



---

Master 2 Mention Santé publique

Parcours : Pilotage des politiques et actions en santé  
publique

*Promotion : 2019-2020*

# **Choisir un GIP pour la Maison Sport Santé de Strasbourg : Les apports à la politique de prévention primaire nutrition sur le territoire**

---

Tiago MARTIN

---

# Remerciements

---

Je tiens à remercier tout d'abord mes maitres de stage, Madame Cécilia JAGOU, référente en prévention primaire nutrition et Monsieur François JOUAN, préfigurateur de la Maison Sport Santé de Strasbourg. Merci pour votre accueil et votre appui à l'Eurométropole de Strasbourg qui m'ont permis malgré la crise sanitaire de faire face aux missions qui m'ont été confiées.

Je remercie également Madame Pascale PETIT-SÉNÉCHAL, professeure à l'EHESP pour sa guidance et sa disponibilité bienveillante, ainsi que Arnaud CAMPÉON, responsable du master 2 PPASP pour son écoute attentive à tous les moments de cette aventure.

Merci tout particulièrement à Pauline BLANC, chargée d'études sur les maisons sport-santé, pour son soutien sans faille, sa bienveillance, ses relectures, ses suggestions et ses conseils. Merci d'avoir partagé avec moi ses réflexions autour de ce sujet d'avenir.

Merci également à Anne-Valérie, Maud, Thibault pour m'avoir conseillé, guidé, accompagné et permis de comprendre et de découvrir vos missions respectives et les enjeux de mon sujet de mémoire. Je regrette vraiment de ne pas avoir pu collaborer davantage avec vous et vos services dans le contexte si particulier où s'est déroulé mon stage.

Merci Marie et Charlotte pour votre soutien et votre présence durant ces six mois de stage.

Rien n'aurait été possible durant la période de confinement sans la patience et le réconfort de mon colocataire Clément.

---

# Sommaire

---

Introduction.....	1
Prévention primaire nutrition, sport santé : de quoi parle-t-on ? .....	4
1.1    De la politique de prévention nutrition à la Stratégie Nationale du sport santé ...	4
1.1.1    Qu'est-ce que l'on entend par sport santé ? .....	4
1.1.2    Un plan national nutrition : le PNNS.....	4
1.1.3    D'une politique du sport santé aux Maisons Sport Santé.....	9
1.2    Développement d'une politique locale en faveur de la nutrition : l'exemple de Strasbourg.....	14
1.2.1    Histoire d'une politique locale de santé et de nutrition : entre héritage Bismarckien et socialisme municipal .....	14
1.2.2    Une politique locale de santé de la Ville mettant en avant la prévention nutrition 15	
1.2.3    Les compétences de la municipalité de Strasbourg en matière de santé.....	17
1.3    Le projet de maison sport santé de Strasbourg.....	19
1.4    Démarche méthodologique .....	21
2    Le choix d'une formule juridique : le groupement d'intérêt public.....	23
2.1    Qu'est-ce qu'un GIP ? Quelques leçons d'expériences .....	23
2.1.1    Le Groupement d'intérêt public (GIP) .....	23
2.1.2    Points de vue de responsables de GIP sur la forme juridique de leurs structures 24	
2.2    La création du GIP maison sport santé de Strasbourg face au contexte de crise sanitaire de la covid19 .....	36
3    Évolution de l'offre de prévention primaire nutrition de la Ville de Strasbourg et de la Maison sport santé .....	40
3.1    État des lieux de l'offre en prévention primaire nutrition.....	40
3.1.1    Du dispositif « Je bouge dans mon quartier » piloté par la Ville au dispositif « Je joue pour ma santé » piloté par le GIP-MSS .....	44
3.2    Quel pourrait être l'impact du choix d'un GIP sur l'offre de prévention primaire nutrition du territoire ? Point de vue des acteurs du site.....	48

3.3	Quelles évolutions possibles : identification des scenarii .....	52
3.3.1	Scenario de l'autonomisation .....	54
3.3.2	Scénario de l'animateur expert .....	54
3.3.3	Scénario de la délégation partielle .....	55
4	Recommandations pour le pilotage d'une action de prévention et sur « la gouvernance de la forme du GIP » .....	56
4.1	Retour sur les débats à l'issu de la présentation de mon travail .....	56
4.2	Proposition d'un modèle consensuel à définir .....	57
4.3	Création d'une nouvelle instance dédiée au suivi des actions prévention pour tous sur le territoire .....	58
	Conclusion .....	61
	Bibliographie .....	63
	Liste des annexes.....	I
	Note réflexive.....	IX

---

## Liste des sigles utilisés

---

A.G	Assemblée Générale
A.L.D	Affection de Longue Durée
A.N.S.E.S	Agence Nationale de Sécurité Sanitaire de l'alimentation, de l'Environnement et du travail
A.N.S.P	Agence Nationale de Santé Publique
A.P.A	Activité Physique Adaptée
A.P.S	Activité Physique et Sportive
A.R.S	Agence Régionale de Santé
B.P.C.O	Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive
C.A	Conseil d'Administration
C.L.S	Contrat Local de Santé
C.S.C	Centre Socio-Culturel
E.N.N.S	Etude Nationale Nutrition Santé
E.S.T.E.B.A.N	Etude de Santé sur l'Environnement, la Bio-surveillance, l'Activité Physique et la Nutrition
G.I.P	Groupement d'intérêt Public
G.I.P.E.D	Groupement d'intérêt Public Enfance en Danger
M.D.P.H	Maison Des Personnes Handicapées
M.D.A	Maison Des Adolescents
M.S.S	Maison Sport Santé
P.R.E.C.C.O.S.S.	Prise En Charge Coordinée des enfants Obèses et en Surpoids à Strasbourg
Q.P.V	Quartier Prioritaire de la Ville
S.N.S.S	Stratégie Nationale Sport Santé
S.S.S.O	Sport Santé sur Ordonnance

## Introduction

Les Maisons sport santé (MSS) constituent un dispositif original parmi les mesures adoptées en matière de prévention. Comme indiqué dans leur cahier des charges, ces structures doivent répondre à un certain nombre de missions : informer, sensibiliser et de conseiller le public sur les bienfaits de l'activité physique ou sportive, mettre à disposition du public l'information sur les offres existantes de pratique d'Activité Physique et Sportive (APS) ou d'Activité Physique Adaptée (APA), orienter les personnes vers des professionnels qualifiés pouvant évaluer les capacités physiques et élaborer des programmes sport-santé personnalisés. Pour assumer ces missions principales, les MSS peuvent s'appuyer sur un réseau pluridisciplinaire d'acteurs pluri-professionnels afin de mobiliser les compétences nécessaires et de créer des partenariats sur leur territoire.

En 2020, 138 MSS ont déjà été labellisées en France. Ces MSS prennent des formes juridiques variées. Elles peuvent, selon le choix des acteurs locaux « s'appuyer sur les réseaux existants de coordination [...] allant d'une simple plateforme téléphonique à une structure physique dédiée, en fonction des dynamiques locales<sup>1</sup> ». Une MSS peut donc être : soit une plateforme internet ou un dispositif numérique (plateforme sport santé) ; une structure portée par des collectivités ; une structure itinérante ; soit un réseau de santé. Elle peut être inscrite dans un établissement public, dans un centre hospitalier, ou prendre la forme d'une salle de sport privée portée par une association sportive.

Sous la présidence Macron, une nouvelle impulsion a été donnée à ces dispositifs avec deux objectifs à l'horizon 2022 : atteindre le nombre de 500 maisons sport santé sur le territoire national et augmenter le nombre de pratiquants d'un sport pour atteindre la cible de 3 millions en France. Cet engagement s'est concrétisé par un appel à projet (AAP) « relatif aux Maisons Sport-Santé » lancé conjointement par le ministère des solidarités et de la santé et du ministère des sports<sup>2</sup>.

Cette politique nationale prend sur le territoire de Strasbourg des accents originaux. Tout d'abord du fait d'un fort volontarisme des élus et acteurs de la ville de Strasbourg sur la longue durée en matière de santé et de prévention. Ce volontarisme s'est traduit dès le début du 20ème siècle par plusieurs initiatives en matière d'hygiène, sur lesquels nous reviendrons, et dans la période contemporaine par l'obtention des délégations de compétences du département ou de l'État, faisant de la politique municipale de cette Ville en matière de prévention un modèle original en France.

---

<sup>1</sup> Inspection générale des affaires sociales (IGAS) & Inspection générale de la jeunesse et des sports (IGJS), 2018, p.73.

<sup>2</sup> <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/actualites-du-ministere/article/appel-a-projets-2020-maisons-sport-sante>

Cette volonté politique s'est encore manifestée récemment avec la mise en place de deux dispositifs spécifiques. D'une part, depuis novembre 2012, en lien avec les principaux partenaires du contrat local de santé deuxième génération 2012-2014<sup>3</sup> (la ville de Strasbourg coordonne un dispositif nommé « Sport Santé Sur Ordonnance » (SSSO) (Feltz, 2020). Ce dispositif a pour objectif principal de favoriser la pratique d'une activité physique régulière, modérée et adaptée à leur santé par des adultes sédentaires souffrant de maladies chroniques. Et d'autre part, l'Eurométropole a décidé de recourir à une structure juridique originale pour sa MSS, un Groupement d'intérêt public (GIP), sachant qu'elle est la seule à l'avoir adoptée parmi toutes les MSS déjà mises en œuvre. D'autres « maisons » ont néanmoins eu recours à cette formule, comme les maisons départementales des personnes handicapées et les maisons des adolescents.

La problématique de notre mémoire part de cette originalité. La question principale que nous y traitons est la suivante : Quel sera l'impact de la mise en place d'un GIP-Maison sport santé sur le pilotage des politiques de prévention primaire nutrition du territoire ? En effet, la création du GIP-MSS, qui est un dispositif qui s'appuie sur une logique partenariale impliquant l'Eurométropole de Strasbourg aux côtés d'un certain nombre de partenaires, va modifier en retour le périmètre des actions de prévention dont la Ville était porteuse. Notre travail porte sur cette reconfiguration potentielle est tente de proposer des scénarios d'évolution, voire d'esquisser un scénario qui apparait comme le plus à même d'éviter certains écueils déjà repérés par les acteurs impliqués.

Ce mémoire est organisé en trois chapitres :

Dans le premier chapitre, nous présentons tout d'abord ce que recouvre la question de la prévention primaire nutrition au sein de la stratégie nationale sport santé, avec la place accordée au dispositif des MSS. Nous présentons ensuite la configuration de cette politique dans le contexte de la métropole de Strasbourg, avant de présenter notre démarche méthodologique et ses finalités.

Dans le deuxième chapitre, qui présente l'essentiel de nos investigations et de nos résultats originaux, nous présentons tout d'abord ce que recouvre le modèle des groupements d'intérêt public, mais surtout les points de vue d'un petit échantillon de responsables de GIP dans le secteur médicosocial, afin de repérer les avantages et éventuelles difficultés que présente ce type de dispositif du point de vue opérationnel. Nous avons pour mener à bien ce point interviewé six responsables impliqués dans des GIP dans d'autres structures (Maisons des

---

<sup>3</sup> l'Agence Régionale de Santé (ARS), le Régime Local d'Assurance Maladie (RLAM) d'Alsace Moselle, la Direction Régionale de l'Alimentation, de l'Agriculture et de la Forêt (DRAAF), l'Agence Nationale de la Cohésion des Territoires (ANCT) et la Ville de Strasbourg à travers son Service Santé-Autonomie.

adolescentes, Maisons départementale des personnes en situation de handicap et le GIP Enfance en danger. Nous présentons ensuite ce même type de bilan mais cette fois recueilli auprès de quelques-uns des principaux acteurs du terrain de notre stage (tout au moins tous ceux dont nous avons pu retenir le point de vue, compte-tenu des circonstances exceptionnelles de la crise sanitaire). Au total, ce sont huit personnes qui ont été interviewées et qui ont accepté de répondre à nos interrogations et de nous livrer leurs points de vue. Dans la troisième partie du mémoire, nous exposons la manière dont nous avons utilisé cette carte des points de vue pour, à partir des avantages et des problèmes identifiés par le système d'acteurs, proposer des scénarios de relations entre la nouvelle maison sport santé et les services santé de l'Eurométropole de Strasbourg. Pour comparer ces scénarios, nous avons conçu des analyses de type SWOT identifiant les principaux atouts et opportunités, mais aussi les menaces et les risques de chacun d'entre eux, afin de proposer un scénario synthèse qui tente de réduire les risques et menaces et d'optimiser les atouts et opportunités. Ce scénario proposé est enfin décliné en quelques recommandations. Les conditions dans lesquelles nous avons dû travailler et réaliser ce stage, la complexité du montage institutionnel et de la question posée, mais aussi les doutes de certains des acteurs impliqués, doutes encore augmentés par le contexte de crise sanitaire, nous invitent à une très grande modestie sur nos propositions. Il était délicat de prétendre avoir des « solutions clés-en-main ». Nous espérons néanmoins que ce travail pourra être mis au service des acteurs et des institutions impliqués. L'enjeu de la prévention le mérite certainement.



# **Prévention primaire nutrition, sport santé : de quoi parle-t-on ?**

## **1.1 De la politique de prévention nutrition à la Stratégie Nationale du sport santé**

### **1.1.1 Qu'est-ce que l'on entend par sport santé ?**

Le « sport-santé » recouvre la pratique d'activités physiques ou sportives qui contribuent au bien-être et à la santé du pratiquant conformément à la définition de la santé par l'organisation mondiale de la santé (OMS) qui évoque un bien-être à la fois physique, psychologique et social<sup>4</sup>. La pratique d'activités physiques ou sportives contribue au maintien de la santé chez le sujet sain dans le cadre de la prévention primaire. Elle contribue aussi chez les personnes vivant avec une maladie chronique non transmissible à améliorer l'état de santé et à prévenir l'aggravation et/ou la récurrence de maladies chroniques (préventions secondaire et tertiaire).

Parmi les textes promouvant l'activité physique comme facteur de santé mentionnés au niveau national, le programme national nutrition santé (PNNS) figure ainsi comme un des premiers programmes de santé ayant mentionné l'importance de la promotion de l'activité physique comme facteur de santé avant même la structuration d'une politique spécifique au sport santé bien-être en France.

### **1.1.2 Un plan national nutrition : le PNNS**

Depuis 2001, la France s'est dotée d'une politique nutritionnelle de santé publique avec la mise en place du PNNS plus communément appelé programme « manger bouger<sup>5</sup> ». Ce plan de santé publique déjà rendu à sa quatrième version depuis 2019, vise à améliorer l'état de santé de la population en agissant sur l'un de ses déterminants majeurs : la nutrition.

La conception moderne de la nutrition intègre non seulement l'alimentation et des déterminants psychologiques, mais aussi l'activité physique qui conditionne les dépenses énergétiques. Le PNNS entend la nutrition comme l'équilibre entre les apports liés à l'alimentation et les dépenses énergétiques occasionnées par l'Activité Physique (AP). Ce programme dans sa première version, propose ainsi un ensemble d'actions, se voulant

---

<sup>4</sup> <http://www.sports.gouv.fr/pratiques-sportives/sport-sante-bien-etre/Le-Pole-Ressources-national-Sport-et-Sante-11176/Pourquoi-promouvoir-la-sante-par-le-sport#:~:text=Le%20%C2%AB%20sport%2Dsant%C3%A9%20%C2%BB%20recouvre,%3A%20physique%2C%20psychologique%20et%20sociale.>

<sup>5</sup> Santé—Manger Bouger Professionnel. (s. d.). Consulté 24 mai 2020, à l'adresse <https://www.mangerbouger.fr/pro/sante>

complémentaires et orientées vers la communication de santé, l'information, l'éducation, la sensibilisation, la prévention, l'environnement nutritionnel et l'offre alimentaire. (Depiesse et al., 2018)

A partir des trois premiers plans ont été formulés neuf repères clés, bien connus du grand public : manger au moins cinq fruits et légumes par jour, manger ou boire trois produits laitiers par jour, prendre des féculents à chaque repas, consommer de la viande, du poisson et des œufs 1 à 2 fois par jour, limiter la consommation de matière grasse, de produits sucrés et de sel, boire de l'eau à volonté et faire au moins 30 minutes d'activité physique, 5 jours par semaine voire plus.

Depuis 2019, nous entamons le quatrième plan national nutrition santé (PNNS 4 – 2019/2022). Les objectifs de ce nouveau plan se sont accordés avec la politique nationale sport santé mise en place pour 2018-2022. Les objectifs principaux du PNNS 4 sont de plusieurs ordres : diminuer de 20% la fréquence du surpoids et de l'obésité chez les enfants et les adolescents (en tenant compte en particulier des écarts selon les milieux sociaux) ; stabiliser le surpoids des adultes et réduire l'obésité de ces derniers de 15% ou encore réduire de 30% le pourcentage de personnes âgées dénutries de plus de 80 ans ; assurer une réduction de l'excès de sédentarité liée aux écrans en contexte extraprofessionnel ; augmenter la pratique de l'APA pour les personnes atteintes de maladies chroniques ; accompagner les Français pour faciliter leurs choix alimentaires ; inciter les acteurs économiques qui élaborent les aliments et les commercialisent à améliorer leurs recettes, à mettre à disposition de tous une information claire, facilement interprétable et transparente et à réduire la publicité pour des aliments dont la consommation devrait être limitée.

Afin de rendre compte de cette politique, la France s'est dotée d'un observatoire de la nutrition à travers plusieurs études et enquêtes menées par différents acteurs tels que : l'Agence Nationale de Santé Publique (ANSP), l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses), l'Unité mixte de l'Institut de veille sanitaire (InVS), ou bien encore des structures privées, telle que l'Institut Roche.

Parmi les principales études et enquêtes qui fournissent le plus de données, on peut mentionner : l'Etude de santé sur l'environnement, la bio-surveillance, l'activité physique et la nutrition (ESTEBAN) 2014-2016 ; L'étude individuelle nationale des consommations alimentaires (INCA) composées de trois volets : INCA 1 1998-1999, INCA 2 2006-2007 et INCA 3 2014-2015 ; l'étude nationale nutrition santé (ENNS) de 2006 ; le baromètre santé nutrition (1996 ; 2002 ; 2008 et bientôt les données 2018-2019) ; l'enquête épidémiologique

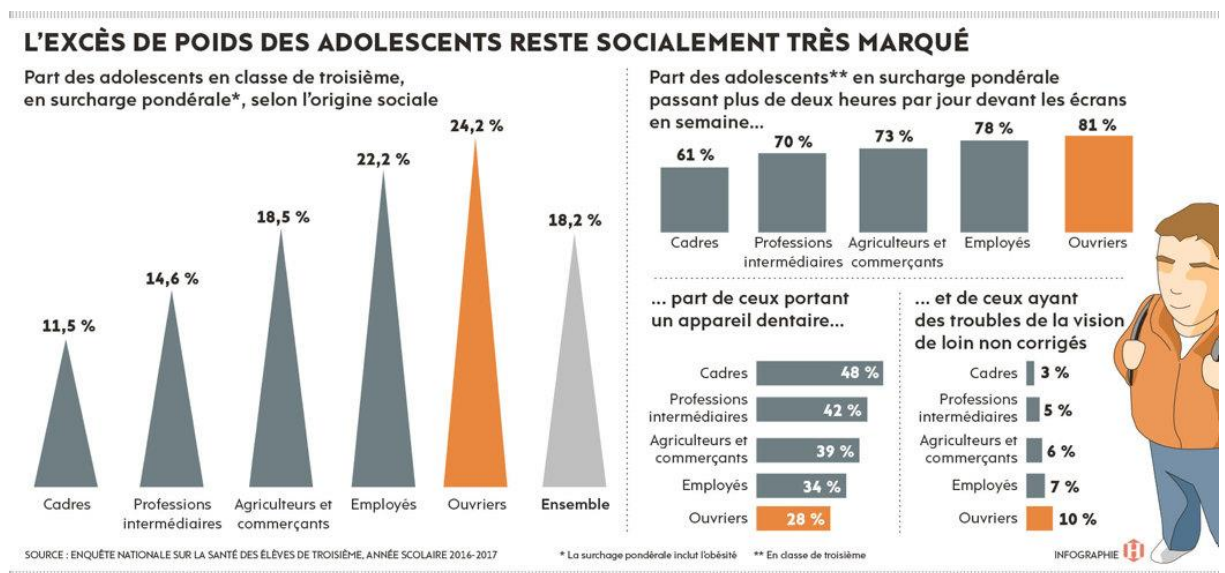
nationale sur le surpoids et l'obésité (ObÉpi) de 2012 (qui comprend plusieurs volets également).

