



HAL
open science

Extension et déstabilisation d'une politique de santé publique

Flavien Bouttet, Romaine Didierjean, Florian Hot, Mélanie Lepori, Coralie Lessard, Collectif Prescapp

► To cite this version:

Flavien Bouttet, Romaine Didierjean, Florian Hot, Mélanie Lepori, Coralie Lessard, et al.. Extension et déstabilisation d'une politique de santé publique. *Émulations: Revue des jeunes chercheuses et chercheurs en sciences sociales*, 2024, 45, pp.37-56. 10.14428/emulations.045.03 . hal-04388698

HAL Id: hal-04388698

<https://hal.science/hal-04388698>

Submitted on 21 May 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

Extension et déstabilisation d'une politique de santé publique.

L'entrée des « Maisons Sport-Santé » dans le dispositif d'encadrement de la prescription médicale d'activité physique

Flavien Bouttet, Romaine Didierjean, Florian Hot, Mélanie Lepori, Coralie Lessard

Émulations - Revue de sciences sociales, 2023, n° 45, « Les Politiques publiques du corps sain ».

Article disponible à l'adresse suivante

<https://ojs.uclouvain.be/index.php/emulations/article/view/gallengasoldani>

Pour citer cet article

Flavien Bouttet, Romaine Didierjean, Florian Hot, Mélanie Lepori, Coralie Lessard, « Extension et déstabilisation d'une politique de santé publique. L'entrée des "Maisons Sport-Santé" dans le dispositif d'encadrement de la prescription médicale d'activité physique (1960-2022) », *Émulations*, n° 45, Mise en ligne le 10 janvier 2024.
DOI : 10.14428/emulations.045.03

Distribution électronique : Université catholique de Louvain (Belgique) : ojs.uclouvain.be

© Cet article est mis à disposition selon les termes de la Licence *Creative Commons Attribution, Pas d'Utilisation Commerciale 4.0 International*. <http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

Éditeur : Émulations – Revue de sciences sociales / Presses universitaires de Louvain
<https://ojs.uclouvain.be/index.php/emulations>

ISSN électronique : 1784-5734

Extension et déstabilisation d'une politique de santé publique

L'entrée des « Maisons Sport-Santé » dans le dispositif d'encadrement de la prescription médicale d'activité physique

Flavien Bouttet¹, Romaine Didierjean², Florian Hot³, Mélanie Lepori⁴, Coralie Lessard⁵

[Résumé] Entre 2020 et 2022 en France, le ministère des Sports et celui des Solidarités et de la Santé ont labellisé 436 structures « Maisons Sport-Santé » (MSS). D'après leur cahier des charges, les MSS doivent organiser et coordonner l'offre d'activité physique et les parcours des personnes recevant une prescription médicale. Or, sur de nombreux territoires, plusieurs MSS sont labellisées alors que des plateformes organisées par des acteurs publics ou associatifs et soutenues par l'État en région (ARS et DRJSCS) menaient déjà ces actions. À partir d'une enquête qualitative dans quatre régions métropolitaines, l'article montre comment l'usage d'un label peut déstabiliser un espace local par la remise en cause des légitimités naissantes et la multiplication du nombre d'acteurs reconnus pour les mêmes missions. En revenant sur la diversité des structures pouvant être labellisées, et en particulier l'émergence de structures privées marchandes et hospitalières reconnues par les pouvoirs publics, l'article propose une analyse des lectures différenciées de l'organisation et de la coordination de l'espace local. L'évolution du nombre de structures labellisées et des relations entre les structures permet aussi d'interroger la dynamique processuelle des dispositifs d'encadrement de la prescription médicale d'activité physique.

Mots-clés : label, dispositifs, Maison Sport-Santé, prescription d'activité physique.

Extension and destabilisation of a public health policy. The inclusion of «Maisons Sport-Santé» in the dispositif for medical prescriptions for physical activity

[Abstract] From 2020 to 2022, the French ministries of Sport and Health rewarded 436 structures with the "Maisons Sport-Santé" (MSS) label. Regarding their specification, the MSS should organize and coordinate the physical activity provision and the paths of those receiving a medical prescription. However, in many local territories, several MSS rewarded the label and platforms run by public or civil society actors supported by the State in region (ARS and DRJSCS) already carried out actions before the labeling. From a qualitative survey conducted in four metropolitan regions, this article shows how a label may destabilize a local space by jeopardizing the emerging legitimacy and by increasing

¹ Université de Lorraine, UR Apemac, LIEPP (Sciences Po), France.

² Université de Nîmes, APSY-V, France.

³ UMR Centre Max Weber, LIEPP (Sciences Po), France.

⁴ Université de Strasbourg, SAGE, France.

⁵ UCO-IFEPSA, Equipe APCoSS, France.

L'article a été écrit au sein du collectif Prescapp dans le cadre du programme du même nom. Le programme est financé par la maison des sciences de l'homme de Lyon-Saint-Etienne, la fondation Université Jean Monnet et le 10e appel blanc de l'IRESP/CNSA, et le laboratoire interdisciplinaire d'évaluation des politiques publiques (LIEPP - Sciences Po).

the number of recognized actors to fulfill the same missions. By returning to the diversity of structures which could reward a label, this article aims to analyze differentiated interpretations of the local level organization and coordination. The evolution of the number of labeled structures and the relations between them also enable to question the procedural impetus of medical prescription of physical activity controls.

Keywords : label, devices, Maisons Sport-Santé, physical activity prescription.

En 2016, la loi de modernisation de notre système de santé⁶ instaure la possibilité pour le médecin traitant de prescrire une activité physique adaptée aux patients en affection de longue durée (ALD). En 2017, un décret d'application et une instruction interministérielle invitent les services déconcentrés du ministère des Sports et les Agences régionales de santé (DDCS/DRJSCS⁷ et ARS) à structurer et coordonner des réseaux d'accompagnement pour favoriser la prescription et l'orientation vers l'activité physique des patients en ALD. Ces mesures poursuivent la dynamique française de construction et d'institutionnalisation d'un modèle interventionniste d'organisation des activités physiques à des fins de santé. Celui-ci s'appuie sur une logique de prise en charge individualisée des publics ciblés ainsi que sur un fonctionnement en réseau de différents acteurs institutionnels et professionnels issus des mondes du sport et de la santé. Initié à partir de la fin des années 2000, ce modèle s'est développé dans un contexte de territorialisation des politiques de santé (Favier-Ambrosini, Delalandre, 2018). Il a été renforcé avec les premiers Plans nationaux et régionaux sport santé bien-être en 2012-2013 (Illivi, Honta, 2020) et réaffirmé par la Stratégie nationale sport santé 2019-2024. Ainsi, à la fin des années 2010, de nombreuses actions locales coordonnées ou soutenues par les ARS et les services régionaux de jeunesse et sports (DRJSCS entre 2010 et 2021, et DRAJES⁸ depuis 2021) sont mises en œuvre dans plusieurs régions avec la prescription médicale d'activité physique comme élément structurant. Elles prolongent souvent des dynamiques antérieures de structuration d'une offre à la fois par le haut – par l'action des pouvoirs publics, et par le bas – à travers des initiatives locales. Construites dans un contexte de renouvellement des plans régionaux sport santé bien-être et de réformes territoriales ayant conduit à la fusion des régions et des services de l'État, ces actions sont souvent mises en œuvre par des acteurs associatifs intervenant comme opérateurs des pouvoirs publics.

Dans ce contexte, en 2019, les ministères de la Santé et des Sports lancent conjointement un premier appel à projets pour labelliser des Maisons Sport-Santé (MSS)⁹.

⁶ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 - article 144.

⁷ Direction départementale de la cohésion sociale/Direction régionale de la jeunesse, des sports, et de la cohésion sociale.

⁸ Délégations régionales académiques à la jeunesse à l'engagement et aux sports. Nous citons également les SDJES : Service départemental à la jeunesse, à l'engagement et aux Sports.

