

INJEP NOTES & RAPPORTS

RAPPORT D'ÉTUDE

■ Juin 2023

■ INJEPRS-2023/05

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

SYNTHÈSE

AKIM OUALHACI

■ Chargé d'étude et de recherche, INJEP

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 représentation 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 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.

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.

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 schéma préventif, et non médicamenteux, au schéma 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'évaluaient 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 que 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 de 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 réseau, 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 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 « particip[e]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

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.

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'usager 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'écarter 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·es 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 de « 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.

Retrouvez l'intégralité du rapport téléchargeable sur www.injep.fr

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.



ISSN : 2727-6465