Voici quelques-unes des données sur la situation française en termes de nutrition :

La prévalence de l'obésité a été mesurée en 2006-2007 dans l'ENNS à 16,9 % de la population adulte française, la surcharge pondérale (obésité incluse) touchant, pour sa part, 49,3 % de la population du pays.

Il est à noter que les inégalités sociales de santé se manifestent clairement dans la prévalence de l'obésité, pour laquelle on observe un net gradient en fonction du statut socio-économique : la prévalence de l'obésité chez les agriculteurs et artisans est de 25,9 % chez les hommes et 27,8 % chez les femmes, alors qu'elle ne concerne que 11,4 % des hommes et 9,6 % des femmes cadres et de professions intermédiaires. Notons encore que la prévalence de l'obésité chez l'adulte n'a cessé d'augmenter ces dernières décennies, mais un infléchissement de sa croissance a été observé lors de la dernière enquête déclarative ObÉpi, en 2012 (+ 15 à 20 % par tranche de trois ans sur la période 1997-2003 chez les hommes et les femmes, contre 3 et 4 % sur la période 2009-2012). (Julia, 2015)

Les données concernant la surcharge pondérale chez les adolescents confirment ce gradient social (voir l'encadré ci-dessous).

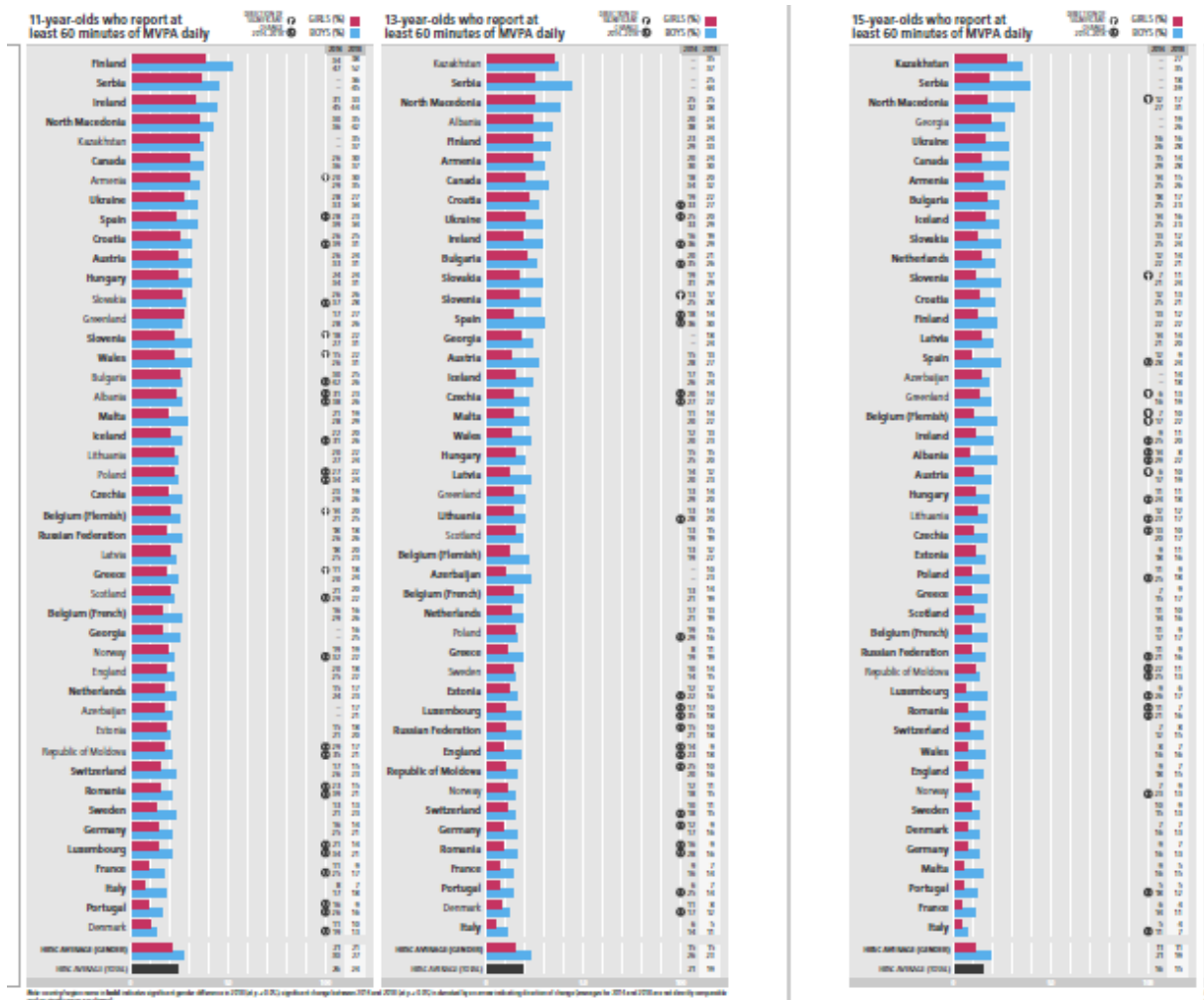


(Source : De Peretti et Castetbon, 2004)

Pour ces groupes d'âge et pour les enfants, le fait de pratiquer ou non une activité physique et sportive joue un rôle majeur.

Chez les enfants, selon les données de l'ENNS pour 2006, 82% des 3-10 ans avaient une activité physique et sportive à l'école et les deux tiers avaient une pratique sportive encadrée en dehors de l'école. Chez les 11-14 ans, 39% pratiquaient une activité physique au moins modérée chaque jour (30% pour les filles et 40% pour les garçons). En 2015, en moyenne, les 6-17 ans sont moins d'un sur quatre à y parvenir, avec une tendance à la baisse cette dernière décennie. (Depiesse et al., 2018)

Les enquêtes comparatives HBSC (*Health behaviour of school aged children*) menées sous les auspices de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) tous les quatre ans auprès de larges échantillons d'élèves âgés de 11, 13 et 15 ans dans près de 50 pays (ou régions de l'Europe, au sens de cette organisation) complètent ces informations. Il apparaît dans les données de la dernière enquête menée en 2018 que la France est particulièrement mal positionnée dans les classements. Moins d'un adolescent sur 5 (19%) suit la recommandation globale de 60 minutes d'activité physique modérée à vigoureuse quotidienne (23% garçons, 16% filles). Une fois encore, la sédentarité est plus prononcée chez les adolescents les plus âgés et chez ceux issus des familles défavorisées. Dans ces comparaisons, la France est classée dans les 4 derniers pays et même en avant-dernière position pour les garçons et les filles de 15 ans (voir histogramme suivant).



Source<sup>6</sup> : Comportements de santé et bien-être des élèves de 11, 13 et 15 ans - HBSC et EnCLASS France 2018

Les 6-11 ans sont en moyenne modérément actifs en matière d'activité physique (55% chez les garçons et 60% chez les filles), mais seulement 18% atteignent un niveau d'activité élevé (stable), tandis que l'inactivité progresse depuis 2006 : le pourcentage d'enfants inactifs a été multiplié par 5 chez les garçons et par 3 chez les filles — en lien avec la baisse de la pratique sportive en club.

L'OMS estime qu'environ un quart de la mortalité totale dans le monde est attribuable à une combinaison de facteurs de risque d'origine nutritionnelle (hypertension artérielle, surpoids et obésité, sédentarité, glycémie élevée, cholestérol élevé). L'importance accordée à cette thématique de la prévention en nutrition s'explique par le fait que la plupart des maladies chroniques ont à la fois des déterminants génétiques non modifiables et des déterminants environnementaux modifiables, dont la nutrition. La nutrition apparaît comme un

<sup>6</sup> Rapport en ligne <https://www.ofdt.fr/publications/collections/rapports/rapports-d-etudes/rapports-detudes-ofdt-parus-en-2020/comportements-de-sante-et-bien-etre-des-eleves-de-11-13-et-15-ans-hbsc-et-enclass-france-2018/>

déterminant important de ces pathologies et un réel levier de prévention. (Herberg, 2011; Julia, 2015)

On entend par prévention, selon la définition officielle de la Haute Autorité de Santé (2006), le fait « d'éviter l'apparition, le développement ou l'aggravation de maladies ou d'incapacités ». On distingue ainsi la prévention primaire visant à réduire la fréquence d'une maladie ou d'un problème de santé dans une population saine (exemple : les actions sur des conduites individuelles ou sur des facteurs environnementaux et sociétaux), la prévention secondaire qui agit à un stade précoce de l'évolution de la maladie (suite à des dépistages) et la prévention tertiaire, qui agit sur les complications et les risques de récurrence<sup>7</sup>.

La prévention primaire nutrition est ainsi la prévention qui vise à réduire la fréquence d'apparition d'une maladie ou d'un problème de santé lié à la nutrition. Pour rappel, le mot « nutrition » doit être compris comme englobant les questions relatives à l'alimentation (nutriments, aliments, déterminants sociaux, culturels, économiques, sensoriels et cognitifs des comportements alimentaires) et à l'activité physique.

L'obésité dans l'enfance est associée à une hausse du risque de mortalité prématurée à l'âge adulte mais également à un risque plus important de devenir obèse à l'âge adulte. Ainsi selon une étude de la DREES de 2004 « Les enfants obèses deviennent des adultes obèses dans des proportions qui varient selon les études de 20 à 50% si l'obésité était présente avant la puberté, et de 50 à 70% après » (de Peretti & Castetbon, 2004). Ceci est la raison pour laquelle les politiques de prévention nutrition en France ciblent principalement les enfants et adolescents âgés entre 6 à 13 ans.

### **1.1.3 D'une politique du sport santé aux Maisons Sport Santé**

#### **A) Évolution de la politique sport santé au niveau national**

L'histoire regorge d'épisodes au cours desquels les pouvoirs publics ont fait du sport un enjeu pour améliorer la santé de la population. S'il est difficile d'être exhaustif, nous proposons d'en évoquer quelques jalons. Au niveau international, cette logique se manifeste depuis de nombreuses décennies dans les recommandations de l'OMS en matière d'activité physique. On pourrait même défendre que la France a eu une politique du sport régulièrement articulée à des enjeux de santé, en particulier au niveau territorial, tout au long du 20<sup>ème</sup> siècle, avec un rôle majeur accordé aux communes (rapport INSERM, p.12). A titre d'exemple, on

---

<sup>7</sup> Voir [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_410178/fr/prevention](https://www.has-sante.fr/jcms/c_410178/fr/prevention)

peut mentionner le cas de la ville de Strasbourg avec la création des bains municipaux dès 1901.

L'Etat français organise peu à peu une politique sportive dès la fin du 19<sup>ème</sup> siècle. Comme le souligne Jean-Paul Callède : « En France, l'éducation physique des corps, aux implications directes en matière d'éducation de la jeunesse, de préparation militaire, d'hygiène et de santé, en particulier, ne pouvait laisser indifférente la puissance étatique, seule détentrice légitime de l'usage du pouvoir dans les secteurs qui viennent d'être identifiés ». (Callède, 2002, p. 439). Callède souligne dans son bilan des politiques du sport en France, le rôle majeur joué par le tiers secteur et les associations : « Déjà au tout début des années 1920, qui voit se mettre en place différentes politiques sectorielles, la genèse des politiques publiques sportives croise une autre histoire : celle de la pratique associative des sports, engagée dans les années 1880, manifeste une dizaine d'années plus tard et redynamisée avec l'entrée en vigueur de la loi du 1er juillet 1901 portant sur le contrat d'association. Composante importante de la société civile et soucieux de son autonomie, de son indépendance, l'associationnisme sportif va permettre à l'État, puis aux collectivités territoriales, d'inventer les fondements d'un nouvel espace d'intervention, de concertation et de coopération, voire de contractualisation autour du sport ». (Callède, 2002, p. 440)

Parmi les épisodes fondateurs, on doit mentionner la période de l'Entre-Deux-Guerres et le rôle crucial de Henri Paté, qui occupe au sortir de la Grande Guerre le poste de sous-secrétaire d'État à l'Éducation physique, désormais rattaché au ministère de l'Instruction publique. Celui-ci déclare ainsi en 1919 en sa qualité de président du comité national de l'éducation physique et sportive et d'hygiène sociale : « la France réclame la création de piscines, de terrains de jeux, de stades dans toutes les communes, la transformation de tous nos établissements scolaires en foyers de propagande d'hygiène et de diffusion de la joie saine des exercices physiques ».

Jean-Paul Callède insiste également sur le rôle des initiatives municipales : « Les élections municipales de 1925 constituent un jalon important pour dater l'impulsion donnée à la mise en œuvre des politiques sportives municipales dont les programmes de réalisation sont engagés de façon quasi simultanée. Dans ce domaine, le député maire de Lyon, Édouard Herriot, s'impose comme un précurseur. » (Op. cit., p. 445)

L'esprit de lutte entre puissances nationales va donner à la compétition sportive un sens politique majeur, que manifeste l'organisation des Jeux Olympiques, à commencer par ceux de 1912 à Stockholm où les athlètes français vont avoir une performance médiocre. Cet usage élitiste et de compétition va longtemps constituer une autre ligne de développement de la politique nationale Française en matière de sport, un peu modulée par le développement de l'activité sportive dans le cadre de l'éducation nationale.

Le Front Populaire dans les années 1930 vont faire émerger d'autres figures politiques marquantes, comme Léo Lagrange, sous-secrétaire d'État à l'organisation des Loisirs et Sports, rattaché au ministère de la Santé publique dirigé par Henri Sellier ou bien encore Jean Zay, ministre de l'Education Nationale, qui le demeure dans le Gouvernement Daladier jusqu'en 1939. Zay cherchera à améliorer les relations entre les pouvoirs publics et les fédérations sportives avec l'élaboration d'un Plan de réorganisation du sport en France.

Dans les années 1960, les pouvoirs publics donnent une nouvelle impulsion à ce secteur d'action publique et entendent développer un « sport de masse », sous l'impulsion de Maurice Herzog, nommé Haut-commissaire à la Jeunesse et aux Sports en septembre 1958, encore tout auréolé de sa victoire dans l'Annapurna en 1950. D'autres épisodes mériteraient d'être mentionnés, comme les effets des lois de décentralisation de 1982 sur les initiatives locales, ou, plus récemment encore les propositions de la ministre communiste Marie-George Buffet, et la loi relative à l'organisation, au développement et à la démocratisation des activités physiques et sportives promulguée le 6 juillet 2000.

Concernant le lien entre politiques sportives et santé publique, soulignons qu'à partir de 1990 sont publiés les premiers rapports annuels d'activité du ministère mettant en avant les bienfaits de l'activité physique et sportive (APS) sur la santé. Entre 2003 et 2005 la promotion de l'APS est intégrée dans un programme national pluri-annuel de prévention et de promotion de la santé, le programme « Bien vieillir », visant à retarder les effets du vieillissement. Ce programme est en un certain sens préfigurateur des liens entre pratiques sportives et logique de prévention primaire, ou de promotion de la santé en population générale.

En 2012, une instruction conjointe des ministères du sport et de la santé assure la promotion et le développement de l'Activité Physique et Sportive comme *Facteur de santé publique*. Cela se traduit par la création du premier plan « sport, santé, bien-être » relatif à la mise en œuvre opérationnelle de mesures visant à promouvoir et développer la pratique des activités physiques et sportives comme facteurs de santé. Ce plan est décliné dans chaque région et le pilotage des plans régionaux est assuré par une coopération entre les agences régionales de santé (ARS) et les Directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS). En 2018, les deux ministères de la santé et du sport mettent en place le premier volet de la stratégie nationale de sport santé pour une période quinquennale. En plus, de la thématique sport santé ou activité physique comme facteur de santé, cette nouvelle action publique entend également traiter des pathologies du sport de haut niveau, à travers la protection de la santé des sportifs et la prévention en matière de dopage.



Parallèlement au développement de la politique sport santé bien-être, une nouvelle discipline universitaire voit le jour en France dans les années 1980 dans le champ des Sciences et Techniques de l'Activité Physique et Sportive (STAPS). (Fabre & Chavignay, 2010) Intitulée « Activité Physique Adaptée à la Santé » (APAS), cette discipline vise à former des « professionnels qui ont pour vocation d'établir des programmes de réadaptation et d'intégration par l'activité physique adaptée, auprès des personnes souffrant de handicap mental ou physique, de troubles moteurs, fonctionnels, métaboliques, sensoriels, de maladies chroniques et de vieillissement. »<sup>8</sup> L'enjeu de cette nouvelle discipline est de compenser au moyen d'une activité physique adaptée un déficit ou de le réduire, afin d'élargir la participation sociale des patients. L'enseignant en APA a pour vocation de participer à la conception, la conduite et l'évaluation de programmes de prévention, de réadaptation et/ou d'intégration par l'activité physique adaptée.

Depuis le décret du 30 décembre 2016 de la loi Sport santé, le médecin peut prescrire au patient atteint d'une ALD une activité physique dispensée par un enseignant en APA, titulaire d'une licence ou d'un master STAPS-APAS.

## B) Les maisons sport santé (MSS)

Le développement des Maisons sport santé en France contribue à cet effort de l'Etat de développer un dispositif d'accompagnement à l'activité physique pour les personnes les plus éloignées de la pratique et les patients ayant une prescription médicale pour la pratique d'une APA<sup>9</sup>. Comme nous l'avons mentionné en introduction, sous la présidence d'Emmanuel Macron, deux objectifs ont été fixés par les pouvoirs publics d'ici 2022 : la création de 500 maisons sport santé sur le territoire national et l'augmentation du nombre de pratiquants sportifs pour atteindre la cible de 3 millions de pratiquants en France. Cet engagement s'est concrétisé par un appel à projet (AAP) « relatif aux Maisons Sport-Santé » lancé conjointement par le ministère des solidarités et de la santé et du ministère des sports.

Comme indiqué dans le cahier des charges, les structures qui souhaitent être labellisées « maison sport santé » doivent assumer un certain nombre de missions. Parmi les principales, on peut mentionner celle d'informer, de sensibiliser et de conseiller le public sur les bienfaits de l'activité physique ou sportive, de mettre à disposition du public l'information sur les offres existantes de pratique d'Activité Physique et Sportive (APS) ou d'Activité Physique Adaptée

---

<sup>8</sup> <https://sport-ordonnance.fr/coach-apas-3/>

<sup>9</sup> <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/actualites-du-ministere/article/appel-a-projets-2020-maisons-sport-sante>

(APA), d'orienter les personnes vers des professionnels qualifiés pouvant évaluer les capacités physiques et élaborer des programmes sport-santé personnalisés, mais aussi d'orienter les personnes vers une activité adaptée à leur besoin et si cela est possible de délivrer des séances d'activités physique adaptées.

Les maisons sport-santé doivent permettre d'animer un réseau pluridisciplinaire d'acteurs pluri-professionnels afin de mobiliser les compétences nécessaires et de créer des partenariats entre les différents acteurs de territoire. Elles contribueront au développement de réponses adaptées de proximité pour les personnes souhaitant reprendre une activité physique. La priorité donnée aux quartiers prioritaires de la politique de la ville est d'ailleurs une mesure phare du plan « priorité prévention – rester en bonne santé tout au long de sa vie » et de la Stratégie Nationale Sport Santé (SSNS).

À ce jour, 138 MSS ont été labellisées en France. Ces MSS prennent des formes juridiques variées. En effet, celles-ci ne sont pas contraintes d'adopter une structure particulière, mais sont au contraire encouragée à « s'appuyer sur les réseaux existants de coordination [...] allant d'une simple plateforme téléphonique à une structure physique dédiée, en fonction des dynamiques locales » (Inspection générale des affaires sociales (IGAS) & Inspection générale de la jeunesse et des sports (IGJS), 2018, p.73)

Une MSS peut donc prendre une grande variété de formes : une plateforme internet ou un dispositif numérique (plateforme sport santé), une structure portée par des collectivités, une structure itinérante, un réseau de santé, un établissement public, un centre hospitalier, une société/salle de sport privée et/ou une association sportive. La MSS de Strasbourg est d'autant plus originale qu'elle est la seule à être portée par un Groupement d'Intérêt Public (GIP) réunissant 16 membres fondateurs. Nous reviendrons plus en détail sur cette structure particulière.

## **1.2 Développement d'une politique locale en faveur de la nutrition : l'exemple de Strasbourg**

### **1.2.1 Histoire d'une politique locale de santé et de nutrition : entre héritage Bismarckien et socialisme municipal**

La ville de Strasbourg mène historiquement depuis les années 1900 une politique tout à la fois hygiéniste, sociale et volontariste lui ayant permis de garder certaines délégations de compétences du département ou de l'État, faisant de la politique municipale de cette Ville en matière de prévention un modèle original en France.