⁹ Les pouvoirs publics parlent principalement de « reconnaissance » MSS et contestent dans les arènes publiques l'usage de « label » par les porteurs de projets et ce, d'autant plus à partir de 2021. Une agente de l'administration centrale du ministère des Sports nous dit même en entretien : « Ça n'a jamais été un label parce qu'il n'avait pas d'opposabilité stricte en droit ». Pourtant,

Renouvelé chaque année, l'appel a conduit à la labellisation de 436 structures entre 2020 et 2022. Décrites comme outils de santé publique, d'égalité des chances et d'accès au droit à la santé par le sport, les MSS illustrent la continuité d'un gouvernement des activités physiques à des fins de santé par les instruments. De façon générale, une MSS vise à favoriser l'accompagnement de tous les publics vers l'activité physique et peut produire des actions en prévention primaire, secondaire et tertiaire¹⁰. Mais, en demandant d'organiser l'encadrement de la prescription médicale d'activité physique auprès des personnes malades chroniques et de coordonner les acteurs engagés, le cahier des charges de l'appel à projets des MSS invite les organisations candidates à se positionner sur un terrain déjà investi dans de nombreuses régions par les ARS, les DRJSCS et leurs opérateurs. Ainsi, l'État et ses services et agences en région peuvent légitimer sur un même territoire plusieurs organisations pour réaliser des actions similaires. La concentration de structures labellisées dans un espace local (ville ou département) et la légitimation de nouvelles organisations à distance des réseaux en construction – structures hospitalières et privées marchandes notamment – apparaissent alors comme des phénomènes marquants de ce processus de labellisation et génèrent des incertitudes en matière de division du travail et de coordination des acteurs, mais aussi en matière de concurrence et de lisibilité pour les principaux destinataires de cette politique : les médecins et les publics ciblés.

La sociologie politique a largement étudié la conception et la mise en œuvre de labels (Bergeron, Castel, Dubuisson-Quellier, 2014), y compris au sein du champ sportif. Frédéric Illivi et Marina Honta (2020) ont montré comment, par les labels, les pouvoirs publics en région orientent l'action locale en matière d'organisation de l'offre d'activité physique et favorisent la reconfiguration des rapports de pouvoir et la production de logiques concurrentielles entre les acteurs impliqués sur un même secteur d'activité. En appréhendant les effets immédiats du processus de labellisation des MSS, l'objectif de l'article est de prolonger la réflexion sous deux angles. Il s'agit d'abord de montrer comment la mise en place d'un label par des administrations centrales peut déstabiliser et recomposer un domaine d'intervention publique structuré jusqu'ici par des pouvoirs étatiques en région ayant développé leurs propres instruments (partie 1). Ensuite, nous expliquons que la transformation des espaces locaux et la survenue de nouveaux entrants dans l'action publique entraînent non seulement la mise en place de nou-

dans le dossier de presse de 2022, les ministères citent toujours des structures « labellisées ». Nous faisons le choix dans le cadre de cet article de parler de façon harmonisée de « label » MSS, notamment car l'objet appréhendé ici constitue un instrument comparable à ce qui a déjà été étudié en sociologie politique sous le vocable de « label ».

¹⁰ Prenant appui sur l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la Haute autorité de santé (HAS) définit la prévention primaire comme « l'ensemble des actes visant à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population et à réduire les risques d'apparition », la prévention secondaire comme cherchant « à diminuer la prévalence d'une maladie dans une population et [recouvrant] les actions en tout début d'apparition visant à faire disparaître les facteurs et les risques », et la prévention tertiaire comme visant à « diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou récidives dans une population et réduire les complications, invalidités ou rechutes consécutives à une maladie ». HAS, (2015), *Prendre en compte la santé des mineurs/jeunes majeurs dans le cadre des établissements/services de la protection de l'enfance et/ou mettant en œuvre des mesures éducatives*.

veaux systèmes d’alliance et d’opposition, mais aussi la production de justifications et de discours autour des organisations et coordinations locales de l’encadrement de la prescription (partie 2). Ces phénomènes sont également visibles à propos des « technologies de gouvernement des corps¹¹ » qui structurent ces organisations locales (Memmi, Fassin, 2004), telles que les modes d’orientation, les coûts d’entrée ou l’encadrement des parcours et des activités physiques par certaines catégories de professionnels (partie 3).

Pour saisir, dans un même mouvement, cette transformation des organisations et des discours, nous faisons le choix d’appréhender l’encadrement de la prescription médicale d’activité physique comme un dispositif au sens de Nicolas Dodier et Janine Barbot (2016). Cette position apparaît complémentaire à la sociologie du gouvernement par les instruments pour trois raisons. D’abord, avec la notion de dispositif, Dodier et Barbot se concentrent sur les agencements mettant en lien l’ensemble des acteurs et leurs répercussions sur les activités. Cette démarche favorise une analyse en termes de relation à deux échelles : d’abord entre les acteurs locaux dans leur diversité, puis entre les acteurs locaux, régionaux et nationaux. Elle permet également une lecture plus horizontale de ces relations, notamment entre les acteurs privés (associatifs et marchands) et publics. Trouvant ses origines dans la sociologie des sciences et des techniques, elle permet également de laisser une place importante à la prescription médicale comme élément structurant des reconfigurations locales. Aussi, Dodier et Barbot proposent-ils une lecture axée sur la dimension processuelle des dispositifs et autorisent-ils alors une approche des rapports de pouvoir plus dynamique dans la mise en œuvre de la politique publique, mais aussi plus différenciée en fonction de l’espace local étudié. Cette lecture permet de voir l’arrivée des MSS comme une extension du dispositif d’encadrement de la prescription d’activité physique et plus généralement de la politique publique. La labellisation des MSS est d’autant plus originale qu’elle fait entrer dans le dispositif et l’action publique une très grande hétérogénéité de structures (associations, établissements de santé publics et privés, collectivités territoriales ou encore entreprises privées marchandes). Elle produit aussi des effets différenciés en fonction des territoires. Enfin, Dodier et Barbot invitent à considérer les dispositifs comme des produits et des vecteurs d’idéaux ainsi que le lieu de production, d’expression et de diffusion de répertoires normatifs. Traiter dans un même mouvement la reconfiguration des agencements qui font le dispositif et le déploiement de répertoires normatifs permet de saisir comment la transformation du dispositif d’encadrement de la prescription se fait aussi par un « travail normatif »¹² qui vient justifier et légitimer des choix tant sur les modalités d’articulation et de coordination que sur les technologies de gouvernement que ces modalités structurent.

¹¹ Par « technologies de gouvernement du corps », Memmi et Fassin (2004) décrivent l’ensemble des formes de régulations ou d’interventions pour encadrer des pratiques corporelles et visant à modifier ou contrôler des comportements, intérioriser des normes, etc.

¹² Par « travail normatif », Dodier et Barbot (2016) caractérisent « les évaluations, positives ou négatives, que les individus portent explicitement sur des états de choses ». Ils ajoutent que ce travail « peut porter sur le dispositif lui-même (...) [ou] également sur les conduites des individus dans le cadre d’un dispositif » (p. 427).

