GAITI Brigitte, LEHINGUE Patrick, POIRMEUR Yves. *Le social transfiguré. Sur la représentation politique des préoccupations sociales*. Paris, CURAPP-PUF, p. 111-139.

<sup>61</sup> COLLOVALD Annie, GAITI Brigitte. 1990. « Discours sous surveillance : le social à l'Assemblée », in GAXIE Daniel, COLLOVALD Annie, GAITI Brigitte, LEHINGUE Patrick, POIRMEUR Yves, *op.cit.*

<sup>62</sup> LASCOUMES P., LE GALES P., *op. cit.*

## **b) La spécification du dispositif par des appuis multisectoriels**

Le choix de prendre appui sur ou de se distancier des dispositifs déjà en place permet de relever la manière dont le problème sanitaire est revisité en local, pour être traduit en problème social, puis en problématique politique. Si les collectivités locales ne peuvent intervenir sur l'offre de soins, leur action peut s'exercer à travers les politiques de logement, de lutte contre l'exclusion, de l'emploi de l'environnement, de l'accès aux transports, ou encore en matière de sport qui constitue également une compétence territoriale<sup>63</sup>. À la suite de la loi Chevènement<sup>64</sup>, les pouvoirs publics locaux développent non seulement une politique sportive, mais aussi des actions en termes d'aménagement de l'espace urbain, de l'environnement et du cadre de vie, contribuant à enrichir les politiques publiques de santé. À partir de 2000, des ateliers santé-ville sont créés pour lutter contre les inégalités sociales de santé à l'échelle des quartiers<sup>65</sup>. Ils marquent une continuité entre politique de santé et politique sociale des quartiers. La position de Strasbourg est d'ailleurs centrale au sein du réseau français des ville-santé dont l'objectif est de « renforcer le leadership des villes, pour la santé, la réduction des inégalités et le bien-être de tous<sup>66</sup> ». La loi de 1999<sup>67</sup> crée un nouveau cadre dans lequel les acteurs locaux peuvent élaborer un projet de développement local durable. Strasbourg se distingue : « En facilitant le déplacement des cyclistes, la capitale alsacienne défend une vision globale de la mobilité urbaine, visant à encourager l'abandon de la voiture au cœur de la ville et dans les quartiers, au profit d'un ensemble d'autres modes de déplacement actifs. Cette démarche s'intègre dans une politique volontariste dans les domaines des déplacements urbains, de la santé, de la pratique sportive, ainsi que du développement durable. »<sup>68</sup> Une particularité locale qui se re-

---

<sup>63</sup> BAYEUX Patrick. 2006. *Le sport et les collectivités territoriales*, Paris, PUF.

<sup>64</sup> Loi n° 1999-586 du 12 juillet 1999 relative au renforcement et à la simplification de la coopération intercommunale.

<sup>65</sup> BERTOLOTTO Fernando, JOBERT Michel. 2004. « Les ateliers santé ville territoires, santé publique et politiques de santé au niveau local », document d'étape, délégation interministérielle à la Ville. IME Paris.

<sup>66</sup> <http://www.villes-sante.com/le-rfvs/adherer-au-reseau/> (consulté le 29 septembre 2016).

<sup>67</sup> Loi n° 1999-533 du 25 juin 1999 d'orientation pour l'aménagement et le développement durable du territoire.

<sup>68</sup> Communauté urbaine de Strasbourg. « Un esprit pionnier pour des transports toujours en pointe ». Document téléchargeable : <http://www.strasbourg.eu/fr/grands-projets/projets-deplacements-urbains> (consulté le 29 septembre 2016).

trouve dans le dispositif, par l'usage du Velhop<sup>69</sup> et de l'aménagement urbain en pistes cyclables (vitaboucle), coordonnant ainsi les politiques locales de santé et du sport à celles de l'urbanisme. Comme le précise la présentation du dispositif SSSO sur son site : « La Ville de Strasbourg dispose de leviers particuliers pour le développement de l'activité physique, notamment par la promotion des modes de déplacement physiquement actifs (plan de déplacements urbains, plan piéton...) »<sup>70</sup>. » La mise en lien de différents secteurs (sanitaire, urbain, sport, social) autour du sport-santé valorise l'ensemble des services dont les actions ont un impact sur la santé de la population en termes de qualité de vie.