L'occupation de l'Alsace par le Reich allemand au 19<sup>ème</sup> siècle (1870-1918) a profondément marqué l'ensemble des terres occupées, du fait en particulier des expérimentations et des avancées sociales promulguées par Bismarck et ses réformes sociales, que ce soit en matière de santé, de retraite ou d'habitat, pour contrer les avancées du socialisme. Comme le souligne Laurent Commaille à propos des expérimentations en matière d'habitat collectif : « Le système bismarckien est connu pour ses avancées sociales et pour la réponse qu'elles constituent face au risque de prolifération des idées socialistes. Dans cet esprit, pour compenser la frustration politique des Allemands dotés d'un Reichstag dénué de vrais pouvoirs, l'État fédéral allemand favorisa la formation des associations » (Commaille, 2008, p. 120). Cet ensemble de politiques sociales menées alors en Allemagne et ce depuis *la grande dépression* cherchait à apaiser le climat social aiguë par une urbanisation massive et une industrialisation rapide, en apport des éléments de bien-être quotidien (mise en place de mutuelle, politique hygiéniste) afin de changer les comportements revendicatifs et enrayer l'agitation et les menaces liées au développement de l'Internationale socialiste.

À Strasbourg, cela s'est traduit par exemple par la construction dès 1908 des bains municipaux à l'initiative des citoyens et médecins d'Alsace, puis en 1911 d'une aile médicale pour les soins médicaux dont l'hydrothérapie, l'électrothérapie, la diathermie et les soins par l'activité physique. Cet « *héritage Bismarckien* » a non seulement permis de doter la ville d'un équipement moderne à l'instar des grandes villes Allemandes, mais également de marquer durablement la politique sociale et de santé de la Ville de Strasbourg en lui donnant des compétences en matière de soins et de santé de la personne, qu'aucune autre ville de France ne possédait alors.

Le développement du socialisme municipal au début du 20<sup>ème</sup> siècle et, pour ce qui concerne Strasbourg la conquête de sa municipalité en 1935 par la SFIO, ont complété ces

expérimentations sociales, en particulier en matière d'hygiène et de santé publique. Comme le souligne Aude Chamouard : « La politique sociale constitue un point commun de la plupart des gestions socialistes des mairies, ce qui les différencie des communes dirigées par d'autres partis. C'est au sein de ces municipalités socialistes que naît l'État providence français. Dans l'entre-deux-guerres, les socialistes traitent un ensemble de problèmes allant de la voirie au chômage et à la santé publique, en passant par l'éducation, le logement, et l'assistance publique. (...) l'hygiène et l'enfance demeurent les deux préoccupations essentielles des mairies socialistes (Chamouard, 2007, p. 25)<sup>10</sup>.

### **1.2.2 Une politique locale de santé de la Ville mettant en avant la prévention nutrition**

Aujourd'hui, le territoire de Strasbourg est particulièrement touché par les problèmes de surpoids et d'obésité. Comme le souligne le diagnostic du dernier Contrat Local de Santé (CLS) deuxième génération, « en 2012, les trois anciennes régions du Grand Est se situaient dans le 1er tiers des régions françaises présentant les plus forts taux de prévalence de l'obésité chez les adultes ». Chez les enfants de 6 ans, les taux de surpoids et d'obésité observés se situaient au niveau de la moyenne nationale, avec toutefois des disparités infra régionales fortes<sup>11</sup>. À Strasbourg plus particulièrement, la prévalence de l'obésité chez l'adulte en Alsace était de 18,6% contre 15% au niveau national. Ajoutons à cela que la progression de la prévalence depuis 15 ans dans la région est une des plus élevée de France (+104%) (Enquête OBEPI 2012). Chaque année, plus de 10 000 habitants de l'Eurométropole sont admis en Affections de Longue Durée (ALD). Les maladies cardiovasculaires, les tumeurs et le diabète et d'autres maladies métaboliques sont les trois principaux motifs d'admission en ALD et représentent 70% de ces admissions. Strasbourg est également une ville où les inégalités territoriales et sociales de santé sont importantes. Le rapport de 2011 de la Haute Autorité de Santé montre l'importance de l'impact des inégalités socio-économique sur la pratique d'une activité physique et sportive. (Rapport HAS, 2011). Dans son rapport de 2017, l'ONAPS (Praznocy et al., 2017) met en évidence que l'effet des inégalités territoriales de santé sur la pratique sportive des enfants de 12-17 ans suit un gradient d'âge : Plus les revenus du foyer augmentent, plus la pratique sportive des enfants augmente.

Depuis novembre 2012, la Ville de Strasbourg, en lien avec les principaux partenaires du contrat local de santé deuxième génération 2012-2014 (c'est-à-dire l'Agence Régionale de Santé, le régime local d'assurance maladie d'Alsace Moselle, la préfecture du Bas-Rhin, la

---

<sup>10</sup> Sur le socialisme municipal, on peut se reporter à l'article de J. Bourdeau publié en Juillet 1900 dans la Revue des deux mondes (Bourdeau, 1900, <http://www.jstor.com/stable/44779552>).

<sup>11</sup> [https://www.grand-est.ars.sante.fr/system/files/2019-12/03\\_201912\\_PRS\\_2018-2028\\_Revise\\_GE\\_SRS.pdf](https://www.grand-est.ars.sante.fr/system/files/2019-12/03_201912_PRS_2018-2028_Revise_GE_SRS.pdf)

Caisse primaire d'assurance maladie, les Hôpitaux Universitaire de Strasbourg et la Mutualité Française d'Alsace) coordonne un dispositif nommé « Sport Santé Sur Ordonnance » (SSSO). Ce dispositif a pour principal objectif de favoriser la pratique d'une activité physique régulière, modérée et adaptée à leur santé par des adultes sédentaires souffrant de maladies chroniques. Les critères d'inclusion permettent de viser les personnes atteintes des pathologies suivantes : personnes en surpoids et en obésité, les malades cardiovasculaires stabilisés (accident vasculaire cérébral, infarctus, etc.), les personnes diabétiques de type 1 et 2, les personnes atteintes du cancer du sein, du colon et de la prostate en rémission depuis 6 mois, les personnes vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ou avec une Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO). Ce dispositif fonctionne de la manière suivante : lors d'une consultation le médecin généraliste identifie, informe, motive et prescrit aux patients atteints de l'une des pathologies sus-citées de l'activité physique adaptée (APA) au sein du dispositif SSSO. La prescription est un moyen efficace d'engager le patient dans la pratique d'une APA. Elle légitime la pratique sportive adaptée à des fins de santé. La prescription du sport santé a permis de garantir sinon la gratuité au moins une tarification solidaire du dispositif SSSO pour les bénéficiaires ayant le moins de ressources. Aujourd'hui, ce dispositif est principalement financé par les principaux partenaires du Contrat Local de Santé II.

En avril 2014, toujours dans le cadre du Contrat Local de Santé II, la Ville de Strasbourg se munis d'un dispositif de proximité visant à optimiser la prise en charge des enfants de 3 à 12 ans, en surcharge pondérale ou obèses, s'intitulant « PRise En Charge Coordonnée des enfants Obèses et en Surpoids » (PRECCOSS). Ce dispositif fonctionne grâce au dépistage opéré par un professionnel de santé du service de PMI ou de santé scolaire de la Ville de Strasbourg, d'un médecin généraliste ou d'un pédiatre, dans trois quartiers identifiés comme prioritaire, à savoir le quartier du Neuhof, le quartier de HautePierre et le quartier de Cité de l'III. Le dispositif offre gratuitement aux enfants et à leur famille une prise en charge pluridisciplinaire par un-e infirmier·ère coordinatrice, un-e diététicien·ne, un-e psychologue et un-e éducateur·rice APA-S. Le dispositif vise à renforcer le dépistage et la prise en charge des enfants obèses ou en surpoids, diminuer la prévalence de l'obésité dans les trois quartiers prioritaires sus-cités, et réduire les inégalités territoriales et sociales de santé (ITSS).

Les dispositifs PRECCOSS et SSSO forment les volets de prévention nutrition secondaire et tertiaire de l'offre de soin proposé par la Ville de Strasbourg. Avec la gestion de l'offre en prévention primaire, et la coordination de l'Atelier Santé Ville et du Contrat Local de Santé, ils constituent les principales compétences du département projet du service santé-autonomie de

la Ville. Ce département est composé de trois chargés de projet (prévention primaire, PRECCOSS, SSSO), un coordinateur du CLS/ASV, et une secrétaire.

La Maison sport santé aura pour vocation première à accueillir les deux dispositifs SSSO et PRECCOSS. Dans la mesure où il s'agit d'une politique volontariste menée par la Ville, ce transfert de compétence permettra d'assurer la pérennité de ces deux dispositifs par rapport aux choix politiques futurs et faire en sorte que la ville ne soit plus embolisée par ces actions de prévention secondaire et tertiaire qui ne sont pas le *cœur de métier* d'une collectivité. En effet, dans le droit commun, le pilotage de ces actions ne fait pas partie des compétences d'une Ville (ce sont plutôt les compétences d'un réseau de santé ou de l'action des associations).

À l'inverse de PRECCOSS et SSSO, l'offre de prévention primaire proposée par la Ville de Strasbourg ne fonctionne pas à travers un dispositif, mais par l'animation d'une constellation d'actions financées par l'appel à projet Nutrition (fusion entre le contrat local de santé et le contrat de ville sur la thématique de prévention primaire nutrition) dont la mise en œuvre sur le terrain dépend de l'action partagée, au sein du service santé autonomie, des chargés de mission du département projet du service santé de la Ville ainsi que des compétences des professionnels de santé des services de PMI, de santé scolaire et du centre de soin bucco-dentaire.

### **1.2.3 Les compétences de la municipalité de Strasbourg en matière de santé**

Le service santé autonomie s'inscrit au sein de la Direction Jeunesse Solidarité et Santé (DSSJ) dirigée par Madame Maud Renon. Le service santé autonomie est composé de trois départements : Le département projet, dans lequel nous avons effectué notre mission de stage, le département autonomie, qui vise à l'inclusion des personnes âgées et en situation de handicap dans la vie de la cité et le département santé de la personne encadrée par le chef adjoint au service santé et regroupant les personnels qui agissent auprès des usagers en santé scolaire, en PMI, le centre de santé dentaire, le service de vaccination et les professionnels de santé qui travaillent auprès des plus démunis du Centre Communal d'Action Social (CCAS). (cf. Annexe 3)

Parmi les compétences évoquées au sein du département santé de la personne, Le service de soin bucco-dentaire scolaire, qui n'est d'ailleurs issu aujourd'hui d'aucune délégation de compétence, est probablement le service le plus ancien proposé par la Ville<sup>12</sup>. Il s'agit d'une politique entièrement volontariste et de surcroît originale, car la Ville de Strasbourg est à ce

---

<sup>12</sup> <https://www.20minutes.fr/sante/2435859-20190126-strasbourg-pourquoi-ville-occupe-dents-ecoliers>

jour la seule collectivité à posséder un bus dentaire. Créé en 1902, la ville de Strasbourg inaugurerait alors la première « clinique dentaire scolaire au monde ».

Aujourd'hui le service de santé dentaire possède trois cabinets dentaires fixes permettant que l'ensemble des enfants scolarisés au sein des écoles publiques de Strasbourg puissent bénéficier d'un dépistage des caries. Aujourd'hui, environ 25 000 enfants sont dépistés tous les ans. En plus de cette mission, le centre de soins dentaire réalise également des soins gratuits dans certaines écoles et mène une activité de promotion en santé dentaire par des séances de brossage dans les écoles et des rappels sur le rôle de l'alimentation en santé dentaire.

La Ville de Strasbourg a également reçu deux délégations de compétences de l'État (Éducation Nationale) et du département en protection maternelle et infantile (PMI) et en santé scolaire. Cette particularité permet une grande continuité dans la conduite et l'application des actions en faveur des enfants, de la naissance jusqu'au CM2.

Le service de PMI possède cinq médecins, 3 sages-femmes, une secrétaire et des puéricultrices qui peuvent se rendre à domicile pour aider les parents. La santé scolaire possède 6 médecins et une infirmière ainsi qu'une secrétaire. Cet engagement conséquent de la collectivité dans la protection maternelle et infantile préexistait avant même que cette compétence ne soit confiée aux conseils départementaux ou avant même d'être créé par ordonnance en 1945. Les missions de chacun de ces services reposent sur la consultation des enfants pour un bilan systématique et standardisé, ciblant entre autres le suivi du poids et de l'indice de masse corporelle (IMC), les habitudes alimentaires des enfants, mais également la pratique de l'activité physique (AP) hebdomadaire ou le temps passé devant les écrans. Un suivi et un accompagnement des parents et plus spécifiquement dans le cadre de la PMI, un accompagnement des mères, sont également menés par des sages-femmes et des puéricultrices. Comme en matière de santé bucco-dentaire, des actions de dépistage sont organisées pour déceler des pathologies bucco-dentaires dans le cadre de la santé dentaire ou de possibles troubles du développement (cognitifs, visuels ou bien auditifs) des enfants pour la PMI et la santé scolaire. Le service scolaire a également à sa charge la création des protocoles d'intégration des enfants ayant des besoins particuliers (asthme, handicaps).

Les professionnels de santé des services de PMI et de santé scolaire mènent également des actions collectives, contribuant à faire vivre des actions de quartiers, situés dans certains quartiers prioritaires de la Ville tels que la fête du sport et de la santé dans le quartier de HautePierre. Ces animations sont co-portées par les chargés de projet de la Ville de Strasbourg qui en assurent à la fois l'élaboration, le suivi et l'évaluation, mais aussi le pilotage

budgétaire tout en veillant à la cohérence de ces actions dans le maillage territorial par leur instruction avec l'ensemble des partenaires du Contrat Local de Santé de la Ville.

Avant d'aborder la structure juridique particulière de la maison sport santé de Strasbourg, le groupement d'intérêt public (GIP), il est important de revenir sur le projet local tel qu'il est présenté dans la réponse de la Ville de Strasbourg au cahier des charges de l'appel à projet relatif aux « Maison sport-santé » lancé conjointement par le ministère des sports et le ministère des solidarités et de la santé.

### **1.3 Le projet de maison sport santé de Strasbourg**

Au moment de notre stage, la Maison sport santé de Strasbourg est toujours au stade de la préfiguration. Même si la décision de la mettre en œuvre date déjà de deux ans, des choix importants ont été faits. Premièrement, la Maison sport santé de Strasbourg sera portée par un groupement d'intérêt public (GIP) regroupant 16 membres fondateurs et 5 partenaires associés. Cette maison sport santé sera localisée dans l'aile médicale des bains municipaux, lieu historiquement porteur de la politique hygiéniste de la Ville. La MSS accueillera les dispositifs PRECCOSS et SSSO qui étaient pilotés par la Ville et développera son propre dispositif de prévention primaire nommé « Je Joue Pour Ma Santé » (JJPMS).

Elle regroupera l'équipe municipale du sport santé (quinze professionnels dont les éducateurs sport santé, un interne de santé publique, un chargé de mission santé et des assistants administratifs), l'équipe de PRECCOSS (dix personnes dont des éducateurs sport santé, un médecin de santé publique, un infirmier, un psychologue, des diététiciens, des assistants administratifs) et sera composée de 3 grands pôles : (L'annexe 3 présente l'organigramme de la maison sport santé)

- Un pôle accompagnement, en matière d'accueil, d'orientation et de prise en charge, répondant aux missions d'informations et de sensibilisation du public et de coordination des dispositifs SSSO et PRECCOSS sur le territoire. La direction de ce pôle dépendra de la supervision de deux coordinateurs : un coordinateur paramédical (infirmier-ère) et un coordinateur sportif, eux-mêmes supervisés par un responsable de pôle.
- Un pôle de formation continue, de recherche et d'expertise au travers d'un institut sport santé, proposant une offre de formation continue, d'échange de pratiques, et de recherche académique. Le lieu se verra créateur de projets de recherche et lieu de croisement entre différentes spécialités étudiant l'effet de l'activité physique sur la



santé. On retrouvera tout logiquement la présence de l'Université de Strasbourg à travers sa Faculté des Sciences du Sport, sa Faculté de Géographie et d'Aménagement, sa Faculté de Médecine ainsi que l'Institut Siel Bleu, les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, l'IREPS Grand Est, Biovalley France, l'Office des sports. Un des objectifs de cet institut sera notamment de chiffrer l'apport de l'AP par rapport à une prise en charge classique, médicamenteuse ou hospitalière.

- Un pôle d'innovation et d'expérimentation par la création d'un laboratoire d'innovation ouverte, facilitant la rencontre entre des entreprises, des start-up, des professionnels et des habitants.

« Le laboratoire d'innovation ouverte aura pour but, sur un modèle plutôt économique privé, de travailler avec des entreprises faire de la recherche, de l'innovation [...] cette innovation, elle pourra avoir des répercussions sociales : comment on travaille demain avec des bénéficiaires du sport santé [...] » (entretien avec une salariée du service santé autonomie de la Ville)

- Un pôle transversal rassemblera les postes de cadres avec le directeur de la MSS, un référent médical, un responsable des affaires administratives et financières (RAF), et un chef de projet prévention. Le chef de projet prévention, concentrera son activité sur de la prévention primaire et son poste sera financé à 50% par les crédits de l'Appel à projet « Territoire et santé de demain » (TSD) destinée aux projets innovants et à 50% par des crédits de l'ARS. Il aura pour principale mission, dans un premier temps, la mise en place et le développement du projet « Je joue pour ma santé ».

Le programme d'activité en termes d'offre de service du groupement d'intérêt public maison sport santé de Strasbourg (GIP-MSS) pour les trois années à venir, gravitera autour de trois missions en prévention nutrition : Premièrement l'offre d'accompagnement des enfants et adolescents en surpoids et/ou obèses (PRECCOSS) ; Deuxièmement l'offre d'accompagnement des malades chroniques et/ou personnes âgées fragiles (Sport Santé sur Ordonnance - SSSO) ; Et enfin, la mission de « Prévention pour tous » répartie en quatre axes :

- Axe 1 – Construction et déploiement du programme ludique d'éducation à la santé « Joue pour ta santé ! »
- Axe 2 – Élaboration d'une offre innovante pour aller vers les personnes les plus éloignées de l'activité physique
- Axe 3 - Élaborer une stratégie de plaidoyer comme levier du changement des pratiques et des comportements

- Axe 4 - Contribution des pôles de la Maison sport santé à la prévention primaire

Notons pour finir qu'en Juillet 2020, le chef du service santé autonomie de la Ville de Strasbourg a quitté ses fonctions pour devenir préfigurateur de la Maison Sport Santé. Il sera remplacé par le coordinateur du CLS/ASV. La création de la MSS restructure donc une partie du service santé autonomie de la Ville et notamment le département projet.

## **1.4 Démarche méthodologique**

L'objectif de ce stage de Master 2 consistait à partir de ces choix opérés par l'Eurométropole de Strasbourg, et en particulier le choix de recourir à la formule d'un Groupement d'intérêt public, de mettre à plat leurs effets avant d'aborder la phase de mise en œuvre de la MSS. Concrètement, il s'agissait d'identifier plusieurs scénarii de mise en œuvre afin d'orienter la répartition des actions de prévention primaire nutrition entre le futur GIP-MSS et le Service santé autonomie de la Ville de Strasbourg et débouchant sur un certain nombre de recommandations.

Pour mener à bien notre mission, nous avons choisi dans une première étape de faire une revue de littérature sur les dispositifs de type GIP, mais aussi de mener une série d'entretien avec des structures GIP du champ social et médicosocial afin d'avoir une vision plus globale de ce qu'est un GIP en faisant un tour d'horizon de ses avantages et inconvénients, qu'ils soient organisationnels, fonctionnels ou juridico-comptables. Six personnes responsables au sein de quatre GIP ont accepté de nous accorder des entretiens individuels ou collectifs pour nous présenter leur vision de ces atouts et limites de la formule GIP dans : deux maisons des adolescents (MdA), une maison départementale des personnes en situation de handicap (MDPH) et l'Observatoire national de protection de l'enfance (ONPE), une des deux composantes du GIP-Enfance en Danger (GIPed)

Dans le même temps, nous avons recensé un ensemble d'appel à projet et de subvention avec pour finalité de créer un calendrier comportant dates, montant et modalités d'obtention de ces financements. Ce calendrier pourra par la suite être utilisé par le chargé de prévention primaire du GIP-MSS afin d'obtenir des moyens de financement permettant de faire fonctionner le dispositif de prévention primaire de la MSS « je joue pour ma santé ». Au cours de cette première étape, nous avons également assumé une autre mission consistant à rencontrer d'autres professions du service santé afin de mesurer quel pourraient être leur engagement et leur contribution dans le projet de prévention primaire de la ville. Trois personnes ont été interviewées. Ce volet de notre travail a été fortement impacté par la crise

sanitaire et par le confinement. Nous avons ainsi pu nous entretenir avec trois personnes, dont une dentiste du centre dentaire de la Ville, une infirmière scolaire et un médecin scolaire.