Le récit d'enquête proposé dans cet article s'appuie sur un corpus de cinquante-huit entretiens réalisés entre 2019 et 2023 avec des acteurs engagés dans le déploiement des actions liées à la prescription médicale d'activité physique dans quatre régions de France métropolitaine : des agents des services de l'État (des ARS (N=5)¹³ et des services déconcentrés du ministère des Sports DDCS et DRJSCS, devenues DRAJES et SDJES (N=11) à différents échelons et avec des statuts différents (médecins-conseils, conseillers d'animation sportive, chargés de mission), des coordonnateurs de plateformes au sein des organisations soutenues par les pouvoirs publics et des porteurs de structures labellisées MSS (N=41)). Un entretien avec un agent de l'administration centrale du ministère des Sports est également mobilisé. Au moment de l'écriture du texte, trente-neuf entretiens ont fait l'objet d'une retranscription intégrale. Les autres ont été partiellement retranscrits ou ont fait l'objet d'une prise de notes détaillée. En outre, des discussions informelles et des observations ont été menées dans deux des quatre régions. Dans la première, un des co-auteurs a entretenu des liens réguliers par téléphone avec plusieurs coordonnateurs départementaux du dispositif autour de la mise en œuvre des politiques publiques. Dans la seconde, un des co-auteurs a assisté aux réunions d'un groupe de suivi départemental durant trois ans (quatre à cinq réunions par an) et aux groupes de travail de transformation du dispositif régional (ARS, DRJSCS, opérateurs et représentants de professionnels étaient présents). Ces démarches ont été accompagnées d'une prise de notes fine des échanges et interventions observés. Elles ont favorisé la compréhension de la dynamique processuelle des dispositifs, des adaptations déployées par les opérateurs dans la mise en œuvre de la politique publique, mais aussi des discours et des jugements normatifs sur les actions mises en place et les autres acteurs engagés dans l'espace local. Enfin, les résultats d'un travail documentaire portant notamment sur les appels à projets, mais aussi sur trois dossiers de labellisation de MSS dans deux régions sont également convoqués. Le traitement de ces dossiers permet d'interroger le positionnement revendiqué des MSS auprès des pouvoirs publics et la manière dont les porteurs de projets se projettent dans l'espace local de la prescription – les dossiers invitant à présenter les logiques partenariales et leur fonctionnement. À partir de ces données, plusieurs formes d'analyse ont été menées conjointement. Nous avons procédé à la constitution de cas pour chaque région afin de décrire les logiques organisationnelles (et leurs transformations) qui structurent les différents territoires. Nous avons réalisé ensuite une comparaison de ces cas. En parallèle, nous avons mené une analyse thématique sur l'ensemble des entretiens retranscrits, notamment autour des enjeux de coordination et de relation aux différents types d'acteurs engagés dans l'espace local.

¹³ Plusieurs chargés de mission des ARS et ARS-DT n'ont pas donné suite, ou ont régulièrement repoussé nos demandes d'entretien en raison des lourdes charges de travail produites par la crise sanitaire liée à la Covid-19.

1. Qui labellise et qui doit être labellisé ? Des approches plurielles suivant les échelles du pouvoir

Parmi les missions demandées aux MSS, le premier cahier des charges de l'appel à projets fait part d'une participation active « 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, la MSS doit permettre d'informer le public, d'établir un programme sport-santé personnalisé et d'orienter vers les intervenants disposant des compétences requises » (p. 9)¹⁴. Ces objectifs de coordination, d'accompagnement et d'information ont de fortes convergences avec ceux des plateformes et actions mises en place dans plusieurs régions après l'instruction de 2017 portant sur l'encadrement de la prescription. De nombreux opérateurs associatifs des pouvoirs publics obtiennent d'ailleurs le label dès la première année. Mais en proposant une reconnaissance à une diversité d'autres acteurs, la labellisation des MSS a pour effet une remise en cause du positionnement et de la légitimité des acteurs en place en matière d'encadrement de la prescription médicale d'activité physique, en premier lieu pour les ARS et DRAJES qui décidaient des orientations locales et de leurs partenaires et opérateurs dans plusieurs régions. Les agents des services de l'État sont déstabilisés par ce processus qui leur est imposé par les administrations centrales et qui limite leur capacité d'intervention en les dépossédant du pouvoir de décision finale d'attribution du label. Alors que les ministères leur demandent de classer et évaluer les dossiers, l'enquête révèle que les classements locaux ne sont suivis que partiellement par les administrations centrales :

Enquêté : Oui on a instruit les dossiers conjointement ARS/DRDJSCS. [...] Alors parfois il y a eu des... des remises en cause de nos choix par le niveau national. Voilà, mais en tout cas on en avait sept en 2019 et on en a cinq en 2020.

Enquêteur : Vous pouvez nous en dire un peu plus sur ces remises en cause s'il vous plaît ?

Enquêté : Bah c'est-à-dire que parfois il est arrivé que pour certains dossiers, on émette un avis un peu réservé et que le niveau national souhaite quand même donc donner le... le label Maisons Sport-Santé à cette structure.

Enquêteur : On vous a donné des arguments, c'était pour... il y avait des objectifs pour...enfin quels étaient les arguments du niveau national ?

Enquêté : Euh... non il y avait plutôt un tableau qui nous était transmis avec le positionnement national. Voilà on a fait remonter des avis. Voilà et puis dans certains cas on n'a pas été suivis, mais... [...]. Donc après rien ne les empêche de déposer un dossier. C'est vrai que nous on avait émis des réserves parce que là, bah les Maisons Sport-Santé sur [cette ville] sont assez nombreuses maintenant, mais... Bon voilà donc ces dossiers-là sont tous passés au niveau national donc... bah c'est vrai que ça pose un petit peu de difficultés parce qu'il y a une

¹⁴ Appel à projets relatif aux Maisons Sport-Santé. Ministère des Solidarités et de la Santé, ministère des Sports, 2019.

forte concentration dans certains territoires et pas de Maison Sport-Santé dans d'autres. » (Chargé de mission, ARS, juin 2020)

Marina Honta et ses co-auteurs (2018) décrivent le label comme une des technologies contemporaines mobilisées par l'État pour retrouver son emprise sur l'action publique territorialisée. Le label MSS illustre cette lecture en montrant les tensions que génère une répartition multiscalaire du pouvoir au sein du dispositif d'encadrement de la prescription d'activité physique. La plus forte intégration des administrations centrales dans le dispositif peut entraîner un sentiment de dépossession des agents, d'autant plus prégnant dans les services de l'État qui étaient engagés dans la structuration de réseaux et d'organisations autour de la prescription médicale depuis l'instruction de 2017. Par l'arrivée de ce nouvel instrument, les logiques de structuration sont mises à mal à trois niveaux.

En premier lieu, le problème est temporel. Comme Samuel Juhle et ses co-auteurs (2021) l'ont relevé au sujet des Contrats locaux de santé et des agents des ARS, une dérégulation de la rythmicité de travail des agents entre leurs différentes missions apparaît ici. Les agents des ARS et DRAJES (et des services déconcentrés dans les départements – ARS-DT¹⁵ et DJES) ne saisissent pas toujours les raisons de l'arrivée de ce nouvel instrument de la politique publique à un moment où ils travaillent à la mise en réseau d'acteurs, tentent de développer la prescription et organisent leurs territoires. D'un côté, ils ont suivi l'injonction ministérielle de 2017 et se sont engagés dans des contractualisations pluriannuelles avec des opérateurs. Ils défendent des organisations et des manières d'encadrer la prescription. De l'autre, les administrations centrales leur imposent la gestion d'un nouvel instrument sans prise en compte des situations régionales et sans attendre les phases d'évaluation et de bilan au sein de dispositifs présentés pourtant régulièrement comme "expérimentation".

Dans un deuxième temps, la question des inégalités territoriales est au centre de la controverse. Les pouvoirs publics étatiques en région tentent de favoriser un « maillage territorial » afin de donner les moyens à toutes et tous de pratiquer à partir d'une prescription. Les agents pensent la construction du dispositif de façon à favoriser une égalité d'accès en termes de distance à l'offre sur l'ensemble du territoire. Or, la labellisation des MSS peut aller à l'encontre de cette démarche en donnant le pouvoir aux administrations centrales de rejeter la candidature de structures soutenues par des acteurs en place sur des territoires sans MSS, ou au contraire, en générant une forte concentration de structures labellisées sur une même métropole. La nécessité d'un maillage territorial dans l'extension du dispositif n'est pas défendue à toutes les échelles de l'action publique. Au niveau des administrations centrales, cette question s'arrête à la présence d'au moins une MSS par département. Au-delà de cette mesure symbolique, l'extrait suivant montre que l'administration défend l'idée que l'accroissement brut de l'offre ne peut être que bénéfique dans un contexte initial déficitaire :

« Quand on a lancé le premier appel à projets en 2019, on avait indiqué au moins une MSS par département. C'était ça l'enjeu au départ. Au moins une MSS

¹⁵ Délégation Territoriale.

