

***UN PROGRAMME DE SANTE PUBLIQUE
ADOSSÉ AUX ACTIVITÉS PHYSIQUES ET SPORTIVES***

***GENÈSE ET MISE EN ŒUVRE DU PLAN « SPORT, SANTÉ, BIEN-ÊTRE » : ACTEURS, SAVOIRS,
TERRITOIRES ET INSTRUMENTS. UNE SOCIOLOGIE DE L'ÉTAT EN RECOMPOSITION.
LE CAS DE LA RÉGION NOUVELLE-AQUITAINE***

Frédéric Illivi, Docteur en Staps,
Membre de la Société Française de Santé Publique, SFSP
Membre de l'association Fabrique Territoires et Santé
Membre de la Société de sociologie du sport de langue française (3SLF)
06 10 45 80 15

Résumé :

Les Agences Régionales de Santé (ARS) et les Directions Régionales de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale (DRJSCS) sont invitées, par leur ministère de tutelle, à mettre en œuvre le plan « Sport, Santé, Bien-Etre » dont les finalités ont été arrêtées par l'État central. Consacrant la reconnaissance de l'activité physique en tant que déterminant de santé permise par l'accumulation des savoirs, son institutionnalisation fait également suite à la mobilisation de nombreux entrepreneurs de cause.

L'analyse des conditions de sa territorialisation en région Nouvelle-Aquitaine à partir d'une perspective d'instrumentation de l'action publique, donne à voir des effets de ce plan en bien des points ambivalents. Le recours à des opérateurs publics et privés, leur mise en concurrence pilotée à distance par des instruments de type incitatif, la séparation entre commanditaire et prestataire, figurent au titre des processus ayant conduit à la mise en place d'un quasi-marché du « sport santé » dans cette région. Les formes de division du travail observées rendent compte d'un glissement tangible qui semble progressivement cantonner les associations des secteurs sanitaire et sportif au rang d'opérateurs fonctionnels. Elles accélèrent également les mécanismes de diversification de l'offre sportive associative au sein d'un champ longtemps réfractaire à ce type d'évolution.

L'ensemble de ces dynamiques permet, plus généralement, de participer aux débats analytiques sur la recomposition des relations entre l'État et les territoires.

Mots clés :

Programme de santé publique – activités physiques – savoirs – territorialisation – instrumentation – mise en œuvre.

Summary :

The regional Health Agencies (ARS) and the regional Directorates for Youth, Sports and social cohesion (DRJSCS) are invited by their Ministry of Guardianship to implement the plan "Sport, health and well-being", the objectives of which have been adopted by The central state. With the recognition of physical activity as a determinant of health enabled by the accumulation of knowledge, its institutionalization also follows the mobilization of many cause entrepreneurs.

The analysis of the conditions of its territorialisation in the new-Aquitaine region from a perspective of instrumentation of public action, gives to see the effects of this plan in many ambivalent points. The use of public and private operators, their remotely-controlled competition by incentive-type instruments, the separation between sponsor and provider, are included in the processes leading to the establishment of a quasi-market of the " Health sport in this region. The forms of Labour Division observed reflect a tangible shift that appears to be gradually confining the health and sports associations to the rank of functional operators. They also accelerate the mechanisms of diversifying the associative sports supply within a field long refractory to this type of evolution.

All these dynamics allow, more generally, to participate in the analytical debates on the recomposition of relations between the State and the territories.

Keywords:

Public Health Program – Physical activities – knowledge-Territorialization – instrumentation – implementation.

Présentation

Les premiers programmes de santé publique ayant valorisé l'activité physique comme déterminant de santé ont d'abord cherché à informer et à responsabiliser les individus afin qu'ils adoptent un « style de vie actif ».

Le Plan Sport, Santé, Bien-être (PSSBE) élaboré en 2012 veut consacrer une évolution sur ce point en responsabilisant les acteurs collectifs familiaux de l'encadrement des conduites. En outre, parce que l'instruction en précisant le contenu rappelle que la pratique des APS est socialement marquée, l'État affiche, à travers le PSSBE, sa volonté de lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé publique.

Le PSSBE est, à ce titre, un programme de 47 actions, porté par 2 ministères (le Ministère des Affaires sociales et de la santé et le Ministère des sports). La phase de sa mise en œuvre responsabilise les agents des instances régionales de ces administrations que sont l'ARS et les services déconcentrés du ministère des sports. Ils doivent le décliner en fonction des caractéristiques des territoires, des populations et des enjeux sanitaires en la matière.