L'ensemble de ces tâches ont été réalisées en duo avec une autre stagiaire du service santé arrivée en Janvier 2020 et ayant participé à la rédaction du rapport d'activité du dispositif *sport santé sur ordonnance*. De plus, cette première phase a duré de mars 2020 à Juin 2020 soit sur la durée de la période de confinement. Pour rappel, mon stage a débuté le 09 mars soit environ une semaine avant le début du confinement.

La seconde étape de ce stage, réalisé après le départ de la stagiaire, a consisté à formuler un ensemble de préconisations à l'appui d'un rapport visant à participer à la définition des relations futures de la Ville avec la Maison sport santé (que ce soit au niveau des champs de compétences et d'action ; de l'animation territoriale ; et des partenariats). Il s'agissait à partir d'un état des lieux et d'une consultation des principaux protagonistes de ce dispositif de rédiger une note d'opportunité, avec comme lors d'une phase de diagnostic stratégique, une analyse de type SWOT (Strengths - Weaknesses - Opportunities - Threats ) ou MOFF pour les Francophones ( Menaces - Opportunités - Forces - Faiblesses)<sup>13</sup>, débouchant sur quelques principales préconisations et arguments permettant de préciser les périmètres respectifs d'action de la ville et de la MSS.

Nous avons fait le choix de recueillir le point de vue des six principaux acteurs de la Direction Solidarité Santé Jeunesse (DSSJ) pour repérer les points d'accord et de consensus et les différentes appréciations des conséquences organisationnelles et stratégiques de la mise en œuvre du GIP-MSS. Il nous semble en effet qu'aucune préconisation ne peut être formulée sans ce diagnostic préalable et sans un éclaircissement des différentes perceptions des acteurs. Selon les points de vue en présence, le fait de basculer toutes les actions en prévention primaire du territoire Strasbourgeois vers la Maison sport santé peut en effet avoir des avantages, offrir des opportunités de développement, mais aussi avoir des inconvénients variables selon les acteurs, en termes de gestion (pour les associations et pour le partage ville/maison sport santé). Mon rôle a consisté à rendre plus explicite cette carte des points de vue et d'élaborer différents scénarios de développement avant de proposer un scénario de synthèse assorti de quelques principales préconisations.

---

<sup>13</sup> Ces schémas SWOT sont des documents de travail qui ont servi à l'analyse des scénarios mais que nous n'avons pas joint à notre mémoire. Nous avons préféré rédiger les avantages, limites et menaces, évitant le schématisme inhérent à ce type de schéma.

Mon rôle en tant que stagiaire n'était certes pas d'arrêter qui va faire quoi entre la maison sport santé et la ville, comme l'aurait peut-être proposé un consultant, mais d'aider à établir un état des lieux des points de vue en présence sur ce qui avait déjà été mis en place dans la MSS. Rappelons encore que notre stage est intervenu après un important travail d'échange, avec des groupes de travail sur différents sujets, mais aussi et surtout après la signature de la convention constitutive du GIP, et une formulation de la contribution de chacun des membres du groupement. Il s'agissait donc pour nous de repartir de cette étape pour faire un état des lieux du fonctionnement déjà établi en préfiguration pour la maison sport santé et au sein du service santé de la ville de Strasbourg, sur la prévention primaire et de repérer les options possibles sur ce qui pourrait relever de la ville ou de la maison sport santé. Cette tâche avait vocation à faciliter le choix d'orientation et les décisions du préfigurateur de la maison sport santé.

En résumé, notre travail s'est révélé complexe et délicat, situé dans un entre-deux de la structuration d'une politique en matière de prévention, entre une phase de préfiguration et une phase de mise en œuvre, et ce au beau milieu d'un système d'acteurs et de responsables. Notre tâche était donc « sensible », du fait des conséquences perçues par les acteurs que ne manquera pas de provoquer ce nouveau dispositif dans le champ de la prévention sur le site Strasbourgeois.

## **2 Le choix d'une formule juridique : le groupement d'intérêt public**

### **2.1 Qu'est-ce qu'un GIP ? Quelques leçons d'expérience**

#### **2.1.1 Le Groupement d'intérêt public (GIP)**

Un groupement d'intérêt public est une forme juridique permettant d'associer des opérateurs publics et privés, ou uniquement publics autour d'un projet commun. Ce regroupement de plusieurs structures permet ainsi un partage d'informations et une transparence entre les parties prenantes. Le GIP doit être nécessairement investi d'une mission de service public. (Muzellec & Nguyen, 1993 ; Cottin & Dujardin, 2010 ; Décret n°2001-492, 2001)

Le GIP est une entité propre, possédant une personnalité morale et une autonomie financière. Une convention constitutive vient contractualiser chaque partie prenante quant à sa participation dans le GIP. L'idée de participation signifie la mise à disposition de moyens financiers, matériels et humains. Le GIP facilite donc la mutualisation de moyens entre les membres. Celui-ci regroupant un ou plusieurs services publics et des services privés se voit appliquer les règles budgétaires et administratives d'une collectivité territoriale. Grâce à cela,

le GIP peut donc bénéficier de la mise à disposition de fonctionnaires. Cependant, son autonomie financière rend possible le recrutement au nom du GIP et facilite donc le déploiement de certains projets. (Cottin, 2013 ; Décret n°2001-492, 2001)

Un GIP permet également d'asseoir une légitimité dans les demandes de subventions et d'avoir un poids politique plus fort. Il donne à l'institution une visibilité plus grande. Cette structuration offre aussi la possibilité d'associer les usagers ou encore les représentants d'usagers (associations) aux décisions prises et offre ainsi une voix à chaque membre. Le GIP se veut être un moyen de créer une coopération stable décloisonnant les champs d'activité tout en offrant un guichet unique. Il est considéré par certains comme un instrument de simplification tant pour les usagers que pour les acteurs. (Eric Le Grand et al., 2013 ; Décret n°2001-492, 2001 ; Ministère de l'économie et des finances, 2016 ; Cottin & Dujardin, 2010)

Il existe par ailleurs deux principaux types de GIP, selon qu'ils ont été adoptés et établis par le législateur ou qu'ils sont un choix adopté par des acteurs locaux, alors qu'ils avaient la possibilité de recourir à d'autres formules juridiques. On peut donc distinguer les GIP d'origine législative comme la Maison départementale des personnes handicapées ou le GIP enfance en danger et ceux issus d'un partenariat entre plusieurs acteurs locaux, comme la maison des adolescents de Loire Atlantique ou la maison sport santé de Strasbourg. Dans le second cas, il s'agit d'une démarche locale et volontariste, sans consignes législatives venant contraindre la forme de gouvernance. (Prentout, 2008)

## **2.1.2 Points de vue de responsables de GIP sur la forme juridique de leurs structures**

Les entretiens avec plusieurs responsables de structures GIP dans le champ médicosocial permettent d'affiner ces premiers éléments de définition. Nous avons organisé notre restitution de ces entretiens en abordant quelques points principaux : tout d'abord, nous avons repéré grâce à nos interlocuteurs la différence majeure mentionnée précédemment liée à l'instance qui décide de créer la structure.

Ensuite, nous avons regroupé les points de vue et informations recueillis sur les principaux atouts et finalités du recours à cette forme juridique en distinguant premièrement, en quoi cette formule semble pour nos interlocuteurs à la fois plus souple qu'une collectivité, mais aussi plus efficace pour construire un partenariat entre des acteurs et des institutions au statut variable et mettre en œuvre une politique publique mais aussi des actions sur un territoire ; deuxièmement, les principaux modes de gouvernance en évoquant les instances, celles fixées réglementairement et celles mise en œuvre pragmatiquement ; troisièmement, nous évoquons

quelques limites potentielles ou réelles de ce type de structure dans les champs d'intervention des trois types d'institution que nous avons recensés : MDPH, MDA et GipED.

Concernant la question de l'instance qui fait le choix de créer un Gip, les extraits suivants permettent tout d'abord de prendre la mesure de la différence mentionnée précédemment entre les Gip « imposés » par le législateur (comme les MDPH ou le GIPED) et ceux qui ont fait l'objet d'un choix raisonné par un groupe d'acteurs sur un territoire (les MDA).

« Le modèle du Gip, c'est le choix du législateur en 2005... Dans un article de la loi, il est écrit : 'le service public MDPH est constitué sous la forme d'un Gip'... Il y a 101 maisons départementales des personnes en situation de handicap en France, une par département finalement. Et elles ont toutes comme forme juridique d'être en Gip » (Responsable d'une MDPH)

« Pour la MDPH, il n'y a pas eu le choix de la structure. Il n'y pas d'autonomie locale, pas d'initiative locale possible. C'est un système imposé par la loi [...] ce sont les députés et les sénateurs qui sur une proposition du gouvernement ont choisi et adopté ce format juridique, mais ce ne sont pas des acteurs locaux qui en ont été à l'émergence » (Responsable MDPH)

« Le Service national d'accueil téléphonique pour l'enfance en danger (SNATED) (créé en 1989 une première fois) était déjà un Gip (avant la création de l'ONPE). Avec la création de l'ONPE, il est dit dans la loi que ces deux organismes sont gérés et il est bien dit « géré », par un Gip... Donc le Gip enfance en danger ou GIPed a été créé et gère les deux autres organismes, le SNATED et l'ONPE. » (un responsable de l'ONPE)

Dans le cas des MDA, on a affaire à une toute autre modalité puisqu'il s'agit véritablement d'un choix fait localement par différents partenaires, sachant qu'ils avaient la possibilité d'adopter une autre formule juridique, d'où l'importance de bien se mettre d'accord au préalable sur la définition de la « convention constitutive » ; ce qu'un de nos interlocuteurs a qualifié d'« intention partagée ». Ce travail de préfiguration est une condition de réussite du projet. Pour un de nos interlocuteurs, adopter cette formule de Gip sans réflexion préalable poussée, dans la précipitation est même un des principaux risques de cette forme institutionnelle : il est important de bien concevoir la convention de départ entre les partenaires.

« La limite principale d'un GIP, c'est cette convention constitutive qui doit être signée par tous et qui prend du temps à se mettre en place. Mais ce temps de mise en place est également un temps pour se mettre d'accord sur le projet et les moyens dont il a besoin, donc ce n'est pas un temps perdu. » (Responsable d'une MdA)

« Toutes les MDA qui se sont créées trop rapidement, quelle que soit sa forme juridique d'ailleurs, à chaque fois que c'est allé trop vite, ça a posé problème au bout de quelques temps car tout le monde n'était pas d'accord. C'est ce que j'appelle *l'intention partagée*. *L'intention partagée* est une condition impérative au fonctionnement de ce type de dispositif très politique partagée ou partenariale. Le temps qu'on prend pour le créer, n'est jamais du temps perdu [...] c'est un temps de réflexion sur les missions, et aussi de ne pas prendre le risque d'être sur une dimension concurrentielle avec des partenaires, de ne pas doubler, se substituer à des missions remplies par d'autres. » (Responsable MdA)

L'intention partagée c'est aussi le « constat des limites des dispositifs et des acteurs : celui de n'être pas en mesure, depuis ses missions ou ses responsabilités, d'embrasser l'ensemble d'une politique publique ». (Cottin & Dujardin, 2010, p.78) Ainsi, une des caractéristiques importantes du GIP est de rapprocher les acteurs d'un territoire œuvrant sur une politique publique commune en prenant en compte l'ensemble de ses aspects. Cela évite un portage d'une politique publique locale par un seul service, un seul acteur (qui ne pourra jamais englober dans son action l'ensemble des compétences d'une politique publique).

Quel que soit le modèle de GIP, qu'il ait été instauré par le législateur ou décidé localement par un ensemble d'acteurs d'une politique publique territoriale ou territorialisée, nos interlocuteurs insistent unanimement sur l'intérêt de cette formule juridique pour donner consistance à une logique partenariale, surtout quand les enjeux de coordination entre des acteurs et des institutions au positionnement varié sont centraux. Comme le dit un de nos interlocuteurs.trices :

« Je pense que le modèle du GIP est intéressant quand on est dans cet entre-deux, dans ces missions qui ne sont pas de la responsabilité d'un seul (Etat, département, association...). Mais qu'on a besoin pour autant de créer de la coordination et de la cohérence. » (un responsable dans une MDPH)

Dans tous les cas, une convention constitutive est prévue, qui associe un ensemble de partenaires fondateurs, au statut varié (institutions publiques, administrations d'Etat,

collectivités territoriales, associations). Leur nombre peut certes varier, mais dans tous les cas que nous avons examinés il est de l'ordre d'une dizaine. Nous verrons dans la suite que ce partenariat est rendu opérationnel dans les instances des GIP.

« Le GIP a été privilégié par ce que ça semblait plus équilibré pour les relations partenariales. Au lieu que ce soit un porteur qui ensuite conventionne avec d'autres, le groupement permet de donner une place à chacun, un petit peu plus équilibrée. » (un responsable de MdA)

« On a choisi ce type de gouvernance pour que chacun des 13 acteurs participe à l'ensemble des décisions par la voie des votes... Donc c'est plus démocratique que si c'est un porteur qui ensuite a des relations partenariales avec d'autres porteurs. » (un responsable de MdA)

« Le GIP a modifié les rapports effectivement, c'est clair. Ça induit un rapport de coopération fort, de coopération étroite, qui n'existait pas de la même façon auparavant [...] Le GIP change les relations entre les partenaires parce qu'il fait participer les partenaires à des décisions d'intérêt collectif, mais qui ne sont peut-être pas directement dans leur champ de compétence habituel [...] » (un responsable de MDPH)

« Il fallait une structure chapeau qui regroupe les différentes institutions qui intervenait sur la thématique du handicap et le moyen de le faire était de créer un GIP. » (un responsable de MDPH)

« La structure du GIP est assez intéressante d'un point de vue de gouvernance, parce que l'intérêt c'est d'avoir des partenaires d'horizons multiples et ces partenaires-là, ils sont tous concernés par une même thématique et ils ont pour ambition de coordonner leur action au-delà de faire vivre un service public en tant que tel. » (un responsable MDPH)

« Le GIP permet à la fois de rassembler des institutions, mais aussi des associations et de coordonner des actions. » (un responsable MDPH)

Cette organisation est en même temps une liberté et une contrainte. Il faut souvent insister sur l'autonomie que représente ce type de création.



« En tant que directeur du GIP MDA XX, j'ai eu souvent à rappeler que je ne dirigeais pas un service du département ou un service de l'Etat, mais que je dirigeais un GIP, dans lequel on retrouve l'ensemble de ces services. Ma responsabilité c'est de rendre compte de cette politique publique, de la mettre en œuvre et de la rendre la plus équilibrée possible entre les différents acteurs concernés. » (un responsable d'une MdA)

Une autre vertu soulignée par certains de nos interlocuteurs est qu'un GIP est une structure publique, et non privée comme une association. Certains insistent sur la légitimité que donne la loi. D'autres soulignent en plus que ce type d'organisation peut être un gage de transparence, du point de vue des usagers. Elle permet aussi d'avoir un dispositif unique, un guichet unique, point important pour un service destiné à des publics.

« Le principal avantage du GIP, c'est que c'est public. Il y a, au niveau de ... de l'image... ce n'est pas un truc privé, ce n'est pas une association... » (un des responsables GIPED)

« Il y a une légalité et après la légitimité qui s'est construite et maintenant c'est totalement légitime. Mais elle est venue après la légitimité, notamment par la construction, par les actions... Mais il faut le support de la légalité aussi [...] » (un des responsables au sein du GIPed)

« Créer un GIP permet du point de vue du bénéficiaire que ce soit transparent. » (un responsable de MDPH)

« L'une des raisons pour lesquelles ce modèle (le GIP) a été choisi, c'était qu'on voulait un guichet unique à partir de plusieurs administrations et il fallait donc qu'à un moment donné ces administrations aient une structure chapeau. » (un responsable de MDPH)

« Dès lors qu'il y a plusieurs contributeurs ou financements publics, le GIP est la meilleure des solutions et la plus durable. » (un responsable de MdA)

Sur la diversité des partenaires, plusieurs de nos interlocuteurs insistent sur les facilités offertes par la structure GIP pour impliquer des associations représentant les usagers. Ceci a été surtout souligné par les représentants de MDPH.

« Le GIP permettait d'associer les associations d'usagers du secteur du handicap, à la gouvernance même du service publique MDPH. » (Responsable MDPH)

« L'autre raison du choix de ce modèle, était que le GIP permettait d'inclure le maillage associatif. Il y avait un tissu associatif important sur la question du handicap et la loi de 2005 a posé comme postulat qu'il fallait associer, pleinement les personnes en situation de handicap à la définition des droits. » (Responsable d'une MDPH)

« Le GIP donne aux associations un poids énorme dans la prise de décision dans son fonctionnement. » (un responsable d'une MdPH)

« Les associations aident aussi les administrations à prendre de la hauteur, ou en tout cas à ne pas être dans une vision trop technocratique des sujets, mais avoir une vraie expertise d'usage, qui est très importante pour la qualité du service public. [...] Les associations représentent un autre maillon de la chaîne du service public au sens large et donc c'est important qu'elle soit représentée. » (Un responsable d'une MdPH)

Plusieurs de nos interlocuteurs ont également mentionné un aspect concret de l'implication dans la convention constitutive de départ : un partenaire est un contributeur et la force des liens de partenariat réside précisément dans la mutualisation de l'effort. Seul, on ne pourrait mener les actions ou la politique publique en question, alors qu'en partenariat, les moyens sont mutualisés, de même que les décisions concernant leur usage. Cette contribution de chaque partenaire fonctionne un peu comme une corbeille de mariée, et même si les niveaux de contribution peuvent varier selon les partenaires impliqués, tous auront accès aux instances décisionnelles qui mettront en œuvre la politique et les actions. Ceci ne veut pas dire que tous les partenaires sont effectivement sur un pied d'égalité complet. Les plus gros contributeurs ont aussi un pouvoir sans doute supérieur d'orientation dans les faits. Mais quant aux principes, l'idée est bien de gérer démocratiquement dans une instance partagée les ressources mutualisées.

On peut également noter que la nature des contributions de chaque partenaire varie. Il peut s'agir de ressources financières, de ressources humaines et parfois de ressources matérielles, comme la fourniture d'un local ou de matériels.

« Puisqu'au fond une politique publique partagée a des moyens partagés, c'est aussi des moyens à mettre sur la table, moins importants pour chacun des contributeurs. »  
(Responsable d'une MdA)

« Ne sont membres d'un GIP que les contributeurs, on est membre d'un GIP que si on apporte une contribution, un moyen matériel, humain ou financier. C'est le droit d'entrée du GIP. » (Responsable d'une MdA)

« L'idée c'était que tous mettent des moyens à disposition, que ce soit du personnel des locaux, des subventions. Ensuite, ils en attendaient d'avoir tous, quand même un petit peu, une voix au chapitre. En l'occurrence, une voix au sens du vote dans les décisions prises. » (Responsable MdA)

« Pourquoi la structure du GIP a été choisie ? Parce que le financement est à parité entre l'Etat et les départements... Donc 50% du financement, c'est l'Etat, sur une ligne budgétaire de la DGS et 50% du financement, ce sont les départements au prorata de leur population de mineurs [...] Donc avec ce financement, le GIPed n'a pas de tutelle... L'Etat a une tutelle lorsqu'il assure plus de 50% du financement. Même si l'Etat très régulièrement dit, « on assure la tutelle » [...] ce n'est pas le cas... Il y a du 50% du financement et les décisions sont prises par le CA qui est indépendant. Donc ce système permet une représentation de différents corps de la société : Etat, département, et différentes associations. » (Responsable GIPed)

Du point de vue organisationnel, les instances d'un GIP sont simples : Assemblée générale (AG) et/ou Conseil d'administration (CA), selon les cas. Ces instances se réunissent à un rythme régulier (par exemple, deux ou trois AG par an, 4 ou 5 CA par an). Certains choisissent en plus de former un bureau au sein du CA pour augmenter la réactivité et faciliter les processus de décision et de préparation des dossiers. D'autres inventent des instances adhoc.