par département. Lorsqu'il y a eu des candidatures multiples par département, voire sur des bassins de vie, le deuxième message, ça a été... La deuxième, comment dirais-je, directive, a été lorsque nous avons des dossiers de qualité, la qualité doit l'emporter sur le choix de tel ou tel sur un territoire, y compris dans un périmètre réduit. Ceci était fondé sur le fait qu'il y a de toute façon plus de besoins que de réponses possibles. » (Agent de l'administration centrale, ministère des Sports, juillet 2022)

Ainsi, le décompte des MSS labellisées révèle de fortes disparités territoriales. Dans les régions étudiées, on compte en 2022 jusqu'à sept structures labellisées à l'échelle d'une agglomération et jusqu'à dix à celle d'un département¹⁶. En parallèle, à l'échelle nationale, neuf départements et collectivités d'outre-mer, essentiellement ruraux (Lozère, Meuse, Savoie, Hautes-Pyrénées, Territoire de Belfort, Corse et Guyane), ne comptent qu'une seule MSS en 2022 – parfois assez éloignée du cadre du cahier des charges – alors que la moyenne nationale est légèrement supérieure à quatre par département. Si le taux de structures labellisées par nombre d'habitants peut relativiser ces inégalités – les départements les plus ruraux n'étant alors plus forcément sous-dotés, une approche en termes d'accessibilité géographique confirme l'existence d'inégalités territoriales dans le processus de labellisation. En fonction de leur lieu de résidence, les populations n'ont pas les mêmes possibilités d'accès à une MSS. Quand une personne vivant en métropole a accès à plusieurs MSS à quelques kilomètres et quelques minutes de transport de chez elle, une personne vivant en milieu rural peut être à plusieurs dizaines de kilomètres de la première MSS¹⁷.

Le troisième niveau de déstabilisation de l'action portée par les pouvoirs publics en région concerne la diversité du type de structures labellisées. Le premier cahier des charges de l'appel à projets indique que « la Maison sport santé peut être portée par des structures de nature juridique diverse, publiques ou privées, à but lucratif ou non » (p. 10). La diversité des formes de structures labellisées est donc bien assumée par les ministères des Sports et de la Santé. Dans les quatre régions étudiées, sont comptabilisés après la troisième vague 143 structures labellisées, dont 45 % de structures associatives, 21 % de collectivités territoriales, 12 % de services hospitaliers et de cliniques – privés ou publics, 11 % d'autres structures de santé (réseaux de santé, maison de santé, etc.) et 11 % de structures sportives marchandes. Des disparités sont visibles entre les régions étudiées : dans l'une d'entre elles, aucune structure privée marchande d'activités physiques n'a été labellisée ; tandis que dans une autre, ce sont les structures de santé – publiques ou privées – qui sont marginales. En parallèle, dans chaque région, des

¹⁶ Le décompte a été réalisé à partir du dossier de presse MSS produit par le ministère des Sports et qui donne une liste de l'ensemble des structures labellisées, ainsi que leurs adresses. Des vérifications ont été produites pour vérifier les éventuels décalages existants entre adresse donnée aux ministères et lieu réel d'activité. À partir des données disponibles sur les sites internet et de l'enquête de terrain, nous avons aussi répertorié le statut juridique de chaque structure.

¹⁷ Il ne s'agit pas de nier ici les dimensions sociale, matérielle, économique de l'accessibilité des MSS et l'importance de la lier à la dimension spatiale. Nous nous centrons sur l'accessibilité géographique, car elle est structurante dans les luttes qui opposent les administrations et leurs services en région.

collectivités territoriales occupent une place de rang sans être majoritaires parmi les structures labellisées¹⁸. Ces différences montrent des logiques de labellisation différenciées entre les territoires et invitent à faire l'hypothèse qu'au-delà de la prise en compte des dynamiques locales, les agents de l'État en région peuvent garder des marges de manœuvre et un pouvoir de structuration de l'espace local.

Le statut des structures labellisées et le secteur d'activité dont elles sont issues sont au cœur des luttes entre les acteurs étatiques en région et ceux des administrations centrales, et peuvent éclairer les problématiques temporelles et territoriales de la labellisation. Les ARS et DRAJES ont développé dans le courant des années 2010 des politiques sport-santé bien-être avec des opérateurs récurrents qui ont pris une place de coordonnateur au sein de l'espace local (associations, collectivités, réseaux de santé). La labellisation en tant que MSS de ces structures opératrices ne génère pas de conflits. Les labellisations controversées concernent les nouveaux entrants dans l'espace local de la prescription d'activité physique, et en premier lieu les acteurs privés marchands et les structures hospitalières – mais aussi certaines grandes collectivités. Dans les territoires où une forte structuration de l'action publique était en place à l'échelle régionale avec des opérateurs légitimés, les autres acteurs s'étaient construits dans une position plus marginale. C'est le cas d'organisations privées marchandes et d'une partie des structures hospitalières observées (privées ou publiques). Proposant une approche plus commerciale, les structures privées à but lucratif proposaient des offres d'activité à la séance ou sur abonnement à des gammes de prix variés et en communiquant directement auprès d'une clientèle devant être solvable – malgré des positionnements visibles en matière d'économie sociale et solidaire. Du côté des hôpitaux, des offres intégrées au parcours de soin pour des patients issus de différents services étaient organisées en interne par des médecins spécialistes. Dans ces services, l'activité physique peut y être décrite comme plus médicalisée en raison d'une approche de l'activité plus protocolaire et biomédicale, mais aussi par la présence de professionnels de santé (kinésithérapeutes, ergothérapeutes, etc.) dans l'encadrement des activités.

Avec la labellisation, l'ensemble de ces structures peut prétendre à une reconnaissance de l'État pour organiser des activités physiques adaptées en tant qu'opérateurs publics ou privés d'une politique de santé publique (Bergeron, Castel, Nouguez, 2011). Leur position dans l'espace local et leur légitimité changent. Les porteurs de projets considèrent le label comme une étape de leur institutionnalisation et un moyen de développer de nouvelles activités. Surtout, dans les propos recueillis, la légitimité acquise auprès de l'État est valorisée comme une possibilité de gagner un pouvoir symbolique au sein de l'espace local des activités physiques à des fins de santé et auprès des diffé-

¹⁸ À l'échelle nationale, le dossier de presse diffusé par les ministères après la labellisation de 2022 indique : 51 % d'associations, 14 % de collectivités territoriales, 29 % de sociétés commerciales, 3 % d'établissements de santé publique, 1 % établissements de santé privés, 1 % de mutuelles, et 1 % autres. Ces données apportent des éléments de cadrage, mais peuvent difficilement être comparées à notre échantillon dans la mesure où les catégorisations sont différentes. Voir "Le réseau des Maisons-Sport-Santé poursuit son déploiement". Dossier de presse. Ministère des Solidarités et de la Santé, ministère des Sports. 14 janvier 2022.

rents partenaires de l'action publique. Elle est aussi un moyen d'intégrer des espaces de coordination dans le déploiement du dispositif d'encadrement de la prescription. Cette volonté d'intégration locale est revendiquée dès les dossiers de candidature à la labellisation dans lesquels les structures se positionnent en complémentarité des acteurs déjà en place. Ce processus de légitimation et d'intégration contraint à l'ensemble des acteurs – nouveaux entrants et installés – un repositionnement dans les systèmes de relations qui organisent l'encadrement de la prescription médicale d'activité physique.