Dans ce cadre, deux aspects nous ont paru ici revêtir un intérêt heuristique :

- d'une part le fait que les agents des 2 administrations soient appelés à travailler ensemble pour territorialiser ce plan. Or, les travaux d'analyse des politiques publiques montrent que la collaboration interministérielle n'est pas évidente à instaurer et stabiliser tant les stratégies défensives et les jeux de pouvoir peuvent contraindre une telle dynamique,

- d'autre part, ces agents publics doivent susciter la mobilisation d'acteurs « offreurs d'APS » et agissant au plus près de la population (les CT, les établissements scolaires, de santé, médico-sociaux, les associations du secteur sanitaire, sportif, etc...). Ils sont donc engagés dans une entreprise d'enrôlement et de capture des intérêts de ces acteurs locaux afin qu'ils participent à la mise en œuvre de ce plan national de lutte contre l'inactivité physique.

Outre la promulgation du PSSBE, la loi de modernisation de notre système de santé introduit, quelques années plus tard, la possibilité, pour les médecins, de prescrire l'activité physique aux patients (le « *sport sur ordonnance* »). Cette disposition a conforté, elle aussi, cet intérêt heuristique consistant à analyser les modes de collaboration entre acteurs publics et privés du sport et de la santé mais aussi entre gouvernants et gouvernés.

GENÈSE ET MISE EN ŒUVRE DU PLAN « SPORT, SANTÉ, BIEN-ÊTRE » : ACTEURS, SAVOIRS, TERRITOIRES ET INSTRUMENTS. UNE SOCIOLOGIE DE L'ÉTAT EN RECOMPOSITION. LE CAS DE LA RÉGION NOUVELLE-AQUITAINE

Pour saisir ces aspects sur le plan analytique, nous avons mobilisé une perspective de sociologie de l'action publique. Cette approche appréhende l'action publique comme étant le produit d'une action collective. Elle permet l'étude des jeux d'acteurs, de pouvoir et de domination qui peuvent accélérer comme contraindre cette dynamique.

Plus spécifiquement, nous avons souhaité étudier deux principaux points :

1/ ce que la genèse et la mise en œuvre de ce plan racontent sur le rôle contemporain de l'État et sur sa façon de concevoir ses rapports aux acteurs territoriaux (les acteurs publics locaux, les associations, les professionnels de santé, du sport, etc.), autrement dit sur les relations entre gouvernants et gouvernés. Dans cette dynamique, la question territoriale est importante,

2/ second point, les dispositifs ou instruments mobilisés pour organiser ces relations. C'est, en effet, au moyen d'une approche s'inscrivant dans la continuité des travaux de Michel Foucault, de Pierre Lascoumes et de Patrick Le Galès notamment que nous avons cherché à saisir les usages et les effets des instruments d'action publique que l'État déploie à ce titre. Parce que ces outils ne sont pas neutres, l'instrumentation consiste donc à étudier les problèmes liés à leur choix et usages.

Ces deux angles complémentaires d'investigation permettent d'analyser les transformations de l'État contemporain et de saisir comment des acteurs (individuels et collectifs ; publics et privés) ayant des intérêts ou des points de vue potentiellement divergents peuvent élaborer, mettre en œuvre et stabiliser une action collective pour lutter contre la sédentarité.

Par conséquent, à partir de ce modèle théorique nous avons cherché à savoir ce que les acteurs rencontrés pensent, disent et font dès lors qu'ils indiquent agir au titre du PSSBE et de sa déclinaison régionale. Nous avons mené cette investigation afin d'examiner comment se structurent les modes de gouvernance et s'élabore cette action publique en région ?

Le déroulement de la recherche et la méthodologie adoptée

Sur le plan empirique, nous avons adopté une démarche méthodologique inductive et compréhensive. Inductive dans le sens où ce sont les entretiens qui ont rythmé notre démarche au regard de ce champ d'interrogation. Compréhensive parce qu'il s'agissait de bien cerner les jeux d'acteurs et leurs discours. Une première étape a donc consisté à repérer les acteurs individuels et collectifs en présence et leur mode de mobilisation dans la mise en œuvre de ce plan en région Nouvelle-Aquitaine.

Le contenu de l'instruction interministérielle de 2012 a également fortement structuré notre démarche méthodologique en orientant directement la construction des guides d'entretien et leurs thèmes. Nous avons donc interrogé les acteurs nationaux et locaux sur :

- les modalités d'élaboration du PSSBE à l'échelle nationale et plus précisément les registres de sa légitimation,
- les objectifs, les axes stratégiques du PSSBE et les modalités opérationnelles de déclinaison du plan. L'instruction désigne, en effet, les populations sur lesquelles il convient de déployer cette politique sanitaire et sportive car elle rappelle que de nombreux publics restent éloignés de toutes pratiques renforçant ainsi les inégalités. L'enjeu était ici d'examiner ce que de telles orientations ont induit dans la définition du projet des structures localement mobilisées,
- l'ordre local découlant de l'injonction étatique consistant à concevoir d'une part, un plan régional à dimension interministérielle et, d'autre part, des projets locaux aux dimensions intersectorielle et interprofessionnelle quant à eux. Ce thème-là a permis de focaliser notre attention sur l'étude de la manière avec laquelle les acteurs locaux en présence discutent de ce qui « fait problème » en ce domaine et de la manière de le traiter.