« Le GIP a une instance quasi unique qui est l'assemblée générale. On a quatre AG par an, pas de CA, pas de bureau, tous les membres fondateurs du GIP sont présents à chaque réunion. » (un responsable de MdA)

« Les membres du GIP ne sont pas pléthore. Ils sont une quinzaine, 16 votants je crois. Cela simplifie les choses de fonctionner en AG. La préparation des AG se fait entre le Président et le directeur et le mode de communication est simple. C'est pour simplifier les prises de décisions et c'est une assemblée décisionnaire. C'est vraiment une simplification des rouages de décision. Ce n'est pas comme une AG d'association où il peut y avoir une centaine de membres. » (un responsable de MdA)

« Quand il y a trop de membres fondateurs dans un GIP, on ne peut pas les réunir à chaque fois. D'où l'intérêt d'avoir un bureau ou une instance intermédiaire. » (un responsable de MdA)

« Pendant longtemps, on n'avait pas de bureau (du CA), on avait juste un président et ensuite, c'était le conseil d'administration, mais ça manquait un peu de réactivité dans certaines décisions importantes. Un bureau a été mis en place. » (un responsable de MDA)

« Le rôle du bureau [restreint] est assez important, car il permet de canaliser en amont des instances officielles [CA – commission exécutive] les opinions des structures, partenaires du GIP. » (un responsable dans une MDPH)

Le pluralisme des partenaires dans les instances est un gage de discussion et de débat.

« On met dans le CA des institutions ou des associations qui ont des intérêts totalement divergents. Enfin, convergents en un sens, mais qui ont des missions et des positions différentes. Donc on est sur des lieux de débats, peut être beaucoup plus qu'un CA d'une structure habituelle ou d'une association où on retrouve des gens qui viennent d'un même horizon, qui ont les mêmes points de vue, etc. » (responsable d'une MDPH)

« La forme du GIP, après, c'est « bas les masques », je dirais. C'est-à-dire que les tensions par exemple, entre les départements et l'Etat, euh... au sein du GIP... Et bien elle s'exprime au conseil d'administration. » (un responsable au sein du GIPed)

D'autres ont inventé des instances adhoc. C'est le cas dans une des MdA qui évoque la création d'un ou plusieurs comités d'animation territoriale, chargés de la mise en œuvre des actions et non des questions décisionnelles. Cette instance opérationnelle peut être reproduite pour le suivi de chaque action et donc varier dans le temps.

« Une instance a été créée avec la MDA et qui s'appelle le comité d'animation départementale. Il y a une distinction à faire entre l'assemblée générale du GIP et ce comité d'animation, parce que l'AG administre la MDA et le comité d'animation essaye davantage de travailler sur la mise en œuvre du projet avec les partenaires de l'adolescence qui ne sont pas membres du GIP [...] Le comité d'animation prend en compte les besoins de projet nouveau, de discussion. Quand il y a des projets qui s'initie

via le GIP lui-même, ils ne sont pas traités directement dans les instances du GIP mais au niveau du comité d'animation et de sous-comité [...] » (un responsable de MdA)

« On crée des comités d'animation sur les différents territoires de nos antennes pour être au plus près des acteurs de chaque territoire et c'est à ce niveau que se discute et se mettent en place des expérimentations et des projets divers et variés dont les projets de promotion de la santé qui sont conduits par les personnels de la MDA toujours en lien avec les partenaires. » (un responsable de MdA)

Mais cette vision positive ne fait pas l'impasse sur un certain nombre de difficultés ou de lourdeurs. Elles concernent pour l'essentiel la question de la gestion des ressources, que ce soit les règles de la comptabilité publique, d'une part, ou les questions de ressources humaines.

« Ce qui peut être compliqué, c'est au niveau de l'administration des GIP. On est dans une espèce d'entre deux avec des réponses qu'on n'a pas forcément. Par exemple, sur la gestion des personnels, là les GIP sont un peu souverains, ils font comme ils le souhaitent avec le contrôleur d'Etat. Parfois ça se passe très simplement, quand le contrôleur est plutôt souple. Mais parfois, ça se passe moins bien avec le contrôleur. » (un responsable de MdA)

« Le fait d'être en GIP fait que ça devient une structure indépendante qui doit, entre guillemets, se débrouiller de tout ce qu'elle a à faire toute seule, mais avec des règles qui sont beaucoup moins souples que celles d'une association par exemple. » (un responsable d'une MdA)

« On est soumis au marché public dans le cadre d'un GIP. C'est une chose à laquelle il faut penser, dans les différences avec les structures de droit privé. Là on est soumis au marché public et parfois ça peut être très compliqué. » (un responsable au sein du GIPed)

« Les inconvénients, ils ne sont pas liés au politique, les inconvénients ils sont plus liés à l'administratif. Donc il faut apprendre à le gérer, quoi. » (un responsable de MDPH)

« Un autre inconvénient d'une structure comme ça, c'est que ça peut coûter très cher s'il n'y a pas un partenariat pour mutualiser les frais de gestion » (un responsable de MDPH)

Dans certaines des structures enquêtées, un des sujets délicats, importants concerne les ressources humaines et sa gestion. Non seulement les statuts des personnes sont variés, mais parce que les structures sont petites, elles n'ont pas nécessairement toute la logistique nécessaire à cette gestion RH.

« Finalement il a été convenu et acté qu'on restait dans ce modèle GIP, malgré des inconvénients qui pouvaient en résulter, notamment du point de vue des ressources humaines... En fait, on a des statuts RH très différents et parfois des RH très différentes et pour la direction, ce n'est pas forcément simple d'harmoniser les situations, mais de créer un règlement intérieur et une vie commune euh... une politique salariale, une politique sociale et une politique RH qui soient harmonisées. » (un responsable de MDPH)

« D'un point de vue de gestion. Le GIP ce n'est pas forcément simple à gérer quand on a des gens qui ont été mis à disposition de plusieurs structures différentes... en tout cas c'est un vrai sujet des MDPH en France. » (un responsable de MDPH)

Plusieurs de nos interlocuteurs ont souligné qu'il y a un prix à payer de l'autonomie, alors que ces structures sont de petite taille. Elles doivent prévoir cet aspect de gestion des ressources financières et humaines qui peuvent représenter une charge en temps très significative, sans oublier le temps de coordination des actions.

« Les principales limites du GIP, c'est que ce ne sont pas des structures qui sont simples à gérer, notamment les MDPH parce qu'il y a eu vraiment des statuts différents [...] Et puis elles ont des tailles...au-delà de la complexité de la gestion, ce sont des structures qui sont petites. [...] Quand on gère un service public, des fois être petit, ce n'est pas forcément un atout car on n'a pas toutes les compétences supports dont on aurait besoin, donc on a besoin de s'appuyer sur une maison mère je dirais. » (un responsable de MDPH)

« Dans le budget d'un GIP, il faut prévoir la fonction de direction administrative et la dimension coordination des différents projets. » (un responsable de MdA)

« La question c'est qu'il faut que le temps accordé à la coordination soit bien pris en compte car c'est beaucoup de temps et ça aide beaucoup les partenaires, qui n'ont bien souvent pas de temps à accorder à la coordination » (un responsable de MdA)

Nous avons cherché à savoir ce que permettait la structure GIP en matière de gestion et, notamment, dans quelle mesure, le GIP pouvait lui-même être une structure pour financer des actions ou des associations. Sur ce point, les réponses sont assez floues, car la règle n'en fait pas mention et pour les responsables de GIP interrogés cela ne semble pas permis. Mais il y a en revanche la possibilité de rémunérer des intervenants, ou de recevoir des dons, ou de gérer des fonds d'actions d'études ou de recherche.

« Non, je ne pense pas que ce soit possible... Je ne crois pas que le GIP puisse redistribuer des subventions. » (un responsable de MdA)

« On reçoit des subventions. Alors on peut payer des prestations, ce qui nous arrive régulièrement. On fait beaucoup d'actions de formation, de sensibilisation et des journées d'études etc. sur des problématiques nouvelles, parce qu'un des avantages des GIP, c'est d'être en partenariat avec beaucoup de partenaires, c'est la dimension observatoire, on est le réceptacle pour l'adolescence de toutes les nouvelles problématiques adolescentes. » (un responsable de MdA)

« Non le GIP ne peut verser des subventions, par contre certaines de ces actions que ce soit, ... par exemple des ateliers de médiation pour des groupes d'ados ou de la prévention primaire ou de la formation qu'on mène avec des prestataires extérieurs (...) Bien sûr forcément, on paie, on les rémunère, mais on ne les subventionne pas en fait. Mais, mais ce ne sont pas des associations, ce sont des intervenants extérieurs notamment des artistes. » (un responsable de MdA)

« Non, on n'est pas autorisé à redistribuer des subventions, mais on est autorisé à payer des prestations d'intervention quoi. » (un responsable de MdA)

« Alors non il ne peut pas donner des subventions en direct. Voilà, ce n'est pas permis » (un responsable ONED)

« Et les associations... Il y avait une autre difficulté, les associations pour qu'elle puisse donner de l'argent au GIP ou que le GIP puisse recevoir des héritages, comme une fondation... c'est très compliqué car tous les financements qui viennent en plus, auront un peu le principe de la parité pour le financement entre l'Etat et les départements. » (un responsable dans GiPed)

« En revanche, ... si un projet de recherche est soutenu par une association, dans le cadre d'un appel d'offre, parce que le projet de recherche est un appel à projet, donc avec conseil scientifique etc., là il peut y avoir une association qui soutient le projet de recherche qui peut recevoir des fonds pour le projet de recherche. » (un responsable dans le GIPed)

« Est-ce que le GIP permet de subventionner des associations ? ... de manière générale, aucun GIP ne permet de subventionner des associations... Ça m'étonnerait que la structure le permette parce que... c'est pas prévu pour ça... C'est prévu pour mettre des moyens en commun quand même pour de l'opérationnalité, par pour redistribuer ces moyens à d'autres quoi... Il faudrait regarder les fondements des GIP, ... » un responsable GIPed)

Mais encore une fois, la lourdeur évoquée sur les questions de gestion est en grande partie compensée par les autres atouts, selon la quasi-totalité de nos interlocuteurs.

« Il y a une certaine lourdeur administrative mais les avantages sont vraiment présents, avec notamment une dimension de mise en œuvre d'une politique partagée avec tous les acteurs autour de la même table et durablement engagés, notamment dans la mise à disposition de moyens » (un responsable de MdA)

Sur cet ensemble de point, une impression générale se dégage de nos entretiens. Pour les personnes interviewées, qu'ils aient ou non choisi de recourir à cette forme institutionnelle, un GIP est une forme juridique particulièrement adaptée pour mettre en œuvre une politique publique : d'abord parce qu'elle est publique, mais aussi parce qu'elle est partenariale et permet de mutualiser à la fois les ressources, les moyens et de gérer collectivement et le plus démocratiquement possible la mobilisation de ces ressources. Ainsi, le GIP est une structure qui permet d'instituer les choses, qui ne se base pas seulement sur un réseau et l'entente entre des personnes, mais acte par voie conventionnelle des engagements entre chacun des membres. Comme le synthétise un de nos interlocuteurs :

« C'est le modèle qui convient le mieux dans le cadre d'une politique publique partagée locales, qui sont de plus en plus la norme aujourd'hui » (un responsable d'une MdA)



## 2.2 La création du GIP maison sport santé de Strasbourg face au contexte de crise sanitaire de la covid19

La Maison sport santé de Strasbourg sera portée par un groupement d'intérêt public (GIP) regroupant 16 membres fondateurs et 5 partenaires associés œuvrant ensemble pour « élaborer et organiser sur le territoire une réponse innovante en matière de promotion de la santé par l'activité physique y compris les mobilités actives, l'alimentation équilibrée et le développement d'un territoire favorable à la santé ». (extraits de la convention constitutive du GIP – Maison sport santé de Strasbourg, p. 1).

Les instances du GIP seront les suivantes : une Assemblée Générale (AG), qui se réunira au moins une fois par an, et un Conseil d'Administration (CA) qui se réunira une fois par trimestre pour une durée quinquennale et renouvelable.

L'AG sera composée de l'ensemble des membres fondateurs, adhérents et partenaires.

Chaque membre désignera un-e représentant-e et son-sa suppléant-e. Les membres du GIP seront répartis par collège au sein de l'assemblée générale. L'AG comportera ainsi 5 collèges :

- Le collège des collectivités avec le département du Bas Rhin et la Ville de Strasbourg ;
- Le collège « Université, recherche, innovation » avec l'Université de Strasbourg, le pôle de compétitivité Biovalley France et l'institut SIEL BLEU<sup>14</sup> ;
- Le collège des associations avec l'Instance Régionale d'Éducation et de Promotion de la Santé (IREPS) du Grand-Est, le Comité Départemental Olympique et Sportif du Bas-Rhin (CDOS 67), le Comité Régional Sports pour Tous Grand-Est, France Assoc Santé, L'Office des Sports de Strasbourg, l'association Unis vers le sport et la Ligue contre le cancer
- Le collège des mutuelles avec la Mutualité Générale de l'Éducation Nationale (MGEN) et la Mutualité Française Grand-Est (MFGE)
- Le collège des « Établissements de santé » avec les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg (HUS) et le réseau d'établissement de santé de l'Assurance Maladie sur les départements du Bas-Rhin et du Haut-Rhin (UGECAM) et notamment son Institut Universitaire de Réadaptation Clémenceau-Strasbourg (IURC)

---

14 Qui a pour vocation d'inventer, étudier et diffuser de nouvelles pratiques de santé accessibles au plus grand nombre.

Le CA comprendra 13 membres élues par l'assemblée réparties par collège de la manière suivante :

- Pour le collège des collectivités : 3 représentant-e-s dont 2 représentant-e-s de la Ville de Strasbourg
- Pour le collège « Université, recherche, innovation » : 3 représentant-e-s
- Pour le collège des associations : 3 représentant-e-s
- Pour le collège des Mutualités : 1 représentant-e
- Pour le collège des « Établissements de santé » : 2 représentant-e-s

Sur ces premiers éléments concernant les instances, quelques pistes se dessinent déjà. Nous allons tenter d'en rendre compte à partir de nos entretiens.

Par ses instances et notamment le CA, le GIP assure une mise à plat des problématiques permettant des négociations directes où les tensions sont susceptibles de s'exprimer. Ceci pourrait conduire, si l'on en croit les acteurs que nous avons consultés hors du site strasbourgeois à développer d'autres niveaux de gouvernance, tel un bureau restreint afin de « canaliser en amont des instances officielles les opinions des structures, partenaires du GIP » (un responsable de la MdA). C'est d'ailleurs ce que semble souhaiter le préfigurateur de la MSS de Strasbourg :

« [...] aujourd'hui le CA prévoit la possibilité de créer un bureau, qui n'est pas encore créé. Je verrais cela d'un bon œil, qu'il y ait cette instance-là, un peu intermédiaire, avant le CA, avec un bureau à constituer, pour que le conseil d'administration ne soit pas une « chambre d'enregistrement » tout simplement. » (préfigurateur de la maison sport santé).

La crise sanitaire de la COVID-19 a retardé les échéances prévues pour la création de la maison sport santé, la rénovation des bains municipaux, l'organisation des instances du GIP et inévitablement la mise en place du projet de prévention primaire « je joue pour ma santé ». Cette crise sanitaire a également retardé les échéances municipales. La nuit du 28 Juin a vu l'élection de la candidate Europe Ecologie Les Verts (EELV) à la mairie de Strasbourg dont un des co-listiers est l'actuel élu à la santé, Monsieur Alexandre Feltz, qui a impulsé le mouvement du sport santé à Strasbourg et plus généralement en France. On peut tout à fait supposer qu'Alexandre Feltz sera nommé à la présidence du GIP-MSS en restant élu santé à la Ville de Strasbourg. L'organisation du GIP-MSS implique un rôle prédominant de sa son futur-e président-e, élu-e par le CA, qui reviendrait probablement à un-e élu-e de la ville, même si cela reste encore incertain. En effet, si la Ville de Strasbourg possède le plus de voix au CA, cela ne la rend pas « naturellement majoritaire ».

« Non, nous on a deux voix, donc on n'est pas naturellement majoritaire. Je veux dire qu'il peut y avoir des alliances entre d'autres membres fondateurs contre les opinions de la ville. » (entretien avec préfigurateur de la MSS)

En effet, le choix de cette structuration juridique est lié à la volonté de maintenir une gouvernance publique en respectant le souhait formulé par la Ville d'avoir une présence significative dans le projet et dans la gouvernance de la structure.

« Pour les ressources, aujourd'hui, 80% des ressources viennent de la ville [...] avec aussi une forte place de la gouvernance municipale, étant entendu que par exemple, c'est la ville qui a co-animé toute l'écriture de la convention constitutive, qui a proposé des règles en matière de gouvernance concernant la future AG et le CA. Sur les douze sièges de représentants au CA, la Ville aura deux membres titulaires » (entretien avec le préfigurateur de la maison sport santé).

Toutefois, cette présence importante de la Ville ne doit pas entraver pour autant les décisions du groupement en rendant les choix de la Ville hégémonique par rapport aux autres membres du GIP :

« Je ne pense pas que la Ville puisse [...] imposer seule, ses orientations ou ses choix au groupement. Car le groupement est régi par un CA qui a son programme d'activité annuel, qui a son budget propre, qui a une forme d'autonomie dans ses choix politiques [...] La Ville aurait pu beaucoup plus structurer les choses de manière à ce que son poids soit plus représenté et que le GIP soit vraiment une émanation d'une structure et dépendante de la Ville [...]» (entretien avec le préfigurateur de la maison sport santé)

Dans la première note rédigée au maire datant de Août 2018 et visant à justifier le choix de cette forme juridique apparaissent plusieurs enjeux : premièrement, un enjeu politique, de pérenniser les dispositifs SSSO et PRECCOSS, qui du fait d'une alternance politique auraient pu subir un nouvel arbitrage financier, voire être remis en question. Le GIP permet ainsi d'entériner la participation de la Ville à ces dispositifs et de les sortir des arbitrages politiques futurs.

« Quand on regroupe les forces de sport santé et PRECCOSS avec des financements extérieurs, il y a une création de poste coté ville, mais également des financements extérieurs notamment du conseil départemental, de l'ARS, et j'en passe. On arrive à une équipe de 20 équivalents temps plein. Il y a très peu de dispositifs qui, dans un contexte

contraignant pour une collectivité, ont autant essaimé entre 2012 à 2020, en huit ans quoi. Quand je parle de contexte contraignant, je fais référence au pacte financier qui contraint assez lourdement les collectivités pour les créations de poste. [...] une autre question a été de se dire, la création de poste étant ce qu'elle est pour une collectivité, jusqu'où ça va aller maintenant ? Cela posait également la question de savoir si la ville est en capacité de suivre le rythme de l'évolution de cette dynamique locale, nationale. On voit bien que c'est un sujet qui est très porteur aujourd'hui, même si le modèle économique n'est pas encore stabilisé, mais on voit bien quand même, que vu que la sédentarité en France, c'est un sujet présent et d'avenir [...] Donc il a fallu inventorier différentes hypothèses de modes de gestion permettant de trouver le meilleur équilibre entre la dynamique.... Enfin la croissance de ces projets là et le maintien d'une gouvernance publique. » (entretien avec le préfigurateur de la maison sport santé)

Un deuxième enjeu, partenarial cette fois, concernait la possibilité de rassembler des acteurs privés, publics, associatifs du champ hospitalier, universitaire, au sein d'un même ensemble en gardant une prédominance publique dans la gestion et la comptabilité de la structure. Enfin, une dernière attente concernant le recrutement laissait croire que le GIP faciliterait la création de nouveaux postes, par rapport à la dynamique locale, nationale de cette thématique porteuse du « sport santé nutrition ».

« Le pacte financier [entre l'Etat et les collectivités] a lourdement contraint les collectivités pour des créations de poste [...] Le GIP permet l'alliance entre partenaires publics et privés tout en favorisant une dynamique de croissance, c'est-à-dire des nouveaux postes, des nouvelles contributions des partenaires, permettant de sanctuariser, on va dire, la contribution initiale de la ville. Donc on reste dans l'épure de la masse salariale imposée par la collectivité. » (entretien avec le préfigurateur de la maison sport santé)

Toutefois, notre revue de littérature portant sur cette structure juridique (annexe 3) montre que le recrutement des contractuels est également un processus complexe pour les GIP. En effet, « La règle veut que la priorité soit donnée aux agents de la fonction publique et aux détachements ou mises à disposition. » Ainsi, dans le cas du recrutement d'un contractuel, qui ne soit pas mis à disposition par un membre du GIP, il est nécessaire de faire un appel à des candidatures dans les 3 fonctions publiques (territoriales, hospitalières, d'État).