2. Positions et positionnements dans les espaces locaux : des attentes différenciées en matière de coordination

L'enquête au sein de quatre régions métropolitaines montre que la coordination du dispositif et les relations entre les structures font l'objet d'attentes différenciées (Dodier, Barbot, 2016) – d'abord entre les agents de l'État. S'ils proposent aux administrations centrales un classement commun, les agents des différents services ne sont pas pour autant unis. Les divisions apparaissent d'autant plus fortes à propos de la coordination des structures labellisées et de la position que doivent occuper les nouveaux entrants au sein du dispositif d'encadrement de la prescription. Dans les deux régions où l'ARS et la DRAJES sont engagées depuis 2017 dans l'organisation de l'encadrement de la prescription et dans la coordination d'une offre régionale d'accompagnement, les agents de l'ARS en charge de la promotion de l'activité physique décrivent des difficultés à prendre en compte l'arrivée de nouveaux acteurs, mais aussi la nécessité de parvenir à terme à de nouvelles formes de coordination, notamment pour permettre un maillage territorial du dispositif. De leur côté, les agents des services déconcentrés du ministère des Sports – qui émettent moins de critiques à propos des choix des administrations centrales – mettent davantage en avant la diversification de l'offre et une forme de déconcentration de la coordination qui ne nécessiteraient pas un travail d'organisation plus générale de l'espace local :

Je crois qu'il ne faut pas systématiquement voir une coordination régionale pour tous les dispositifs activité physique et santé qui existeraient sur les territoires, d'abord parce que c'est une vue de l'esprit, parce que comme je vous le disais tout à l'heure, pour avoir une coordination, encore faut-il qu'on ait des informations pertinentes, exactes, exhaustives, fiables qui remontent du territoire, ce qui n'est pas forcément le cas, pour tout un tas de raisons parfaitement légitimes donc comment voulez-vous que l'on coordonne des dispositifs, des associations, des machins, qui n'ont absolument pas envie ou vocation, très légitimement, à être coordonnés. (Médecin-conseil, DRAJES, janvier 2020)

A contrario, dans les deux régions où l'ARS et la DRJSCS n'ont pas structuré et coordonné conjointement d'action régionale avant la labellisation des MSS, les agents des services Jeunesse et Sports ont tendance à regretter le manque d'organisation et de coordination régionale du dispositif. Dans les deux cas, les positions et discours des agents des DRJSCS (puis DRAJES) apparaissent comme une mise à distance des positions des agents de l'ARS et font ressortir les rapports de pouvoir entre les deux institu-

tions. Bénéficiant de plus de moyens financiers que les DRAJES, les ARS – qui financent majoritairement les politiques publiques d'activité physique à des fins de santé – sont plus souvent décisionnaires dans la mise en œuvre des politiques de prescription médicale d'activité physique, et condamnent les services Jeunesse et Sports à un rôle de partenaire. Par contre, les services du ministère des Sports peuvent apparaître plus influents dans le travail de coordination départementale. Dans les quatre régions, les délégations territoriales des ARS investissent peu les politiques d'activités physiques à des fins de santé et laissent la possibilité aux SDJES (ex DDCS et DDCSPP) d'occuper une place d'intermédiaire. C'est le cas par exemple dans un département du sud de la France où l'ARS est décrite comme « totalement absente ». Deux conseillers d'animation sportive successifs des services départementaux de jeunesse et sports (SDJES) tentent de structurer un réseau de MSS dans l'optique de construire un maillage territorial et départemental de l'offre d'accompagnement à la prescription. Référents sport-santé de leur service, ils sont soutenus financièrement par le Conseil départemental depuis les années 2010. Suivis que partiellement aux échelons régionaux et nationaux lors de l'évaluation des demandes de labellisation, ils défendent néanmoins la coordination entre toutes les MSS, dont deux sont portées par des structures hospitalières privées – les autres par des associations locales ou des collectivités. Dans un autre département de la même région, le référent sport-santé du SDJES ne mène aucun travail de coordination pour pallier l'absence d'engagement des services régionaux. Comme son homologue, il décrit l'ARS comme absente et la DRAJES dans une position de soutien aux initiatives. Par contre, il mentionne le rejet d'un travail d'accompagnement d'une structure privée marchande labellisée MSS qui irait selon lui à l'encontre de sa mission de service public. Ainsi, l'approche multiscalair et comparative entre les régions et entre les départements révèle des configurations différenciées et indique que les attentes en termes de coordination se construisent dans des histoires institutionnelles, individuelles et dans des rapports de pouvoir à l'échelle locale. Elle montre aussi le poids des initiatives politiques de structuration mises en place dès 2017.

L'analyse comparative et processuelle du dispositif d'encadrement de la prescription permet aussi de ne pas uniquement se centrer sur les positionnements stratégiques et attentes des agents de l'État. Ces instances délèguent à des opérateurs privés (réseaux de santé, associations sportives), partenaires historiques des pouvoirs publics, une grande part du travail de coordination et de la mise en œuvre de la politique publique de façon comparable à de nombreuses autres politiques publiques (Bergeron, Nouguez, Castel, 2011). Parmi les missions de ces opérateurs, la coordination des MSS émerge au fur et à mesure des phases de labellisation. Dans certaines régions, la survenue de la crise sanitaire liée à la Covid-19, qui coïncide avec l'arrivée de la labellisation, entraîne une mise en retrait de l'ARS en matière d'encadrement du dispositif¹⁹ et permet à ces

¹⁹ La crise sanitaire a contraint les ARS à délaissé de nombreuses missions afin de centrer leur action autour de la gestion de crise.

opérateurs de gagner en influence et en pouvoir au sein de l'espace local en défendant une coordination des acteurs et des réseaux :

[Au sujet des MSS] C'est intéressant, on a l'occasion de travailler avec des gens du coup qui ont différentes approches, mais c'est vrai que nous... positionner un dispositif régional avec une volonté d'avoir des antennes locales fortes et surtout ouvertes, c'est-à-dire que l'on voudrait les réorienter quand... quelqu'un dans une Maisons Sport-Santé, on s'attend à ce qu'il soit dans un guichet unique de leur territoire, et ça, ce n'est pas forcément ce qui est écrit dans le label. C'est vraiment un travail qui va être progressif et que j'espère l'on pourra mettre en place, qui va être de responsabiliser et d'essayer que les Maisons Sport-Santé ne soient pas qu'un offreur d'APA, mais soit bien une sorte [de] guichet unique de leur territoire et soient un partenaire local fort, c'est-à-dire qu'ils fassent le tampon entre le monde médical et le monde des multiples offres d'activité physique adaptée et sportive adaptée sur leur territoire. (Coordonnateur, opérateur associatif pour une plateforme régionale soutenue par l'ARS, octobre 2020)

Comme les agents des pouvoirs publics, ces opérateurs – majoritairement associatifs – théorisent et idéalisent une forme de dispositif d'encadrement local de la prescription et l'engagement des différents acteurs à partir d'une approche territoriale. Dans cette perspective, les opérateurs soutenus par les ARS et les DRAJES avant la mise en place du label essayent de devenir, avec la labellisation, des coordonnateurs de structures labellisées implantées plus localement, à l'échelle d'une commune, d'une communauté de communes ou d'un département, et cherchent à harmoniser les parcours des patients entre différents professionnels et structures de santé et d'activité physique. Relevée dans plusieurs régions et départements, l'idée d'organisation territoriale ne peut qu'être une visée théorique. D'abord, car les MSS proposent des activités assez différentes les unes des autres en matière de types d'activités (renforcement musculaire, pratiques douces, sports traditionnels, etc.), de formats et d'encadrements des cycles et séances (individuels, collectifs, cycle de 8, 10, 12 séances, abonnement annuel), de cadres matériels (salles de remise en forme avec matériel de musculation, espaces au sein d'une maison de santé, centres aquatiques, gymnases mis à disposition par une collectivité) ou encore d'offres tarifaires. De plus, l'organisation de la prescription est rarement la seule mission des MSS et est même parfois délaissée au profit d'autres activités, par exemple en prévention primaire avec la mise en place de pratiques auprès de personnes vieillissantes non reconnues en tant que malades chroniques, ou auprès de bénéficiaires de centres sociaux dans une forme de sanitarisation des programmes d'intégration par le sport (Marsault, 2017). Ainsi, l'idée d'une harmonisation de l'offre et de l'organisation des parcours des patients sur un territoire donné à partir de l'engagement de plusieurs types de structures est rendue complexe. Ensuite, la priorité du label n'est ni le maillage du territoire ni la complémentarité de l'offre pour les publics. Comme précédemment évoqués, les résultats de la labellisation mettent en évidence une multiplication des MSS sur de mêmes espaces locaux. Dans l'agglomération étudiée aux sept structures labellisées, la question de l'articulation et de la distinction entre les structures est discutée, là encore de façon différenciée. Ainsi, les structures

privées marchandes acceptent le jeu de la coordination tout en maintenant une position d'acteur agissant dans un contexte concurrentiel et devant se distinguer par des pratiques à placer en dehors de ces travaux collectifs :