Nous avons ainsi réalisé 90 entretiens semi-directifs, voire non-directifs. Nous avons rencontré :

- d'une part, les agents des services déconcentrés des niveaux régional et départemental du Ministère de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS et DDCSPP),
- ceux du réseau de l'Agence Régionale de la Santé (ARS) et de ses délégations départementales (ARS-DD), en charge de décliner le Plan sport santé, bien-être,

- puis, nous avons sollicité des représentants des instances nationales et notamment des acteurs qui ont participé à l'élaboration de cette politique sanitaire et sportive.

Nous avons donc contacté les cabinets des Ministres des sports et de la santé, et des cadres techniques nationaux de trois fédérations sportives (multisports et omnisports), et du comité national olympique et sportif français (le CNOSF), puis des représentants du Pôle Ressource national SSBE.

D'autres Ministères participent à la promotion de l'activité physique en relayant et en adaptant ces politiques, notamment le Ministère en charge de l'Éducation Nationale, nous avons donc rencontré au niveau régional, une infirmière conseillère technique du recteur et un inspecteur pédagogique régional en Éducation Physique et Sportive de l'Académie de Limoges (Limousin), et le directeur régional de l'union national du sport scolaire de l'Académie de Poitiers (Poitou-Charentes).

- enfin, nous avons également rencontré et interrogé les opérateurs tant dans le champ de la santé que celui du sport, autrement dit les acteurs agissant au plus près des publics :

- les professionnels mobilisés : les médecins, infirmières, acteurs médico-sociales, éducateurs sportifs, conseillers techniques...
- les structures privées associatives et acteurs économiques,
- Les collectivités (Le Conseil Régional, les Conseils départementaux, les territoires d'agglomérations, et les villes à caractères urbain et rural)

Ce corpus a été amendé par un recueil de plusieurs autres sources (documents, appels à projet, bilan d'activités, article de presse...). Enfin, un traitement de la littérature (rapports publics, sites internet, académiques) a conforté l'analyse des résultats.

S'agissant du territoire étudié, nous avons opté pour la Nouvelle-Aquitaine afin de prolonger les travaux déjà menés en ce domaine en Aquitaine dans le cadre de contrats de recherche notamment.

Plus généralement, cette région concentre des problèmes sanitaires donnant à voir un « effet de sédentarisation ». Le contexte épidémiologique présente des situations disparates sur le territoire (la NA c'est 1 323 000 patients en ALD et 9 000 décès prématurés avant 65 ans). Il fait état aussi d'un vieillissement de la population faisant émerger des enjeux liés à l'isolement.

Par ailleurs, l'offre d'équipements et d'établissements de santé se révèle très hétérogène selon les départements et les quartiers.

Globalement, le diagnostic fait observer une population cumulant précarité et problème de santé (problème de logement, d'emploi, de transport liés au caractère rural, ...).

Ces aspects ont un impact direct sur les conditions de pratique de l'activité physique.

Résultats / Discussion

Les résultats que les données recueillies ont permis d'obtenir donnent à voir les 5 principaux processus suivants :

- L'accroissement des maladies chroniques, le vieillissement de la population et l'évolution des inégalités sociales de santé ont conduit les acteurs relevant d'univers différents (sport et santé) à se saisir des enjeux sanitaire et sportif afin notamment de répondre à des besoins encore non satisfaits. L'une des conditions ayant permis leur rencontre et un travail collaboratif a été la nécessaire requalification de l'activité physique et sportive afin qu'elle soit reconnue en tant que déterminant de santé et ce, en dépit de la construction et de la circulation des savoirs en ce domaine. Ce processus d'acculturation réciproque a permis de réduire le caractère en bien des points flottant et incertain du « sport-santé ». Cette co-construction implique par ailleurs et, pour les acteurs du sport et de la santé, d'accepter l'innovation et le changement qui perturbent leurs routines de travail respectives. . Sur ce point encore, nos données ont également mis en évidence que cette démarche a suscité de nombreuses controverses. Malgré celles-ci, des apprentissages cognitifs ont incontestablement été observés à l'échelle locale en dépit du caractère largement fragmenté et polycentrique de l'action publique dans ce champ également.