### **3 Évolution de l'offre de prévention primaire nutrition de la Ville de Strasbourg et de la Maison sport santé**

#### **3.1 État des lieux de l'offre en prévention primaire nutrition**

Le volet prévention primaire en nutrition est piloté à la Ville par une chargée de projet du service Santé et Autonomie. La prévention primaire est transversale, elle touche plusieurs services de la Ville de Strasbourg, et des liens étroits existent avec la Santé scolaire, la PMI, et des structures extérieures tels que l'Instance Régionale d'Éducation et de Promotion de la Santé (IREPS), les Maisons Urbaines de Santé (MUS), le Rectorat de l'Académie de Strasbourg à travers son programme de Conseil et accompagnement pour agir en promotion de la santé en faveur des jeunes (CAAPS), et de nombreuses associations présentes sur le territoire de la Ville de Strasbourg. Cette chargée de projet, ainsi que les trois autres chargés de mission du département projet du service santé autonomie se sont vus attribuer la gestion de plusieurs quartiers de la Ville pour développer des actions en santé. À eux quatre, ils gèrent l'animation territoriale et l'accompagnement des associations dans la mise en place d'actions sur les onze QPV du territoire Strasbourgeois. Pour ce faire, ils sont appuyés dans leur mission par des ambassadeurs de territoire, formés à la prévention nutrition, et qui ont pour mission de conseiller les structures sur la création de projet.

Pour résumer ces quatre chargés de projets ont ainsi comme mission :

- De développer un ou des dispositifs particuliers (SSSO, PRECCOSS, le développement d'une salle de consommation à moindre risque) ;
- Pour l'un d'entre eux de coordonner la mise en place des contrats locaux de santé ville, ainsi que de l'Atelier Santé Ville et enfin pour l'ensemble ;
- De structurer au mieux les actions de prévention nutrition (pour une majorité des actions de prévention primaire nutrition) sur le territoire, en lien avec les acteurs du territoire.

Leur travail est ainsi de faire émerger des projets au niveau local par les associations, et qui répondent aux besoins identifiés dans le Contrat Local de Santé et le Contrat de Ville. Il est toujours préférable que les associations aient un réseau d'acteurs, et d'habitants conséquent sur lequel s'appuyer, rendant les projets nutrition plus innovant. Un lien avec les partenaires institutionnels du contrat local de santé et du contrat de Ville est fait afin de déterminer quels sont les financements qui sont les plus adaptés au projet. Le schéma 1 montre la répartition des financements actuels de la prévention primaire sur le territoire de Strasbourg.

Une forme de négociation permet de prioriser les actions, et l'attribution des financements. C'est ce qu'on appelle « l'instruction ». L'instruction se fait à plusieurs mais chaque partenaire doit conventionner avec l'association, ce qui rend complexe la démarche pour les associations. Cependant, on observe des changements sur cette manière de faire. Par exemple, le régime local d'assurance maladie et l'ARS participe dorénavant à l'instruction mais laisse à la Ville la décision et le financement des associations. Les associations n'ont plus qu'un interlocuteur : la Ville de Strasbourg. Avec la mise en place de la MSS, certains des acteurs interrogés souhaitent que ce fonctionnement en « guichet unique » persiste, et soit ainsi attribué à la MSS. Le GIP-MSS s'assurerait ainsi du pilotage administratif et financier de l'offre de prévention primaire nutrition sur le territoire.

Les associations qui désirent obtenir un financement pour un projet de prévention primaire nutrition doivent répondre à l'*Appel À Projet (AAP) « Nutrition »* qui est la fusion de l'appel à projet du Contrat De Ville (CDV) et l'appel à projet du Contrat Local de Santé (CLS). Cette fusion s'est faite en 2018 afin de trouver plus de cohérence avec le besoin de proximité et de simplification de la démarche pour les associations, notamment celles situées dans les quartiers prioritaires de la ville (QPV). L'instruction des dossiers se fait en lien avec l'ensemble des partenaires institutionnels du CLS mais aussi de l'Atelier Santé Ville qui gère un volet santé spécifique du CDV. Demain, une partie de ces acteurs seront membres fondateurs ou partenaires du GIP-MSS de Strasbourg.

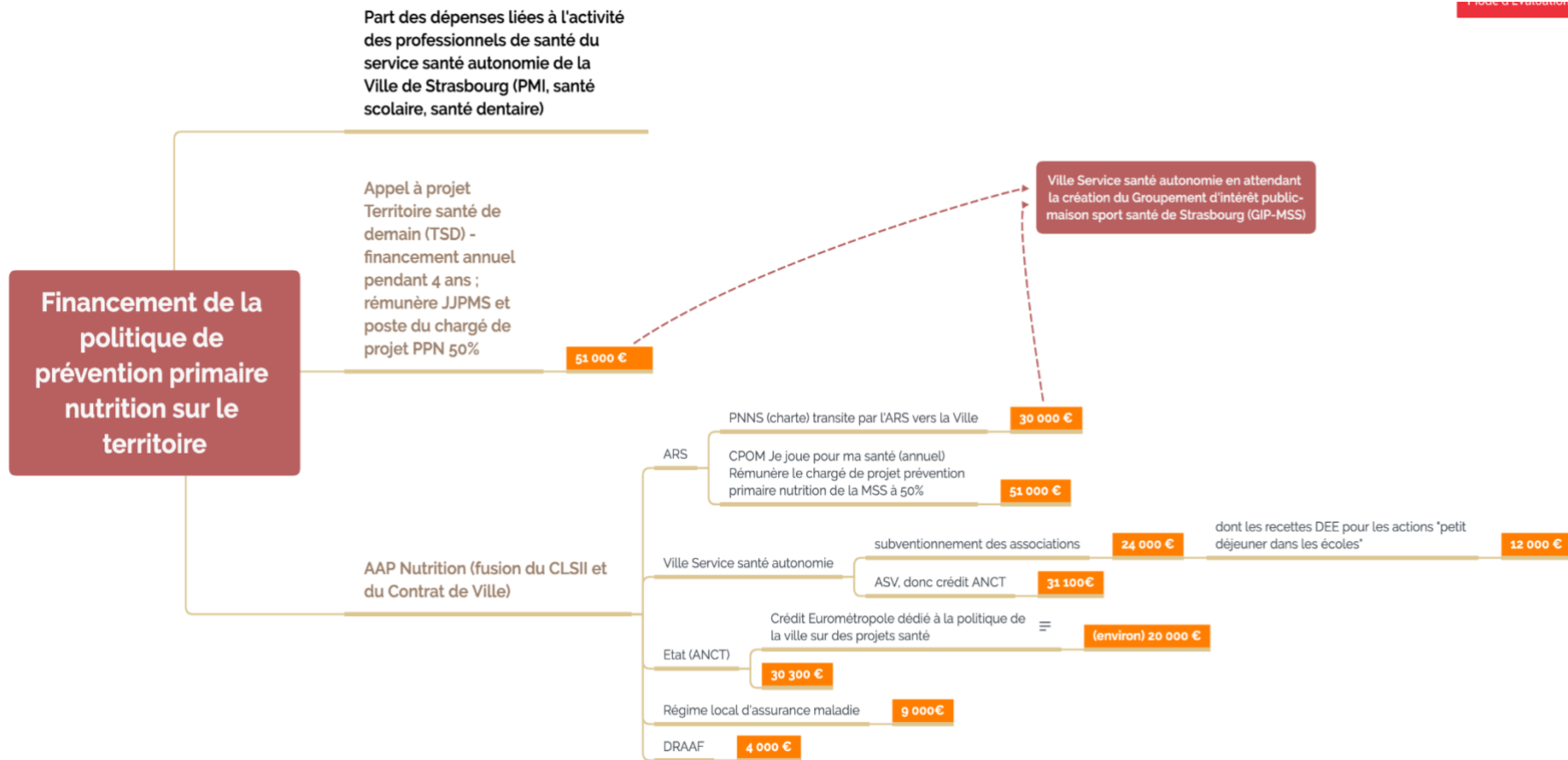


Schéma 1 - Financement de la politique de prévention primaire nutrition par la Ville de Strasbourg et les principaux partenaires du CLSII

Une autre des tâches de la chargée de projet prévention primaire de la Ville consiste à organiser des sessions de formations, sur des sujets spécifiques dont la nutrition, afin de garantir un gain en compétences des associations. Ce travail se fait en partenariat avec différentes structures (on retrouve l'IREPS, le rectorat de l'Académie de Strasbourg, les MUS) et vise à accompagner les associations sur cette consolidation et montée en compétence sur ce volet nutrition, afin d'adapter au mieux leur projet aux grandes orientations de l'AAP Nutrition.

Au mois de mars 2020, un rapport « observatoire des actions de prévention primaire nutrition sur le territoire de Strasbourg » a été rédigé pour l'année scolaire 2018-2019. Ce rapport a pour vocation de recenser l'ensemble des actions de prévention primaire nutrition ayant lieu sur le territoire de Strasbourg pour l'année scolaire concernée. 56 actions ont été répertoriées auprès de 38 établissements de nature diverses : associations, centres socio-culturels, centres médico-sociaux, établissements du secteur privé tels que des mutuelles et des établissements de soin, et enfin des unités gérées par les services publics notamment en santé scolaire et en santé universitaire.

Ces 56 actions ont été ensuite réparties en quatre catégories : les actions événementielles, c'est-à-dire les ateliers de nutrition ayant lieu de manière ponctuelle ; les actions d'activité physique et sportive, c'est-à-dire les activités physiques proposées par des associations (vélo, marche nordique...) ; les actions de sensibilisation, visant à informer et conseiller les bénéficiaires sur une alimentation saine et équilibrée (ateliers culinaires, « manger sain à bas prix », etc.), les actions de petits déjeuners pédagogiques, menées dans les écoles, les centres socio-culturels ou les associations et dont les objectifs sont la promotion des bienfaits d'un petit déjeuner équilibré ; l'accompagnement des parents et des enfants dans la confection du petit déjeuner, l'accompagnement à la suppression de la collation du matin.

Les résultats de ce recensement ont montré que 8 892 personnes ont pu bénéficier d'une action de prévention primaire nutrition en 2019 sur le territoire de Strasbourg. Les données recueillies ont également fait ressortir que 80% des bénéficiaires de ces actions sont des enfants. Cela s'explique par le fait que les actions de petits déjeuners pédagogiques se déroulant dans les écoles, touchent un public plus conséquent, à savoir 5 115 enfants, même si elles ne sont mises en place que par 6 écoles sur le territoire (comparé à 24 actions de « sensibilisation » pour 2 717 participants et 13 actions « événementielles » pour 585 participants). Les centres socio-culturels sont les porteurs de projets qui mènent le plus d'actions sur le territoire de Strasbourg et 16% des actions de prévention primaire nutrition sont financées par les subventions de la Ville et ses partenaires dans le cadre du CLS. Enfin, le quartier Cronembourg/Hautepierre/Poterie/Hohberg est le quartier où se déroulent



le plus d'actions en prévention primaire nutrition, du fait d'être le quartier avec un des taux d'obésité les plus élevés (notamment chez les enfants).

### **3.1.1 Du dispositif « Je bouge dans mon quartier » piloté par la Ville au dispositif « Je joue pour ma santé » piloté par le GIP-MSS**

De 2012 à 2018, à l'instar des dispositifs PRECCOSS et SSSO, la Ville de Strasbourg se muni d'un dispositif de prévention primaire nutrition intitulé « je me bouge dans mon quartier » (JBDMQ) (Ramsheyi, 2018). Ce projet déployé plus spécifiquement dans les quartiers prioritaires de la ville (QPV) était consécutif à l'essai randomisé « Intervention auprès des collégiens centrée sur l'activité physique et la sédentarité » (ICAPS) (Paglia, 2015 ; Simon & al., 2011). Il s'agissait d'un projet global qui visait à développer l'activité physique chez les enfants et adolescents, et à faire évoluer leurs comportements alimentaires, dans tous leurs temps de vie : scolaire, péri et extrascolaire. Il était également proposé des activités de vélo-école enfants/adultes portées par la ville et ses partenaires et mises en place par des associations spécialisées. L'accompagnement était à la fois individuel et collectif. Si ce dispositif était porté par le service santé, il se faisait en lien étroit avec le service des sports et s'appuyait sur les écoles, qui avaient été bien préparées et accompagnées à sa mise en œuvre. JBDMQ a d'abord été mis en place dans 5 écoles de 4 quartiers différents en 2012, puis dans une sixième école d'un autre quartier à partir de 2014. La durée de déploiement était de 3 ans dans chaque école. Au total, 2 620 enfants et leurs familles ont été touchés par ce projet. JBDMQ a bénéficié d'un financement de l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES). L'objectif visé était à terme, que la pratique d'une activité physique des enfants et de leurs familles, qu'elle soit autonome ou encadrée, le soit de façon pérenne, inscrite dans leur mode de vie. À partir de 2018, ce projet a cessé de fonctionner car les financements des partenaires se sont arrêtés. L'objectif était d'autonomiser les associations afin qu'elles pilotent elles-mêmes ce dispositif en répondant à des appels à projet ad-hoc. Pour la chargée de projet prévention primaire, ce projet a cessé d'exister car il n'y a pas eu un accompagnement suffisant des associations, pour reprendre le flambeau :

« [...] je suis arrivée en toute fin [du dispositif], c'est-à-dire sur la dernière année où il était mené. Initialement, il était déployé sur cinq quartiers. J'ai réussi à obtenir un financement pour une année entière sur le quartier du port du Rhin. Les autres quartiers étaient susceptibles de poursuivre en autonomie mais ça n'a pas été le cas et je n'ai pas su pour quelle raison, mais je peux le déduire [...] Il faut monter les choses avec les acteurs du territoire et ne pas être là uniquement en un

dispositif, *qu'on va mettre au service de*, tant qu'il est financé et quand il n'est plus financé et bien il n'existe plus rien. Il y a tout un transfert de compétence auprès des acteurs de territoire qu'il faut anticiper et ça n'a pas été fait. C'est pour ça que la question de la formation est indissociable du reste pour moi. Ça rentre là-dedans aussi : la formation des acteurs, sur comment monter un projet et se l'approprier et c'est pour ça que dans « je joue pour ma santé » [le dispositif de prévention primaire nutrition de la MSS], il faut prendre le temps nécessaire pour qu'ils soient eux force de proposition et qu'ils sachent dès le départ que c'est eux qui vont le porter et le faire vivre. Nous on est là en appui du GIP-MSS, pour impulser des choses nouvelles, mais on ne doit pas être là *à la place de*. Dans je bouge dans mon quartier c'était très axé sur les écoles et je pense qu'il faut être plus globalement sur le réseau associatif du quartier et ne pas se focaliser uniquement que sur les écoles. Pour « Je joue pour ma santé », on parle d'expérimenter ça sur 10 écoles mais attention, il y a les associations représentants de parents d'élève, il y a les familles, les Centres Sociaux Culturels (CSC), et il faut qu'ils soient tout aussi présents dans le montage du projet.» (Entretien mené avec la chargée de prévention primaire du département projet de la Ville)

La MSS en plus des deux dispositifs PRECCOSS et SSSO, a obtenu un financement conséquent pour développer son propre projet de prévention primaire : « Je joue pour ma santé » (JJPMS).

JJPMS correspond à la poursuite de l'initiative « Je me bouge dans mon quartier ». Le projet vise à bâtir un programme co-construit avec l'ensemble de la communauté éducative, visant l'acquisition la plus précoce possible de compétences psychosociales des enfants. Ce programme se fondera sur des principes ludiques, l'enjeu étant que les messages classiques de préventions (« manger-bouger » ou « programme 3-6-9-12 » sur les écrans) ou les bons gestes en matière de santé environnementale, de mobilité active, ne soient plus appréhendés de façon injonctive mais ancrés dans le quotidien des familles sous la forme de jeux et d'habitudes.

À terme, ces pratiques ont vocation à se dupliquer dans la sphère familiale pour, aussi, faciliter les changements de comportement des parents. Un dernier point, qui aujourd'hui est controversé, concerne la volonté d'utiliser le projet JJPMS comme « fil directeur et catalyseur », permettant de mettre en synergie les différentes actions existantes sur le territoire, ou pour parler plus simplement de structurer l'offre de prévention primaire nutrition du territoire de Strasbourg.

À la fin de mon stage, le projet en est encore à sa phase d'élaboration avec toutefois des grandes lignes directrices bien tracées. Deux groupes de travail ont déjà pu avoir lieu. Le

premier a permis de rassembler les principaux acteurs qui œuvreront au fonctionnement de ce dispositif. On retrouve ainsi les acteurs déjà cités plus haut : des coordinateurs de CAAPS/rectorat, des chargés de mission de l'IREPS, la chargée de mission prévention primaire de la ville, etc. Ce premier groupe de travail a également permis de partager les objectifs de la commande et de fixer les grands jalons ainsi que les acteurs à inviter aux prochains groupes de travail.

Le deuxième a eu pour objectif d'identifier les atouts et freins à la mobilisation des parents, en présence notamment d'une association de parents d'élèves (FCPE), et de l'Union Départementale des Associations Familiales (UDAF), et d'un personnel de santé du périscolaire de la Ville. La mobilisation des 10 écoles pré-identifiées, et les modalités concrètes pour les associer aux groupes de travail à venir sont reportées au Groupe de travail n°3 qui aura lieu en septembre, ou peut-être plus tard du fait de la crise sanitaire.

Le projet sera mis en œuvre dans un premier temps à travers l'organisation :

- D'un hackathon, challenge permettant de rassembler parents/enfants/écoles/web designer/start up dans l'optique de « stimuler la créativité collective » dans le champ des technologies numériques, avec pour but dans JJPMS, de co-construire une solution innovante (une application par exemple), la prototyper et la défendre devant un jury en un temps défini (un week-end par exemple).

Le Hackaton JJPMS pourrait s'organiser avec la société « start up for kids », par exemple et se tiendrait au premier semestre 2021, en accord avec les 10 écoles concernées et les parents d'élèves<sup>15</sup>

- D'un challenge inter-école annuel sur une approche globale et non ciblée nutrition et activité physique et sportive. Le programme pourrait permettre à chaque élève, classe, école de récolter des points bonus et ainsi de recevoir, selon des modalités à déterminer, des prix (entrées gratuites ou tarifs préférentiels au sein des piscines et patinoire ; des paniers fruits et légumes gratuits ou à tarifs préférentiels ; des séances pédagogiques collectives gratuites autour de la santé environnementale ou l'alimentation des classes ; etc.) ;

Tout comme la prévention secondaire, avec PRECCOSS, la politique de prévention primaire du territoire s'appuie sur l'activité des professionnels de santé de la ville. En effet, les professionnels de santé du service santé de la Ville, que ce soit en PMI, en santé bucco-dentaire et surtout en santé scolaire accordent une part non négligeable de temps aux

---

<sup>15</sup> Extrait du rapport écrit à la suite du deuxième Groupe de Travail JJPMS

activités de promotion de la santé, et à la mise en place d'animation de prévention nutrition dans les quartiers prioritaires de la Ville de Strasbourg. Les trois entretiens menés auprès des professionnels de santé du service santé autonomie de la Ville, ainsi que l'entretien auprès du cadre en charge du département santé de la personne, illustrent l'implication de ces trois services dans les actions menées :

« Le temps que l'on accorde aux actions de prévention primaire est difficile à quantifier, mais cela représente beaucoup de temps puisque la prévention primaire fait partie de notre quotidien. A partir de janvier on débute les *VMA* durant lesquelles nous faisons de la prévention primaire individuelle auprès des élèves de grande section [...] De septembre à décembre, des actions de préventions collectives sont proposées de façon plus concentrée » (entretien mené auprès d'une professionnelle de santé du service santé et autonomie de la Ville de Strasbourg)

L'ensemble de ces professionnels de santé assurent, à travers leur activité de bilan et d'accompagnement des enfants, la transmission de messages de prévention primaire nutrition traitant à la fois des bienfaits de l'activité physique et de l'alimentation.

« [...] voilà, on a ce volet prévention, on organise des séances de brossage dans les écoles où on explique comment brosser les dents. On intervient aussi en consultation de nourrisson, donc des enfants qui ne sont pas encore scolarisés, parce qu'on a remarqué que dans les quartiers prioritaires certains enfants avaient des caries à l'âge de deux ans et demi-trois ans. Et on s'est demandé comment faire de la prévention avant que les enfants aillent à l'école et dans ces quartiers [...] » (entretien mené auprès d'une professionnelle de santé du service santé et autonomie de la Ville de Strasbourg)

Les services de PMI et de santé scolaire mènent également ce qu'ils appellent des actions collectives, en faisant vivre des actions de quartier dans les principaux QPV de la Ville : Hautepierre, Neuhoff et Cronembourg.