Si, pour William Gasparini et Gilles Vieille-Marchiset, le sport est un objet mou, instrumentalisé par les décideurs publics pour pallier les déficits d'éducation au sein d'un territoire local<sup>71</sup>, notre analyse montre que le sport-santé se présente comme un objet qui traverse différents secteurs politiques permettant de rendre visibles les actions publiques en les coordonnant. La force du dispositif est d'avoir fait de la santé un enjeu transversal du développement local, comme le souhaite le Haut Comité de la santé publique<sup>72</sup>. Ainsi, l'ancrage du dispositif dans différents secteurs politiques au cours de son évolution révèle à rebours une déssectorialisation des politiques publiques. L'espace politique qui est organisé par des programmes antérieurs oriente la finalisation du dispositif au regard des catégories de pensée et d'action des services publics locaux<sup>73</sup>. Le sport-santé s'inscrit au cœur de l'action publique locale, grâce au jeu des alliances entre les différents services autour de la santé, renforçant leur compétence locale. Il est donc difficile de définir le sport-santé en dehors d'une économie politique locale qui constitue un cadre de pensée préalable à la création du dispositif.

### **c) L'évolution du dispositif révélatrice d'une politique procédurale**

Cette monographie met au jour l'intrication des enjeux des structures engagés dans l'organisation des politiques locales. L'évolution des contours spécifiques de l'objet tient pour une part aux configurations d'acteurs à partir desquelles le dispositif s'est construit et institutionnalisé.

---

<sup>69</sup> Velhop est un service de location de vélos créé par l'Eurométropole de Strasbourg.

<sup>70</sup> <http://www.strasbourg.eu/vie-quotidienne/solidarites-sante/sante/sport-sante-sur-ordonnance-a-strasbourg> (consulté le 29 septembre 2016).

<sup>71</sup> GASPARINI W., VIEILLE-MARCHISET G., *op. cit.*

<sup>72</sup> CLAVIER C., *op. cit.*

<sup>73</sup> LASCOUMES P., *op. cit.*

Toutefois, la définition du problème par les acteurs qui la portent n'est pas sans effet sur les politiques mises en œuvre. Elle a également des conséquences sur l'espace politique<sup>74</sup>. En effet, l'étude des conditions de réussite de l'action publique<sup>75</sup> révèle, à partir de ce dispositif, la nécessité de substituer un modèle procédural au modèle substantiel suivant lequel une autorité centralisée définirait d'emblée et de façon précise les buts et les moyens d'une action publique<sup>76</sup>. Selon Pierre Lascoumes, les politiques procédurales opèrent par une mise en place « d'instrument de connaissances, de délibération et des décisions peu finalisés a priori ». L'action procédurale construit dans le temps un « bien commun localisé » assurant la cohérence et la légitimité des décisions. Notre analyse montre bien que cet « intérêt général territorialisé<sup>77</sup> » est un construit social. Elle met aussi en évidence combien la territorialisation des politiques de santé est indissociable d'une appropriation et d'un façonnement locaux des problèmes.