On s'est déjà rencontré plusieurs fois pour coordonner des actions ; on a des actions qui sont liées à la MSS et chaque structure a des actions qui sont propres à la structure. Donc, c'est difficile à faire comprendre... En fait aujourd'hui au niveau de la MSS c'est que le label a été donné soit à des structures qui existaient, soit à des ouvertures de structure ou beaucoup moins. En fait : une structure porte le projet sport santé, ce n'est pas pour autant que tout est MSS en fait. (...) ça c'est important en fait de différencier parce que les MSS sont censées accueillir en bilan de condition physique certaines personnes, mais pour autant on ne va pas recevoir tout le département, ce n'est pas l'objectif. (Porteur de projet MSS, structure privée marchande, novembre 2020)

Dans cet extrait, le porteur du projet met l'accent sur la diversité et la différenciation des activités des structures labellisées, ainsi que sur les activités proposées non corrélées à l'obtention du label. Le phénomène confirme les travaux sur le gouvernement des labels qui indiquent la tendance à une recherche de distinction entre les acteurs labellisés sur un même territoire (Bergeron, Castel, Dubuisson-Quellier, 2014). Il ne rejette ni la coordination ni une forme de facilitation de certains parcours, mais rappelle son indépendance vis-à-vis des pouvoirs publics et de leurs opérateurs historiques. Des structures aux statuts divers (une association de professionnels de santé soutenue par une collectivité, une association sportive soutenue par un Centre hospitalier régional universitaire-CHRU) peuvent aussi refuser toute logique de coordination et se positionner en concurrence avec les réseaux mis en place par les ARS et les DRAJES. Ils argumentent à partir de la reconnaissance qu'ils ont obtenue de l'État par le label MSS et d'une volonté de proposer un autre accompagnement des publics. Portées de façon concrète par des acteurs engagés publiquement dans le secteur sanitaire, ces démarches – qui restent rares – sont justifiées par la volonté d'une plus grande médicalisation des parcours. Elles peuvent aussi être vues comme une manière d'occuper l'espace politique local et de défendre des territoires professionnels au sein du dispositif d'encadrement de la prescription médicale d'activité physique. L'analyse des discours autour du déploiement des MSS met ainsi en exergue des logiques semblables à la construction de l'espace local des sports analysé par Charles Suaud (1989). Sur un même territoire, des offres d'activités comparables se structurent les unes par rapport aux autres, par rapport à la ville ou au quartier dans lequel elles s'implantent, mais aussi en défendant des principes, des valeurs et des tarifs ou des modèles économiques qui leur sont propres. Ainsi, si elle met au jour certaines attentes en matière de coordination, l'analyse du déploiement des MSS montre finalement que la labellisation sert un processus de libéralisation et de marchandisation de l'offre en matière d'activité physique sur prescription à l'échelle locale alors que les fonctionnements antérieurs avaient favorisé une forme d'organisation monopolistique sur l'organisation de la prescription dans plusieurs régions. Dans chaque espace local, plusieurs offres sont

proposées aux personnes malades chroniques dont la pérennité dépend du modèle économique et de la capacité à attirer des patients et donc à construire des liens avec les autres acteurs du dispositif (notamment les professionnels de santé, orienteurs vers les offres d'APA).

3. Le travail normatif en matière d'accompagnement des publics : ce que doit être une Maison Sport-Santé

L'engagement dans des processus de coordination et de mise en concurrence amène les acteurs à évaluer de façon régulière les reconfigurations de l'espace local et à construire de nouveaux arguments et de nouvelles manières de penser l'encadrement de la prescription afin de construire et légitimer des rapports de pouvoir à leur avantage au sein du dispositif. Ce travail normatif apparaît particulièrement dès qu'on prend pour objet les relations entre acteurs publics et privés, ou les normes d'encadrement professionnel des bénéficiaires de la prescription.

L'émergence d'une offre diversifiée et inégalitaire en matière de tarifs portée par certains acteurs associatifs ou des acteurs privés marchands suscite, en réaction, un travail normatif autour de la défense d'un service public de la prescription d'activité physique. Ce travail normatif est visible sous plusieurs aspects ; et est porté conjointement par les agents des services Jeunesse et Sports et des ARS, les acteurs publics hospitaliers, les collectivités territoriales et certains autres acteurs associatifs défendant une mission de service public. Par contre, il n'y a pas d'unité des répertoires mobilisés sur ce que doit être une offre de service public au sein des MSS. En effet, la valeur de service public en matière de prescription n'est pas associée aux mêmes normes de pratique en fonction que le porteur du discours soit médecin-conseil au sein de la DRAJES, médecin hospitalier, conseiller d'animation sportive au sein d'un SDJES, salarié associatif, etc., mais aussi en fonction de sa position dans le dispositif d'encadrement de la prescription. Le premier type de répertoire mobilisé concerne la position différenciée que doivent occuper les institutions publiques vis-à-vis des institutions privées dans l'organisation de l'encadrement de la prescription. Ce type de répertoire peut lui-même renvoyer à plusieurs formes de discours. Par exemple, nous avons déjà mentionné un agent d'un SDJES, critique de la labellisation d'une structure marchande dans son département, et qui voit l'idée d'un travail commun allant à l'encontre de ce qui définit selon lui sa mission de fonctionnaire. En parallèle, un médecin, porteur d'une MSS hospitalière défend son action et fait émerger dans son discours une fierté du service public (Gervais, Lemerrier, Pelletier, 2021), notamment par sa capacité à ne pas discriminer :

Tu as compris que les gens qu'on peut avoir à l'hôpital, ce sont des gens qui ont vraiment une typologie patient qui est très différente de la clinique, et ça, dans l'activité physique adaptée, le manque de moyen est absolument essentiel. La première chose qui nous fait capoter dans l'activité physique à long terme, c'est que dès lors qu'on parle à des non-sportifs de licence, la première chose qu'ils nous disent, c'est la licence, je pourrais pas la payer [...], il est absolument essen-

tiel et je ne pouvais pas envisager qu'on ne puisse proposer à tous les patients qui relèvent de l'APA un système privé où le patient est très bien pris en charge, mais il faut qu'il paye, et donc il fallait absolument avoir une offre publique.

(Porteur du projet MSS, médecin, service hospitalier public, décembre 2019)

Avec la défense d'une offre de service public, l'argumentation vise aussi la défense d'un accès aux activités physiques sur prescription sans condition de ressources : à l'exception de quelques rares expérimentations – l'APA n'est pas remboursée par l'assurance maladie au début des années 2020. À partir de ce principe, le porteur de la MSS se positionne comme acteur de la lutte contre les inégalités sociales de santé, ce qui lui permet de se distinguer des acteurs privés, y compris associatifs qui peuvent pourtant défendre des logiques semblables, justifiées par des visées non marchandes et des taux de subventionnement public importants. Ce discours de défense du service public traduit une prise de position dans un espace local qui se transforme, notamment *via* la multiplication des acteurs privés marchands. Il relève ainsi d'une reconfiguration du travail normatif en réaction à ces évolutions, mais qui trouve ses bases dans ce que sont les personnes et les institutions (Dodier, Barbot, 2016). Ce positionnement de défense du service public, visible dans d'autres forme de mobilisation mettant en jeu le ministère des Sports ou l'hôpital public (Honta, Juhle, 2016 ; Juven, Pierru, Vincent, 2019) est alors réactivé et actualisé au contact du dispositif d'encadrement de la prescription médicale d'activité physique. Mentionnée par le médecin hospitalier cité, la gratuité est particulièrement débattue par les acteurs impliqués dans le dispositif, y compris dans certaines arènes publiques autour de l'évolution des plateformes et programmes. Son traitement peut être vu comme un indicateur de la pluralité des discours en matière de service public, de lutte contre les inégalités, mais aussi de marchandisation de l'activité physique. Dans les discours, la gratuité revêt des réalités différentes en matière de totalité, de conditionnalité ou de durée de la prise en charge. Elle entre aussi en tension avec une forme d'objection libérale – portée par des acteurs publics et associatifs – générant l'idée que pour favoriser l'engagement dans les programmes, le bénéficiaire doit avoir à sa charge une partie du financement (Hatzfeld, 1971, cité par Da Silva, 2022).