« Après il y a ce deuxième volet, ce deuxième niveau que sont les actions collectives. Elles contribuent dans leur travail à faire vivre des actions de quartier : la fête du sport et de la santé par exemple à Hautepierre. Je crois qu'il y en a trois actions collectives de ce type en tout : Hautepierre, Neuhoff et Cronembourg » (entretien mené auprès du responsable du département santé de la personne)

« [...] De toute façon ce rôle de prévention, on l'a au moment des animations de quartiers auxquelles on participe que ce soit dans les classes ou autre. On intervient dans ces actions ponctuelles, que ce soit la fête sport santé, en septembre au Neuhof ou là du coup les groupes défilent et on en profite pour faire passer des messages de prévention nutrition. » (entretien mené auprès d'une professionnelle de santé du service santé et autonomie de la Ville de Strasbourg)

Ces actions collectives sont menées en collaboration avec les chargés de missions du département projet.

Avant de présenter mes scénarii, il convient de revenir sur les attentes que portent chacun des acteurs de la Ville avec lesquels je me suis entretenu vis-à-vis de la structuration en GIP de la MSS et de ses missions futures en lien avec le pilotage de l'offre de prévention primaire nutrition sur le territoire.

### **3.2 Quel pourrait être l'impact du choix d'un GIP sur l'offre de prévention primaire nutrition du territoire ? Point de vue des acteurs du site**

À ce jour, il est convenu que le GIP-MSS aurait pour ambition de recenser l'ensemble des actions de prévention primaire nutrition sur le territoire, de jouer un rôle d'observatoire de ces actions et de les faire connaître au grand public. Le GIP-MSS aurait un rôle d'information sur la prévention primaire nutrition, développerait une culture commune et aurait un rôle également de formation continue et d'échange pratique.

Le GIP-MSS remplira cette mission imposée par le cahier des charges des MSS, d'information et de coordination des actions de prévention et de lutte contre la sédentarité. Par définition, son action sera très orientée sur les missions d'activités physiques et actions de prévention primaire sport santé pour tous.

Initialement, l'objectif était de renvoyer les dispositifs PRECCOSS et SSSO vers une association ou bien de créer une structure ad-hoc, association ou autre, dans le but de pérenniser ces deux dispositifs et de faire face au changement de municipalité qui aurait pu entraîner le départ de l'élus à la santé Monsieur Alexandre Feltz, ayant impulsé toute la dynamique naissante du sport santé à Strasbourg.

« La proposition initiale, c'était de dire est-ce que l'on ne pourrait pas trouver des porteurs associatifs pour PRECCOSS et SSSO. » (un acteur de la Ville)

« [...] On a fait le Gip pour faire en sorte que la ville et les compétences des services santé ne soient plus embolisées par les actions de prévention secondaire et tertiaire. » (un autre acteur de la Ville)

Le projet JJPMS et le développement d'un volet prévention primaire nutrition ou « prévention pour tous » n'est intervenu que dans un second temps, suite à l'obtention des crédits accordés par l'appel à projet Territoire de Santé de Demain (TSD). L'objectif de cet Appel à projet lancé par l'Etat est de détecter de nouvelles pratiques, quel que soit le domaine, sur l'échelle d'un territoire, afin qu'il puisse faire office de territoire d'expérimentation de modèles innovants.

Aujourd'hui certains acteurs interrogés souhaitent que le GIP-MSS ait pour vocation de reprendre l'ensemble des compétences en prévention nutrition (primaire, secondaire et tertiaire) des chargés de missions du département projet. Cela signifierait non seulement que les dispositifs PRECCOSS et SSSO seraient pilotés par le GIP-MSS, comme convenu, mais aussi que le pilotage des actions de prévention primaire nutrition dépendrait dorénavant de la MSS.

« le GIP assumera son mandat en totale indépendance de la ville et la ville pourra du coup déployer la prévention primaire de manière plus large et se décharger de la prévention primaire nutrition, puisqu'en l'occurrence se sera pris en charge par le GIP. » (un chargé de mission du service santé)

« Le GIP sera le maître des actions en nutrition » (idem)

« ... Ma lecture du rôle de la MSS, c'était de prendre en charge l'ensemble des thématiques de la nutrition sur le territoire, que ce soit primaire, secondaire ou tertiaire. » (idem)

Ainsi ce rôle de « guichet unique » auquel les associations s'adressent pour construire et mettre en œuvre une action de prévention primaire nutrition, actuellement soutenue par la Ville, serait demain soutenue par la MSS. Cela supposerait que le GIP-MSS soit la structure qui anime territorialement l'offre de prévention primaire sur le territoire, reçoive l'ensemble des financements axés prévention primaire nutrition, quitte à ce qu'ils soient reversés par la Ville, notamment les 30 000 euros provenant du label PNNS (cf. schéma 1), et les redistribue aux différentes associations. Le GIP-MSS pourrait à ce titre, comme la chargée de prévention primaire de la Ville a pu le faire au titre de la collectivité, répondre à des appels à projet pour obtenir des financements institutionnels supplémentaires.

Ceci explique l'intérêt de la tâche que nous avons réalisée, qui consistait à recenser un certain nombre d'appels à projet, de subvention et de labels auxquels le-la futur chargé-e de projet prévention de la MSS pourrait répondre. Le processus d'instruction serait ainsi fait au sein du GIP-MSS, puisque cette structure a l'avantage de regrouper les principaux acteurs financeurs de la politique de prévention primaire nutrition du territoire (CLS et CDV). Un des entretiens résume l'idée de la manière suivante :

« Avec le GIP, ce sera carrément ça, d'entrée de jeu. C'est-à-dire, [les financeurs] réfléchissent ensemble sur ce qu'il faut financer ; c'est l'instruction, chacun des financeurs donne au pot commun du GIP et après le GIP est l'interlocuteur des associations [...] C'est totalement vers là qu'on allait avec le CLS à la base, mais là ce sera d'après moi plus facile avec un GIP en intermédiaire qu'avec une ville en intermédiaire [...] Parce qu'on est sur une seule thématique, alors qu'aujourd'hui [à la Ville] on a ce système pour toutes les thématiques, c'est-à-dire qu'on est obligé de se mettre d'accord avec tous les services. Et c'est hyper important, car c'est ça qui permettra au GIP d'avoir une meilleure visibilité de ce qui se passe sur le territoire et qui pourra orienter le mieux. » (un chargé de mission du service santé)

Dans les faits, cela supposerait que le-la chargé-e de prévention de la MSS, dont le poste n'a pas été encore pourvu, soit en charge de la coordination et de la structuration de l'offre de prévention primaire nutrition sur le territoire, tout en assurant le pilotage du dispositif JJPMS.

Cela supposerait qu'ils soient en lien constant avec les acteurs des territoires pour instruire et choisir les actions à financer. Le GIP-MSS ne se limiterait pas à être un observatoire de la sédentarité et un lieu de pratique de l'APA pour des publics atteints d'ALD et des jeunes en situation de surpoids et obèses, mais deviendrait le pilote d'une politique publique dédiée à la nutrition.

« Pour moi, le poste de chargé de projet en charge de la prévention primaire, doit permettre et être capable à lui seul d'être le référent des associations et en lien avec les collègues, car l'équipe de PRECCOSS fait aussi de la prévention primaire et ils peuvent aussi, en dehors de l'accompagnement individuel et collectif dans les activités qu'ils font, lancer des dynamiques collectives dans des groupes. Un centre socio culturel demain qui veut développer une action en nutrition quelle qu'elle soit, il doit pouvoir être capable de solliciter la MSS pour pouvoir développer des outils, des idées, pouvoir avoir un accompagnement. » (un chargé de mission du service santé)

« Est-ce que dans votre esprit, dans une version maximaliste du GIP-MSS, est-ce qu'ils auraient vocation à soutenir des acteurs sur le territoire ? Mais soutenir financièrement, je veux dire. Aujourd'hui, [la chargée de projet prévention primaire] fait des projets en direct et en même temps instruit des demandes de financement... Dans la réalité, c'est déjà ce qu'elle fait. Cela ne nous semble pas impossible objectivement qu'une personne fasse des actions et instruisse des projets... Le Gip ne va pas être dépouillé quand même. Ils ont un responsable administratif et financier, ils ont un directeur, ils ont des chargés de mission, des postes de cadre. Voilà, il n'y a pas personne. Ils vont être une trentaine, ... il faut avoir cela en tête. »  
(idem)

D'autres membres de la Ville, souhaite que le GIP-MSS soit davantage vu comme une structure innovante, un lieu de ressources, d'information, d'orientation et d'accompagnement également. Une structure qui vienne en appui de l'action de chacun des acteurs, avec une expertise forte à proposer, mais qui ne se substitue pas à ce qui est déjà fait.

« [...] l'instruction pourrait être faite par le Gip et les compétences du regroupement, ce qui donne à mon avis encore plus de légitimité, de caution aux décisions qui seront prises par la ville demain. » (un chargé de mission du service santé)

« Deuxièmement élément, ce qui peut être dit aux associations, comme le Gip a vocation à faciliter une culture commune, si des asso souhaitent monter un projet, le Gip peut être un soutien méthodologique, il y a des compétences, il y a l'IREPS, la ligue contre le cancer, mais je pense surtout à l'IREPS dont c'est le cœur de métier. » (idem)

« La MSS n'a pas vocation à avoir le monopole de tout ce qui se passe en termes de pilotage, mais d'avoir une vision assez fine (il a dit réaliste) des initiatives menées par telle ou telle association, de telle ou telle maison de santé ou d'une collectivité en matière de promotion de l'AP pour tous ou en termes d'alimentation. » (idem)

De plus, l'activité des professionnels de santé de la Ville en matière de prévention primaire nutrition est en lien direct avec celle des chargés de mission (notamment pour les actions collectives). À ce titre, les professionnels de santé et particulièrement en santé scolaire apparaissent comme « les opérateurs de terrain de la Ville » associés au diagnostic initial et à l'élaboration des projets comme ça été le cas avec le dispositif PRECCOSS.



« Voilà PRECCOSS, c'est né parce que les professionnels de santé scolaire d'ici, n'arrêtaient pas de dire « on n'arrête pas de voir des enfants obèses et en surpoids et on ne sait pas quoi faire » en PMI, c'était pareil. Ils orientaient vers le médecin, mais souvent le public n'allait pas chez le médecin et le médecin pouvait ne pas être à l'aise avec cette question, etc. Donc finalement, à partir d'un constat porté par nos professionnels faisant de la « nutrition tout venante », « prévention primaire tout venante » et bah il y a un dispositif qui a été mis en place, qui est monté en charge progressivement et qui a été financé de plus en plus et maintenant, c'est un dispositif ancré sur le territoire comme SSSO. » (un chargé de mission du service santé)

Ainsi certains acteurs voient d'un mauvais œil le départ de l'ensemble des compétences en prévention nutrition des chargés de mission du département projet. Pour eux cela reviendrait à se priver de ces compétences qui fondent un lien avec le département santé de la personne.

« Ce serait dommage que la Ville se démunisse de toute compétence en prévention primaire nutrition et qu'il faille passer par l'aval du GIP pour mener une action de prévention primaire nutrition [...] De là à se dire que la Maison sport santé emporte toute la prévention primaire nutrition, je pense que c'est une chose qu'il ne faut pas... » (un chargé de mission du service santé)

« Ce serait dommage qu'avec le GIP, la Ville n'est plus aucune ressource pour faire de la négociation territoriale en santé... Le GIP aura ses priorités qui ne seront pas celle de la collectivité... » (idem)

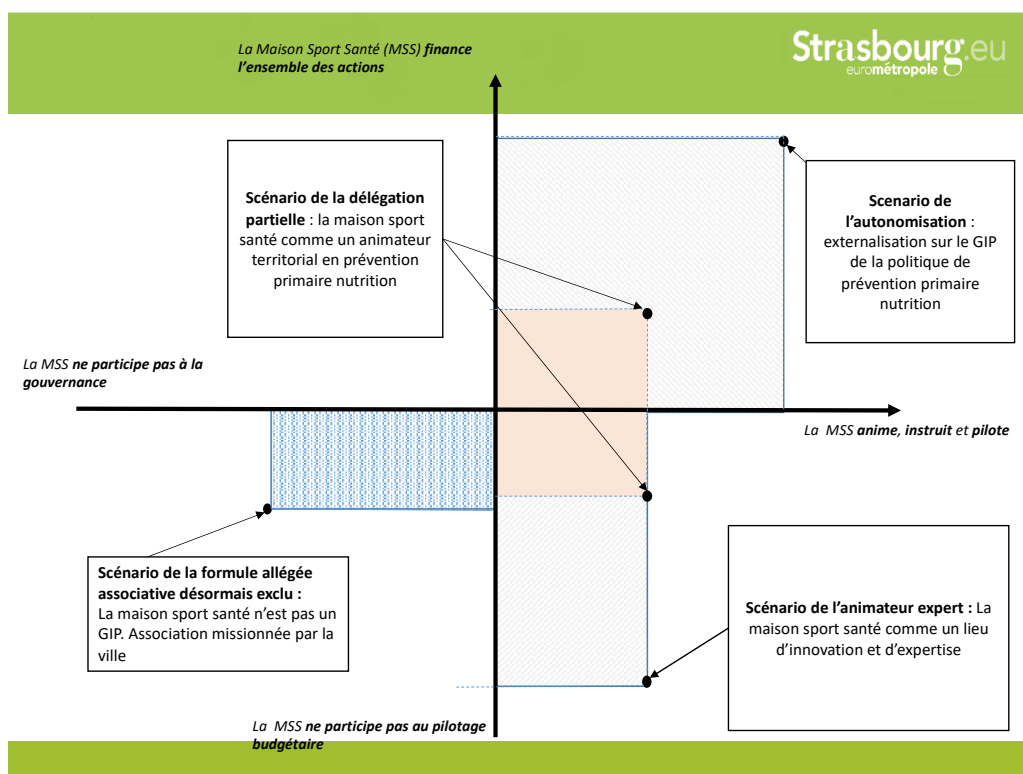
Ce recensement des points de vue de ces acteurs de la Ville, qui demain devront décider de la répartition du pilotage de cette politique entre la collectivité et le GIP-MSS, m'a amené à réaliser trois grands scénarii types, reprenant des caractéristiques des arguments issus de ces points de vue. Chacun de ces scénarii sera analysé en termes de force/faiblesse/menace/opportunité afin de parvenir à un scénario consensus pouvant faire avancer la discussion entre ces acteurs.

### **3.3 Quelles évolutions possibles : identification des scénarii**

Trois scénarii ont été envisagés à partir de l'état des lieux menés et des points de vue de chacun des acteurs interrogés. Ils s'appuient sur trois modèles conceptuels qui avaient été créés a priori avant les entretiens :

- Le modèle de la délégation de compétence dans lequel les services de la ville et autres membres fondateurs donnent au GIP-MSS les grandes orientations à suivre, en lui donnant le pouvoir de formuler des AAP ainsi que des financements, mais en les ciblant pour lui. Comparé aux deux autres modèles, ici le GIP-MSS n'a que peu d'indépendance. Il fait ce qu'on lui demande, avec les moyens qu'on lui donne en s'organisant avec des donneurs d'ordres ;
- Le modèle de la coordination, où le service santé de la ville et les autres membres fondateurs s'ils le souhaitent, donnent uniquement des orientations au GIP-MSS et gardent le pouvoir de formuler des AAP et autres financements. Le GIP-MSS met en musique les objectifs de tous les membres fondateurs, pour les coordonner sans faire d'Appel d'offre et attribuer de subventions ;
- Le modèle mixte, dans lequel le GIP-MSS accepte de faire certaines missions, mais seulement si elles ne sont pas couvertes par d'autres. Là où les associations sont dans l'incapacité de mettre en œuvre une action, le GIP-MSS, de par la particularité de sa structure, peut-être un opérateur dédié.

Afin de rendre plus visible la lecture de mes scénarii nous avons choisi de créer une matrice qui permette d'identifier les scénarii pour la MSS en fonction de deux axes : celui de la gouvernance et celui du pilotage budgétaire de l'offre de prévention primaire nutrition sur le territoire. Cette matrice a permis de repérer les positions des scénarii sur la base des principales zones d'accord ou de désaccords, mais aussi des principales finalités.



### **3.3.1 Scénario de l'autonomisation**

Ce scénario se rapproche du modèle conceptuel de la délégation de compétence. Dans ce scénario, la Ville délègue ses compétences en prévention nutrition à la maison sport santé. Bien entendu, cela concerne également sa politique en prévention primaire nutrition. L'instruction se fait entre tous les acteurs financeurs de l'AAP Nutrition puis c'est au GIP de décider quelles associations choisir et financer. Ce scénario est intéressant car il envisage le changement de priorité qui sera porté par la nouvelle municipalité au sein du service santé-autonomie et plus particulièrement du département projet. Demain les thématiques mises en avant seront très probablement en lien avec les thématiques de campagnes de la nouvelle municipalité notamment de santé environnementale, et sociale.

Ce scénario tient également compte d'une problématique à laquelle seront soumis les chargés de mission restant du département projet. En effet, les deux chargés de mission en charge des dispositifs PRECCOSS et SSSO seront détachés vers la MSS laissant ainsi la répartition de l'animation territoriale de leur quartier aux deux chargés de mission restant. La création du GIP-MSS, a conduit à une profonde restructuration du département projet. Seule la chargée de prévention primaire du département restera à son poste.

À l'inverse ce scénario a pour principale faiblesse, de priver la Ville d'un partage au niveau de l'animation territoriale des actions en prévention primaire nutrition. Il s'agit d'un scénario où la Ville s'interdit toute autonomie vis-à-vis du GIP-MSS sur la politique menée sur le territoire de prévention primaire nutrition. De plus, il semble compliqué dans un premier temps de trouver une interface pérenne qui rassemble l'équipe de la MSS en charge de cette thématique et les professionnels de santé de la Ville qui continueront à élaborer et accompagner la mise en place d'actions en prévention primaire nutrition.

### **3.3.2 Scénario de l'animateur expert**

Dans ce scénario, la maison sport santé n'a pas vocation à assurer le pilotage budgétaire de l'offre de prévention primaire nutrition du territoire. La Ville garde ses compétences en animation territoriale et continue à assurer avec les autres membres du CLS le financement des associations. Le GIP-MSS est un lieu de ressource, d'information, d'orientation et d'innovation, mais l'instruction des actions peut s'appuyer sur l'expertise du GIP, ce qui donnera plus de légitimité et de cautions aux décisions prises. Le GIP-MSS ne pilote pas en direct toutes les actions faites par les associations dans les quartiers, dans les territoires, mais il est un appui. Le GIP-MSS est une structure qui insiste d'abord sur le partenariat. La

Ville n'a pas vocation à être le principal pilote. Malgré son niveau d'investissement la Ville reste un partenaire comme un autre.

Ce scénario cible assez bien une réalité : la Ville n'est pas le membre naturellement majoritaire. De la même façon, le GIP-MSS n'est pas une structure qui a été créée seulement par un seul membre. Un GIP n'est pas une émanation d'une collectivité dans ce cadre mais une structure pluri-partenariale impulsée par une collectivité qui n'en assure pas la tutelle pour autant.

Dans ce scénario le GIP-MSS répond au cahier des charges national des Maisons Sport Santé et est une structure innovante puisqu'elle est la seule MSS à être portée par un GIP.

La limite de ce scénario réside peut-être dans le fait que la MSS ne propose pas explicitement une politique structurante en nutrition dont elle n'est qu'un des maillons. Une autre limite de ce scénario renvoie à la nouvelle division du travail et au départ de certains des chargés de mission du service santé de la Ville et un transfert de leur charge d'animation sur les territoires.

### **3.3.3 Scénario de la délégation partielle**

Ce scénario peut-être conçu comme un « modèle mixte » des deux précédents, dans lequel : La Ville reste maître de ses financements en prévention primaire nutrition, et garde certaines de ses compétences dans le champ de la prévention primaire nutrition d'une part et d'autre part le GIP est le chef de file d'un réseau structurant Strasbourgeois sur les questions de nutrition à tous les âges et à tous les niveaux de prévention en animant, proposant des outils qui fonctionnent en connaissant les associations, en proposant des formations, des journées ad hoc, des séminaires à un rôle d'animateur de réseau de prévention en nutrition. Il retrouve sa fonction d'animation, d'instance de référence et d'accompagnement des associations dans la mise en place de leur action en Prévention primaire nutrition.

Ce scénario a vocation à être consensuelle, en évitant les choix plus tranchés des scénarii précédents. Nous proposons dans la partie recommandation de préciser ce que pourrait être ce scénario.