Ceci étant, le cadrage politique de cette action publique sanitaire et sportive témoigne d'une volonté étatique de reprendre en mains la définition du contenu et des finalités des projets locaux afin de les orienter vers la lutte contre les inégalités d'accès à la pratique sportive à des fins préventives ou curatives. Si cette stratégie fait du territoire l'échelle une nouvelle fois pertinente pour concevoir des projets intersectoriels adaptés aux besoins sanitaires, les acteurs locaux sont appréhendés ici comme des relais fonctionnels d'une politique nationale avant tout.

- Cette dynamique d'apprentissage collectif ne saurait occulter la persistance de freins d'ordres institutionnel et culturel. Le rapprochement des deux ministères (sport/santé) donne à voir « une

prise de pouvoir » de la santé sur le sport. Les rapports de force entre les ministères de la santé et des sports se traduisent dans la définition des objectifs adossés à cette politique publique.

De plus, le déficit de communication interministériel et le manque de moyens dédiés à ce plan que regrettent les acteurs rencontrés, interrogent aujourd'hui sur sa pérennité. À cet égard et dans un contexte budgétaire contraint, l'absence de ressources destinées à financer le dispositif de prescription de l'activité physique pour des patients atteints d'affection de longue durée, fait l'objet de tensions entre acteurs locaux (les villes notamment) et étatiques.

- Ce constat invite à poursuivre l'analyse des rapports entre centre et périphérie que la territorialisation de cette politique sanitaire et sportive induit. Suite aux reconfigurations de périmètre des institutions issues de la dernière réforme territoriale, la question de l'échelle pertinente pour concevoir des projets modulés en fonction des publics et des besoins sanitaires reste ouverte. Cette question est d'autant plus saillante que les capacités des opérateurs et des territoires se révèlent très hétérogènes et interrogent directement les enjeux liés à la correction des inégalités sociales et territoriales. Pourtant, nos relevés montrent que des conditions semblent réunies pour que s'instaure une « territorialisation coopérative » en ce domaine : le rôle des collectivités et de leurs groupements s'accroît, des opérateurs associatifs et professionnels (associations affinitaires, professionnels en APA-S) trouvent l'occasion de valoriser leur expertise et savoirs forgés bien avant le lancement du plan, des projets innovants émergent. Mais dans le même temps, ces acteurs locaux ne sont pas dupes des dynamiques d'instrumentalisation à l'œuvre.

- S'agissant justement de la stabilisation des partenariats, nos résultats montrent qu'elle dépend étroitement des expériences et des arrangements entre acteurs territoriaux, mais aussi des modes de relations entre l'État et les opérateurs. Ainsi, le rôle des acteurs étatiques se révèle essentiel quant à leur capacité à orienter ces dimensions partenariale et intersectorielle des projets. Néanmoins, même si les modes de régulation publique déployés privilégient le soutien des prestataires à but non lucratif, la fragilisation des réseaux notamment associatifs est clairement mise en évidence. Elle se traduit par un essoufflement du bénévolat, surtout en milieu rural, un déficit de professionnalisation et de qualification pourtant attendues, un manque de personnel salarié et plus globalement, une forte fragilité économique.

- Enfin, nos travaux démontrent que les IAP participent pleinement à l'organisation et à la régulation politique du PSSBE. Au-delà des principaux instruments de type « marchand » proposés par les agents étatiques (tel que l'Appel à projet, la certification des intervenants et la labellisation), d'autres dispositifs encore ont été mis en œuvre (la formation-qualification-professionnalisation, une plateforme, une mise en protocole, des groupements d'employeurs, la création de réseaux interprofessionnels, des contrats). Ces dispositifs témoignent directement de la capacité des acteurs des deux « mondes » à travailler en coopération et à articuler leurs intérêts respectifs.

À tous ces titres, le PSSBE donne à voir un État qui, dans sa façon d'exercer son pouvoir et de se positionner sur les territoires, hybride ses modes de gouvernement. Les formes de « gouvernement à distance » évoquées par Renaud Epstein sont bien présentes avec le recours aux AAP et à la labellisation et permettent à l'État d'orienter l'action locale dans le sens de ses priorités. Néanmoins, elles ne se substituent pas totalement aux dynamiques

d'institutionnalisation de l'action collective théorisées par Patrice Duran et Jean-Claude Thoenig, car les agents territoriaux étatiques participent encore, lorsqu'ils le peuvent, à donner sens, avec leurs partenaires, à des projets sanitaires et sportifs. .

S'agissant enfin des perspectives qui nous paraissent les plus pertinentes à développer pour poursuivre ce travail, celles consistant à évaluer l'impact et les effets de ces dispositifs locaux auprès de leurs cibles se révèlent stimulantes.