Les discussions autour des conditions de la gratuité mettent aussi en exergue des controverses autour des manières de voir les trajectoires et l'encadrement des bénéficiaires du dispositif, et donc l'organisation du dispositif. La gratuité est défendue pour des formes d'encadrement, des publics spécifiques, et à des moments des parcours particuliers. Un travail normatif est mené sous l'angle du « tri » à propos de l'orientation des bénéficiaires et de l'articulation des offres d'accompagnement après la prescription. Sur plusieurs territoires où la densité de MSS ou de réseaux d'accompagnement est importante, les acteurs défendent des formes de catégorisation des patients et de parcours idéaux entre les organisations. Pouvant être vues comme des technologies de gouvernement des corps par leurs effets sur les trajectoires de soin des personnes, ces logiques de catégorisation et d'orientation sont susceptibles de faire l'objet de dissensus, comme le montrent Mariette et Pitty (2021), autour de l'accompagnement des patients précaires. Dans le service hospitalier cité ci-dessus, l'articulation entre la MSS

et un réseau d'accompagnement à la prescription au niveau régional est défendue afin de favoriser des parcours cohérents et progressifs pour les bénéficiaires, et donc la mise en œuvre d'un dispositif intégré. La volonté est appuyée dans le dossier de labellisation déposé auprès du ministère. Le projet fait mention d'une structure hospitalière accueillant les patients aux limitations sévères avant de les accompagner vers la plateforme mise en place par l'opérateur associatif financé par l'ARS :

Moi ce que je propose ce n'est pas qu'on soit concurrent, mais complémentaire. C'est-à-dire que nous, comme on est hospitalier, on commence à faire le tri, car notre enseignant APA [activités physiques adaptées], il ne peut pas prendre tout le monde, on privilégie les publics les plus fragiles. L'idée ce serait... mais ça ne marche pas parce que l'ARS ne veut pas forcément l'entendre, l'idée serait de prendre en charge les plus fragiles et ensuite de les insérer dans la plateforme. Le problème c'est que quand on le fait, les patients ne sont pas très contents, déjà c'est compliqué pour la plateforme, il y a plusieurs appels, et la deuxième chose : nous on a fait tout le job, le bilan motivationnel, tout ce que tu veux, quand ils rentrent dans la plateforme, parce que le modèle économique c'est ça, les intervenants APA ou kinés, vont refaire tout ce qu'on a déjà fait. Il n'y a pas la marche en avant qu'on aimerait. (Porteur du projet MSS, service hospitalier public, décembre 2019)

Dans l'explication du porteur, la MSS est pensée comme une offre spécifique et est presque théorisée en tant qu'élément d'un dispositif plus vaste permettant la construction de parcours de toutes les personnes. La catégorisation de personnes « fragiles » déjà étudiée (Faya-Robles, 2018) est aussi au cœur du travail normatif des porteurs de MSS hospitalières pour justifier leur position, leur action et leur spécificité au sein d'un dispositif devant contenir un élément plus médicalisé. La place donnée à l'entretien motivationnel et à certains tests faits par l'enseignant en activités physiques adaptées (APA)²⁰ de la MSS indique toutefois la volonté de marquer une prise en charge hospitalière multidimensionnelle et pas uniquement biomédicale. Dans une autre région, le coordinateur d'une MSS portée par une collectivité, défendant un positionnement analogue de premier orienteur, utilise de son côté la terminologie de « *personnes les plus éloignées de la pratique* » et fait apparaître le choix d'appuyer le caractère social de l'accompagnement pour lequel les collectivités sont légitimes (Martinache, Vezinat, 2022). Ces catégorisations apparaissent aussi comme des marqueurs du travail normatif et confirment la permanence de luttes pour imposer les logiques de classement et d'orientation des publics et donc pour occuper une position de pouvoir dans l'espace local de la prescription. Prévues par la loi comme devant être l'activité du médecin traitant et souvent délaissées par ces derniers, les activités de définition et d'orientation des publics, et la manière avec laquelle ces processus sont menés, sont au centre des reconfigurations régulières du dispositif.

²⁰ Les enseignants en APA sont diplômés de la licence STAPS mention Activités Physiques Adaptées – Santé. Ils peuvent être reconnus sous des dénominations différentes. Toutefois, la multiplication des reconnaissances institutionnelles – liée à un travail de lobbying des professionnels – favorise au début des années 2020 la diffusion du terme "enseignant en APA".

Au cœur de l'argumentation dans les structures hospitalières et dans des collectivités qui soutiennent des initiatives portées par des professionnels de santé, la division du travail au sein des parcours entre professionnels de santé, enseignants en APA et éducateurs sportifs n'est pour autant pas revendiquée par l'ensemble des acteurs défendant une offre de service public, notamment chez les médecins-conseils des DRAJES. La question de l'encadrement professionnel donne à voir d'autres rapports de pouvoir distincts de ceux qui opposent acteurs privés et publics. Lors d'une réunion présentant les résultats d'évaluation d'une plateforme d'encadrement de la prescription, le médecin de santé publique de la DRAJES (cité précédemment pour son rejet de la coordination) critique une forme de médicalisation de l'activité physique à travers la mise en place d'une évaluation systématique des pratiquants et des « ateliers passerelles » visant un accompagnement plus individualisé vers la reprise d'une activité physique. Dans son discours, et alors qu'il est bousculé par un enseignant en APA qui est dans la salle, il explique que tout professionnel du sport peut encadrer des patients orientés par leur médecin et que le travail d'évaluation et d'encadrement spécifique des enseignants en APA n'apporte pas de plus-value. Confirmant son approche libérale du dispositif, il ajoute que la diversité des structures doit avant tout être une diversité d'offres pour le patient qui doit pouvoir se rendre là où il le souhaite :

Médecin DRAJES : Ils ont une formation spécifique les APA, mais la loi ne leur donne pas de prérogatives particulières dans le champ. Ce n'est pas le bilan qui est important, c'est le fait de bouger ?

EAPA : Soyez plus clair ? Qu'est-ce que vous voulez dire ? Le bilan est un passage obligé ? On parle de la plateforme ?

Médecin DRAJES : Si vous voulez restez sur la plateforme, c'est inscrit dans la démarche, maintenant est-ce qu'il faut faire un bilan pour faire bouger les gens, dans les clubs vous avez des gens qui ont des pathos sans bilan, et qui vont très bien. Est-ce qu'il faut pour la suite défendre qu'il faut un bilan ? (réunion d'évaluation d'une plateforme, novembre 2021)