## **Conclusion**

L'analyse institutionnelle par le bas montre que le contexte ne se présente pas seulement comme un frein<sup>78</sup>, mais constitue également un ancrage légitime possible, en termes d'organisation, de conceptions ou de cadre d'analyse préexistants. En prenant appui sur des modèles de pratiques déjà légitimes, le dispositif s'inscrit, par son organisation, dans la continuité d'une action publique déjà engagée dans le domaine de la santé, du sport et de l'intégration sociale. Cet état antérieur à la création du dispositif pèse sur celui-ci, moins comme un système de contrainte qu'un ensemble de possibilités déjà explorées sur lesquelles prendre appui. Ainsi, l'innovation institutionnelle se construit à la marge de champs déjà institués en empruntant certaines formes sociales qui se fixeront de manière spécifique. L'importance accordée au contexte local pour construire une pratique adaptée tient d'une co-construction entre l'appui local (des acteurs, des structures et des pratiques) et la définition

---

<sup>74</sup> HENRY Emmanuel, JOUZEL Joël. 2008. « Les politiques de santé au travail au prisme de la sociologie de l'action publique », *Santé publique*, hors-série, vol. 20, p. 181-189.

<sup>75</sup> HASSENTEUFEL Patrick. 2000. *Sociologie politique : l'action publique*, Paris, Armand Colin.

<sup>76</sup> LASCOUMES P., *op. cit.*

<sup>77</sup> LASCOUMES Pierre, LE BOURHIS Jean-Pierre. 1998. « Le bien commun comme construit territorial. Identités d'action et procédures », *Politix*, n° 42, vol. 11, p. 37-66.

<sup>78</sup> LABORIER Pascale. 2003. « Historicité et sociologie de l'action publique », in CURAPP. *Historicité de l'action publique*, Paris, PUF.

singulière du problème qui résulte d'un jeu d'alliance contextuel entre les acteurs et les structures. L'analyse par le bas renouvelle ainsi le débat sur la mise en œuvre, rendant caduque la distinction entre conception et mise en œuvre<sup>79</sup>.

Enfin, l'évolution du dispositif doit se comprendre dans la construction d'un changement des politiques locales. Ainsi, ce ne sont pas tant les changements politiques qui expliquent la nécessaire mutation des pratiques et des positions des acteurs dans un champ que l'inverse. La modification des conceptions et des acteurs semble révélatrice d'un changement de forme de gouvernance. Enfin, les politiques publiques de type substantialiste s'appuyaient préalablement sur des analyses de besoins pour s'assurer de leur pertinence locale. Le renouvellement des politiques conduira-t-il à une mutation des études sociales pour clarifier l'action publique en train de se faire ?

---

<sup>79</sup> PHILIPPE Sandra. 2004. « La mise en œuvre de l'action publique : un moment problématique. L'exemple de la politique de santé mentale », *Revue française de science politique* n° 2, vol. 54, p. 315-334.

**Tableau 1 : caractéristiques de l'échantillon d'éducateurs**

	Éducateur 1	Éducateur 2	Éducateur 3	Éducatrice 4	Éducateur 5	Éducateur 6
Activité proposée	École de vélo	Fitness	Gymnastique dont marche nordique	Marche nordique	Marche nordique	Tai chi
Créneau et dispositifs	Spécifique SSO	Animation quartier	Spécifique SSO	Spécifique SSO	Pratique douce	Pratique douce
Institution locale	Service des sports	Service des sports	Association fédérale EPMM	Association fédérale Athlé-santé	Association quartier Global sport	Association Impact
Objectif structure	Création du dispositif Apprendre à se déplacer	Animation quartier entretien	Développement condition physique	Entraînement activation cardiaque	Périscolaire développement solidarité	Développement équilibre personnel
Rattachement institutionnel	CUS*	CUS	FFEPMM	FFA	FFEPGV	FAEMC
Statut professionnel et formation	Fonction publique ETAPS*** master STAPS	Fonction publique ETAPS BEES 1**** STAPS	Salarié Educateur BEES 1 sport pour tous DEUST senior	Bénévole Diplôme coach FFA infirmière à la retraite	Salarié Educateur BEES 1 sport pour tous	Bénévole profession libérale

\*CUS communauté urbaine de Strasbourg (Eurométropole de Strasbourg)

\*\*ETAPS éducateur territorial des activités physiques et sportives.

\*\*\*BEES 1 brevet d'état d'éducateur sportif, 1<sup>er</sup> degré.