Ce dernier exemple montre aussi comment le travail normatif en termes d'encadrement s'articule non seulement avec le positionnement organisationnel des acteurs au sein du dispositif, mais aussi avec des luttes de territoires professionnels (Perrin, 2016). L'instauration de la prescription médicale a renforcé certaines luttes entre les enseignants en APA, les professionnels de santé et les éducateurs sportifs détenteurs d'un diplôme d'État du ministère de la Jeunesse et des Sports (Perrier, 2022). L'échange entre le médecin-conseil et l'EAPA, mais aussi les propos du porteur d'une MSS hospitalière, révèlent une forme de traduction de ces luttes dans la définition de l'action publique locale. Il montre aussi qu'en fonction des enjeux, le travail normatif peut générer des formes et dynamiques d'alliances et de conflits assez différentes. L'enseignant en APA cité exerce bénévolement dans des associations et défend une activité physique accessible à tous. Pour autant, dans son discours, il s'oppose à un agent public pour défendre une corporation dont les membres sont de plus en plus nombreux à dévelop-

per une offre d'APA à des fins lucratives²¹. Le débat n'est ici plus au sujet de la gratuité et des conditions d'une offre de service public, mais bien au sujet de l'encadrement et de sa plus grande spécialisation, voire médicalisation. Des configurations analogues poussent le médecin hospitalier cité en amont à défendre une offre gratuite et accessible comme les autres agents publics, et dans le même temps, à défendre une activité encadrée par des diplômés APA et des kinésithérapeutes comme peuvent le faire les professionnels libéraux concernés par ces interventions. Ces variations dans les luttes et les rapports de pouvoir indiquent ainsi l'utilité de penser en termes de dispositif. Un même professionnel ou porteur de MSS peut émettre des discours critiques à l'encontre de différents acteurs en fonction du sujet et de la configuration locale. Si des positionnements sont stables dans les luttes de territoires, la défense du service public ou d'une forme de médicalisation de l'encadrement, les discours et les logiques coopératives et conflictuelles apparaissent quant à elles dynamiques au sein de l'espace local de la prescription et varient en fonction des temps, des problèmes et des acteurs en présence.

Conclusion : vers une libéralisation des activités physiques sur prescription

L'arrivée des MSS a eu pour effet de légitimer et d'autonomiser de nouveaux acteurs dans le dispositif de prescription médicale d'activité physique, notamment des structures hospitalières et des acteurs privés marchands. Cette dynamique est particulièrement mise en question par les acteurs des structures publiques ou privées non lucratives qui occupaient les places centrales du dispositif depuis 2017 aux échelles locales et régionales. Ce nouvel instrument oblige à des reconfigurations locales, de nouvelles formes de partenariats et la production de nouveaux discours justifiant ces transformations. Notre enquête montre que cette mise en problème se cristallise particulièrement autour des phénomènes de libéralisation et de médicalisation de l'encadrement de la prescription médicale d'activité physique. En premier lieu, la labellisation des MSS produit des luttes autour de l'égalité d'accès à la prescription et à une offre d'activité physique adaptée. Ces luttes mettent aux prises acteurs locaux, régionaux et nationaux pour penser l'accessibilité géographique du dispositif. En parallèle, une opposition est visible entre acteurs publics, privés associatifs et privés marchands à propos des conditions de l'accessibilité financière au dispositif. La libéralisation des activités est également mise en question à travers l'éclatement et la diversification des défendues et mises en œuvre de façon concrète. Ces phénomènes peuvent alors être reliés aux débats et aux luttes concernant la médicalisation de l'encadrement de la prescription et la défense de territoires professionnels. Le métier, l'institution de ratta-

²¹ Dans plusieurs départements, les opérateurs historiques des pouvoirs publics travaillent avec des auto-entrepreneurs pour la mise en place de bilans et de séances d'activités physiques adaptées. Ce choix favorise le déploiement de l'auto-entrepreneuriat. Dans d'autres cas, les enseignants en APA sont salariés des opérateurs.

chement et le secteur d'activité apparaissent alors comme déterminants dans les prises de position au sein de l'espace local. Enfin, les différentes luttes et reconfigurations présentées confirment l'intérêt d'une approche par les dispositifs et d'une comparaison entre les organisations locales. Ces choix permettent de porter une attention sur l'ensemble des acteurs, notamment dans les services de l'État, mais aussi d'étudier de façon dynamique les rapports de pouvoir – et leur diversité – au sein des espaces locaux. Ils montrent en conséquence comment l'usage d'un label peut produire différents types de logiques coopératives ou conflictuelles en fonction des territoires et des organisations locales déjà en place.

Bibliographie

- BERGERON H., CASTEL P., DUBUISSON-QUELLIER S. (2014), « Gouverner par les labels. Une comparaison des politiques de l'obésité et de la consommation durable », *Gouvernement et action publique*, vol. 3, n° 3, p. 7-31.
- BERGERON H., CASTEL P., NOUGUEZ É. (2011), « Un entrepreneur privé de politique publique. La lutte contre l'obésité, entre santé publique et intérêt privé », *Revue française de science politique*, vol. 61, n° 2, p. 201-229.
- DA SILVA N. (2022), *La bataille de la sécu. Une histoire du système de santé*, Paris, La Fabrique.
- DODIER N., BARBOT J. (2016), « La force des dispositifs », *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, vol. 71, n° 2, p. 421-450.
- FAVIER-AMBROSINI B., DELANDRE M. (2018), « Les réseaux Sport Santé Bien-être : un gouvernement par le chiffre », *Terrains & travaux*, vol. 32, n° 1, p. 81-106.
- FAYA-ROBLES A. (2018), « La personne âgée "fragile" », *Anthropologie & Santé*, vol. 17. En ligne, consulté le 06 juillet 2022. URL : <https://journals.openedition.org/anthropologiesante/4341>.
- GERVAIS J., LEMERCIER C., PELLETIER W. (2021), *La valeur du service public*, Paris, La découverte.
- HATZFELD H. (1971), *Du paupérisme à la sécurité sociale. Essai sur les origines de la sécurité sociale en France. 1850-1940*, Paris, Armand Colin.
- HONTA M., BASSON J., FAVIER-AMBROSINI B., JAKŠIĆ M., LE NOË O. (2018), « Les gouvernements du corps. Administration différenciée des conduites corporelles et territorialisation de l'action publique de santé », *Terrains & travaux*, vol. 32, n° 1, p. 5-29.
- HONTA M., JUHLE S. (2016), « Quand le mandat s'étirole. Des cadres du ministère chargé des Sports saisis par l'affaiblissement et la mise en concurrence de leur activité professionnelle », *Sciences sociales et sport*, n° 9, p. 115-152.
- ILLIVI F., HONTA M. (2020), *Bougez ! La fabrique locale de la lutte contre la sédentarité*, Paris, L'Harmattan (« Espaces et Temps du Sport »).

- JUHLE S., HONTA M., HASCHAR N., SALAMÉRO E., BASSON J.-C., SALLÉ L. (2021), « Les reconfigurations du travail des agents des ARS. Extension de juridiction et perte de pouvoir professionnel », *La nouvelle revue du travail*, n° 18. En ligne, consulté le 21 janvier 2022. URL : <https://journals.openedition.org/nrt/8694>.
- JUVEN P.-A., PIERRU F., VINCENT F. (2019), *La casse du siècle. À propos des réformes de l'hôpital public*, Paris, Raisons d'agir.
- MARIETTE A., PITTI L. (2021), « Soigner les "précaires" en territoires populaires. La fabrique locale d'une politique de santé publique », *Gouvernement et action publique*, vol. 10, n° 4, p. 39-67.
- MARSAULT C. (2017), « Le sport-santé, un objet médical, social ou sportif ? Le dispositif strasbourgeois "sport-santé sur ordonnance" comme objet politique transversal », *Sciences sociales et sport*, n° 10, p. 21-49.
- MARTINACHE I., VEZINAT, N. (2022), « La santé est-elle l'affaire des municipalité », in N. DUVOUX, N. VEZINAT (dir.), *La santé sociale*, Paris, PUF, p. 43-57.
- MEMMI D., FASSIN D. (2004), *Le gouvernement des corps*. Paris, Éditions de l'EHESS (« Cas de figure »).
- PERRIER C. (2022), « Inscrire l'AP dans le code de la santé publique. Analyse d'une construction collective française », in C. PERRIN, C. PERRIER, D. ISSANCHOU (dir.) *Bouger pour la santé. Analyses sociologiques d'une injonction contemporaine*, Grenoble, PUG.
- PERRIN C. (2016), « Construction du territoire professionnel de l'enseignant en Activité Physique Adaptée dans le monde médical », *Santé Publique*, HS (S1), p. 141-151.
- SUAUD C. (1989), « Espace des sports, espace social et effets d'âge. La diffusion du tennis, du squash et du golf dans l'agglomération nantaise », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 79, p. 2-20.