Voici un tableau permettant de résumer les trois scénarii proposés

Résumé	VILLE	GIP
<b>Scenario 1 : Scénario de l'autonomisation du GIP</b>		
Acteurs	Fait le lien entre la Maison sport santé et les professionnels de santé de la ville et les autres services de la Ville	Unique opérateur de la politique de nutrition
Budgets	Transfert ses financements nutrition au GIP	Instruit, anime et finance les actions de prévention nutrition
Actions (animation territoriale)	Apporte un appui et une expertise à la Maison sport santé	
<b>Scenario 2: Scénario de la délégation partielle</b>		
Acteurs	Lien constant avec la Maison sport santé sur les questions de nutrition	Dirige le réseau de prévention nutrition (lien avec l'ensemble des acteurs)
Budgets	Garde son statut de financeur (si la maison sport santé ne peut recevoir les financements Ville dédié à la prévention primaire nutrition)	Ne pilote pas budgétairement les actions de prévention primaire nutrition sur le territoire
Actions (animation territoriale)	Animation territoriale dans les quartiers + compétences des professionnels de santé	Coordonne, informe, instruit et émet son avis sur l'offre de nutrition
<b>Scenario 3 : Scénario de l'animateur expert</b>		
Acteurs	Acteur financier et pilote des actions de PPN sur le territoire	Lieu d'information et d'expertise
Budgets	Pilote administrativement et budgétairement l'AAP Nutrition comme elle le faisait	Ne pilote pas budgétairement les actions de prévention primaire nutrition sur le territoire
Actions (animation territoriale)		Donne un avis une expertise mais n'instruit pas, n'assure pas le suivi, ne fait pas d'évaluation des actions prévention primaire nutrition

## 4 Recommandations pour le pilotage d'une action de prévention et sur « la gouvernance de la forme du GIP »

Pour parvenir à la formulation de « recommandations », nous avons procédé en plusieurs temps. Le premier a consisté à présenter les grandes lignes de notre travail, de l'exploitation des entretiens recueillis à la formulation des scénarios vus précédemment. Ces présentations sous forme de diapos ont donné lieu à de précieux échanges pour notre travail. Nous commencerons donc par donner un aperçu de ces premières réactions.

### 4.1 Retour sur les débats à l'issu de la présentation de mon travail

Suite à nos deux présentations devant nos deux tuteurs de stage et d'autres membres du service santé-autonomie, quelques premières réactions se dégagent. Premièrement, les commentaires ont insisté sur la nécessité d'éviter le risque ou la menace d'une perte de communication entre les deux structures : le service santé de la ville et la MSS. Une des craintes est en particulier la perte des acquis en termes de réseau d'acteurs quand des personnes changent d'affectation : « Les personnes partent et avec elles les liens qu'elles ont noués, et leurs contacts ». Nos interlocuteurs ont insisté également sur le rôle que joue

l'atelier ville-santé (AVS) à l'articulation des deux structures, un dispositif co-piloté par la ville et l'Etat (par l'Agence nationale de Cohésion Territoriale) intervenant au plus près des acteurs de terrains et des populations de quartiers avec une démarche participative auprès des habitants. Ils ont rappelé les principales finalités de cette action :

- La nutrition
- L'accès aux droits et aux soins
- Les conduites à risque et addictions
- La santé mentale

Ils ont également souligné l'importance qu'il y aurait de rédiger une note au nouveau maire d'ici la fin décembre, rappelant les engagements de départ de la Maison sport santé, précisés dans la convention constitutive, mais aussi ont proposé de faire évoluer si besoin cette convention constitutive.

## **4.2 Proposition d'un modèle consensuel à définir**

Tenant compte du diagnostic que nous avons présenté sur les différents scénarios en présence, et des quelques leçons que nous avons tirés de nos investigations auprès de responsables d'autres structures de type GIP, notre suggestion est de n'envisager la suite de ce dispositif que sur la base d'une construction consensuelle, une construction qui s'élabore au fil de l'eau et des actions et de leur suivi. Plusieurs acteurs qui ont fait l'expérience de la formule de GIP insiste sur cet aspect : tenir compte du facteur temps, des besoins de souplesse et de la force de la confiance entre les partenaires impliqués.

Aucune évolution ne devrait être imposée sur la base d'une décision qui pourrait être perçue comme externe et surplombante. C'est la raison pour laquelle nous suggérons de qualifier notre proposition de « scénario de la gouvernance partagée », privilégiant les fonctions d'animation et de coordination.

Un des premiers atouts de la formule de GIP étant la mutualisation des ressources, il est important de privilégier cette mise en commun en articulant, plutôt qu'en divisant. En d'autres termes, la question est peut-être moins de diviser et répartir les responsabilités entre le GIP et les services de la ville, que de veiller à la complémentarité des actions de la ville avec l'ensemble des partenaires du GIP, dont les instances sont le garant. Ainsi, par exemple, il pourrait être précieux d'éviter de segmenter les thématiques de prévention primaire (isolant certaines d'entre elles de l'ensemble) ou de ne pas penser l'articulation de la prévention primaire dans son ensemble – en l'articulant avec les démarches de prévention secondaire et tertiaire.

Parmi les points de veille, ce scénario doit s'appuyer sur l'importance d'une flexibilité pour permettre des évolutions au fil de l'eau et des expériences. Pour ce faire, il faut faire l'usage le plus complet possible de l'instance décisionnelle que représente le CA, qui permet à chaque partenaire contributeur du GIP d'exercer cette souplesse et de pouvoir ajuster en fonction des réussites, mais aussi des faiblesses de certaines des actions engagées.

Notons encore que ce scénario de la gouvernance partagée tient compte aussi de certains freins majeurs des scénarios alternatifs présentés précédemment. Par exemple, le scénario de l'autonomisation butte, on l'a vu, sur l'impossibilité de doter le GIP de financements prévention qui seraient distribués aux associations, au plan réglementaire, mais déjà parce que ce n'est pas la vocation d'un groupement d'intérêt public.

Concernant la note adressée au maire sur les évolutions à venir des relations entre la Ville et la MSS, voici quelques points qui pourraient en constituer la matière :

Premièrement, souligner le fait que la création du GIP-MSS a vocation à permettre de faire davantage que ce que faisait la ville seule, grâce précisément aux partenariats et à la mutualisation de moyens qui en découle. Ce nouveau dispositif devrait permettre à la Ville de rester un acteur clé sur la thématique de la prévention nutrition, en assumant les missions qui étaient déjà engagées, notamment celles relatives à l'action des professionnels de santé et des chargés de missions. L'investissement dans le GIP-MSS ne devrait donc pas être une source de réduction des efforts consentis dans les territoires par la ville. Il serait donc important de compenser dans les actions sur les territoires, la charge de travail qu'avaient les chargés de mission détachés au GIP dans leur ancienne affectation. Il faudrait donc veiller à ce que ce nouveau partenariat puisse permettre d'obtenir des financements pour des actions nouvelles avec la légitimité que lui donne cette structuration pluri-partenariale.

#### **4.3 Création d'une nouvelle instance dédiée au suivi des actions prévention pour tous sur le territoire**

Afin d'éviter les principaux risques ciblés (manque de communication, doublons dans les animations et le pilotage budgétaire, ou risque d'un pilotage trop politique), nous suggérons de créer une instance ad hoc au suivi des actions que nous proposons de nommer « comité d'animation territoriale ». La finalité de ces comités serait de réunir quelques membres du CA (deux ou trois maximum), auxquels pourraient selon les actions être joint un acteur pertinent impliqué dans l'action, pour veiller à assurer le suivi d'une action en cours. Ce

comité n'aurait pas d'autre vocation que d'assurer le suivi de l'action pour en restituer les avancées et les obstacles ou problèmes à résoudre auprès du CA qui a seul la responsabilité de décision de soutenir, d'amender le soutien ou de chercher des ressources d'appui dans le système partenarial. Un de nos interlocuteurs dans une maison des adolescents à évoquer cette formule et elle nous semble de nature à compléter utilement le fonctionnement du GIP, en ajoutant au CA réunissant les membres inscrits dans la convention de départ, une instance de suivi conçu de manière adhoc pour chaque action et pour la durée de l'action en question.

Ce comité d'animation territoriale pourrait être nommé par le CA pour la coordination des projets et l'information mutuelle au fil de l'eau. Il serait aussi un garant d'une plus grande réactivité et pourrait se réunir pour chaque action une fois par mois avec des restitutions régulières dans les CA.





## Conclusion

Les questions qui ont été formulées au départ de notre stage au sein de l'Eurométropole de Strasbourg étaient les suivantes : *Dans quelle mesure la formule GIP est-elle adaptée pour mettre en œuvre la prévention primaire nutrition sur le territoire ? Quelles sont les caractéristiques et les atouts d'un GIP mais aussi quels sont ses inconvénients ? Quelles évolutions sont possibles par rapport au CLS en termes de coordination entre partenaires ?*

Répondre à de telles questions opérationnelles a été délicat pour plusieurs raisons. La première renvoie tout d'abord aux conditions dans lesquelles ce stage s'est déroulé. Étant durablement coupé pendant les quatre premiers mois de notre lieu de stage et travaillant à distance, il était difficile de prétendre avoir l'expérience ou l'immersion nécessaire. Mais cette difficulté s'aggrave à une autre : la position de stagiaire n'est pas propice à répondre à des questions qui soulèvent de très forts enjeux organisationnels et managériaux. Bien que l'extériorité soit parfois un atout. C'est, par exemple, le cas pour les consultants qui sont sollicités pour apporter des solutions à de tels problèmes à la lumière d'un diagnostic qu'ils sont chargés de réaliser, avec la légitimité que leur accordent à la fois l'expérience et le label de leur bureau d'étude.

Tenant compte de ces difficultés et de l'importance des enjeux en question pour l'institution, nos préconisations s'apparentent davantage à des suggestions basées sur l'ensemble de ce que nous avons appris au fil de nos consultations, de la littérature, des expériences d'acteurs informés hors du site sur la formule des GIP, et sur le site, avec les questions d'évolution de la répartition des missions et des charges de travail. Ces derniers enjeux sont particulièrement sensibles dans la mesure où il est, en clair, question de savoir qui va reprendre le travail de qui, du fait des nouvelles répartitions, mais aussi qui va ou non conserver son périmètre d'action antérieur.

Nos propositions s'inscrivent dans la droite ligne de notre diagnostic (les scénarii) et prennent la forme d'une suggestion principale : construire un scénario de synthèse ou de consensus. Nous l'achevons avec l'espoir que les éléments réunis dans ce mémoire ouvriront quelques pistes utiles pour les acteurs impliqués.



---

## Bibliographie

---

Bourdeau, J. (1900). Le socialisme municipal. *Revue des Deux Mondes* (1829-1971), 160(1), 180-210. JSTOR.

Branchu, C., Thierry, M., & Besson, A. (2010). Bilan du fonctionnement et du rôle des Maisons départementales des personnes handicapées (N° RM2010-159P ; p. 57).

Inspection générale des affaires sociales.

[http://www.handipole.org/IMG/pdf/bilan\\_fonctionnement\\_Mdph\\_nov10.pdf](http://www.handipole.org/IMG/pdf/bilan_fonctionnement_Mdph_nov10.pdf)

Callede, J.-P. (2002). Les politiques du sport en France. *L'Année sociologique*, 52(2), 437–457.

Chamouard, A. (2007). La mairie socialiste, matrice du réformisme (1900-1939). *Vingtième siècle. Revue d'histoire*, 4, 23–33.

Cottin, P. (2013). Les Maisons des adolescents. Un lieu pour prendre soin des adolescents. *VST - Vie sociale et traitements*, N° 119(3), 62-67.

Cottin, P., & Dujardin, D. (2010). Prendre soin du partenariat : Les déterminants du travail en réseau au sein d'une Maison des adolescents. *Vie sociale*, N° 1(1), 75-89.

De Peretti, C., & Castetbon, K. (2004). *Surpoids et obésité chez les adolescents scolarisés en classe de troisième*. 283, 8.

Depiesse, F., Doha, M.-C., & Taiana, B. (2018). Sport santé bien-être enjeux et pratiques pour les territoires. Presses universitaires du sport, Territorial éditions.

Fabre, C., & Chavignay, É. (2010). Définition, formation, législation et rôle du professionnel en activité physique adaptée. *Revue des Maladies Respiratoires Actualités*, 2(6), 628–630.

Feltz, A. (2020). Sport santé sur ordonnance : Manifeste pour le mouvement.

France, P. national N. santé, Colloque. (2007). Étude nationale nutrition santé ENNS, 2006 situation nutritionnelle en France en 2006 selon les indicateurs d'objectif et les repères du Programme national nutrition santé, PNNS premiers résultats. Institut de veille sanitaire.

Hercberg, S. (2011a). Le Programme National Nutrition Santé (PNNS) : Un vrai programme de santé publique. Cahiers de Nutrition et de Diététique, 46(2), S5–S10.

Hercberg, S. (2011b). Le Programme National Nutrition Santé (PNNS) : Bilan des études et résultats observés. Cahiers de Nutrition et de Diététique, 46(2, Supplement 1), S11-S25. [https://doi.org/10.1016/S0007-9960\(11\)70014-1](https://doi.org/10.1016/S0007-9960(11)70014-1)

Hernandez, S., & Messaoudène, L. (2010a). La territorialisation de la politique alimentaire française : Le regard des acteurs publics sur la gouvernance du PNNS. Management Avenir, n° 35(5), 235-253.

Institut national de la santé et de la recherche. (2008). Activité physique : Contextes et effets sur la santé. Synthèse et recommandations. Les éditions Inserm. <http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/98>

Julia, C. (2015). La nutrition, un enjeu essentiel de santé. Les Tribunes de la sante, n° 49(4), 23-28.

Le Grand, E., Muniglia, V. & Loncle, P. (2013). Rapport d'évaluation de la Maison départementale des adolescents de Loire-Atlantique (p. 70). EHESP.

Muzellec, R., & Nguyen, Q. V. (1993). Les Groupements d'intérêt public. Économica.

Praznocy, C., Lambert, C., & Pascal, C. (2017). État des lieux de l'activité physique et de la sédentarité en France. Rapport de l'Observatoire national de l'activité physique et de la sédentarité.

Simon, C., Schweitzer, B., Tribby, E., Hausser, F., Copin, N., Kellou, N., Platat, C., & Blanc, S. (2011a). Promouvoir l'activité physique, lutter contre la sédentarité et prévenir le

surpoids chez l'adolescent, c'est possible : Les leçons d'ICAPS. Cahiers de Nutrition et de Diététique, 46(3), 130-136. <https://doi.org/10.1016/j.cnd.2011.03.003>

#### Mémoires :

Jacquier, M. (2020). État des lieux de la prévention nutritionnelle pour aider à préfigurer la Maison sport santé de Strasbourg. [Mémoire, Université de Lorraine, « santé publique et environnement » spécialité « Intervention en promotion de la santé »]

Prentout, N. (2008). Contraintes et opportunités d'une coopération innovante : Le cas du GIP Restauration de l'Angoumois [Mémoire, Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique]. <https://documentation.ehesp.fr/memoires/2008/edh/prentout.pdf>

Ramsheyi, M. (2018). La future Maison Sport Santé de la Ville de Strasbourg : définition de besoins pour une prévention innovante, premières pistes. [Mémoire, Université de Lorraine, « santé publique et environnement » spécialité « Intervention en promotion de la santé »]

#### Textes officiels :

Décret n°2001-492, Pub. L. No. Loi n° 2000-321 du 12 avril 2000, 2001-492 (2001).

Ministère de l'économie et des finances. (2016, juin). Comparatif GIP/GIE/Association.

#### Sources internet :

Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées. Haute Autorité de Santé. Consulté 5 juillet 2020, à l'adresse [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1059795/fr/developpement-de-la-prescription-de-therapeutiques-non-medicamenteuses-validees](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1059795/fr/developpement-de-la-prescription-de-therapeutiques-non-medicamenteuses-validees)

Esteban 2014-2016 – Chapitre dosages biologiques des vitamines et minéraux : Pas de déficit important ou de carence à grande échelle. (s. d.). Consulté 24 mai 2020, à l'adresse [/les-actualites/2019/esteban-2014-2016-chapitre-dosages-biologiques-des-vitamines-et-mineraux-pas-de-deficit-important-ou-de-carence-a-grande-echelle](https://www.economie.gouv.fr/files/files/directions_services/daj/gip/guide-relatif-aux-gip/fiche9-gestion-et-statut-des-personnels.pdf)

Fiche 9 du guide relatif aux GIP :

[https://www.economie.gouv.fr/files/files/directions\\_services/daj/gip/guide-relatif-aux-gip/fiche9-gestion-et-statut-des-personnels.pdf](https://www.economie.gouv.fr/files/files/directions_services/daj/gip/guide-relatif-aux-gip/fiche9-gestion-et-statut-des-personnels.pdf)



Groupement d'intérêt public. [cité 22 mai 2020]. Disponible sur:

<https://www.economie.gouv.fr/daj/gip>

HAS (2011) Rapport sur le développement de thérapeutiques non médicamenteuses validées—Recherche Google. (s. d.). Consulté 5 juillet 2020, à l'adresse

<https://www.google.com/search?q=rapport+has+2011+d%C3%A9veloppement+de+th%C3%A9rapeutiques+non+m%C3%A9dicamenteuses+valid%C3%A9es&oq=rapport+HAS+2011+d%C3%A9veloppement+de+th%C3%A9rapeutique+non+m%C3%A9dicam&ags=chrome.1.69i57j33.20988j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8>

Inspection générale des affaires sociales (IGAS), & Inspection générale de la jeunesse et des sports (IGJS). (2018). Évaluation des actions menées en matière d'activité physique et sportive à des fins de santé (Evaluation N°2017-126R (IGAS); p. 121). IGJS et IGAS.

<http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article665>

Je me bouge dans mon quartier—Réseau des villes actives du PNNS. Consulté 6 mai 2020, à l'adresse <http://reseauvillesactivespnns.fr/dsn/territoires/strasbourg/je-me-bouge-dans-mon-quartier>

La démarche ICAPS | CNDAPS - Centre National d'appui au Déploiement en Activité Physique / lutte contre la Sédentarité. (s. d.). Consulté 27 mai 2020, à l'adresse <https://www.cndaps.fr/icaps/la-demarche-icaps-2-6.html>

Programmes en matière de nutrition (alimentation et activité physique). (2019, avril 18). PromoSanté IdF. <https://www.promosante-idf.fr/programmes-en-matiere-de-nutrition-alimentation-et-activite-physique>

Santé—Manger Bouger Professionnel. (s. d.). Consulté 24 mai 2020, à l'adresse <https://www.mangerbouger.fr/pro/sante>

Santé Publique France. (s. d.). Promouvoir l'activité physique des jeunes : Élaborer et développer un projet de type Icaps. Consulté 6 juillet 2020, à l'adresse /determinants-de-sante/nutrition-et-activite-physique/promouvoir-l-activite-physique-des-jeunes-elaborer-et-developper-un-projet-de-type-icaps



---

# Liste des annexes

---

## Annexe 1 – Convention constitutive du Groupement d'Intérêt Public (GIP) Maison Sport Santé de Strasbourg

APPEL À PROJETS (AAP) relatif Aux « Maisons sport-santé » -  
Maison sport santé Strasbourg

### Annexe 2 : Convention constitutive du Groupement d'intérêt public

#### Convention constitutive du groupement d'intérêt public portant création de la Maison Sport Santé de Strasbourg

##### Préambule

La constitution du groupement d'intérêt public (GIP) « *Maison Sport Santé de Strasbourg* » est née de la volonté commune portée par les partenaires locaux d'élaborer et d'organiser sur le territoire une réponse innovante en matière de promotion de la sante par l'activité physique y compris les mobilités actives, l'alimentation équilibrée et le développement d'un territoire favorable à la santé.

Le contexte d'accueil en France des Jeux Olympiques et Paralympiques de Paris 2024, et de l'importance de l'héritage social pour le pays que doit apporter cet événement, est l'occasion d'impulser une dynamique nouvelle pour améliorer la sportivité du territoire, inciter et soutenir tou-te-s les habitant-e-s à la pratique physique et sportive régulière.

Plus particulièrement, le territoire strasbourgeois rencontre des enjeux de surpoids et d'obésité des enfants et des adolescent-e-s, de prévalence des maladies chroniques mais aussi de perte d'autonomie que la prévention et lutte contre la sédentarité permettent d'améliorer.

L'ambition des partenaires est ainsi de créer, par ce GIP « *Maison Sport Santé de Strasbourg* », un espace fédérateur regroupant trois entités complémentaires :

- un pôle ressources en matière d'accueil, d'orientation et d'accompagnement du public,
- un pôle de formation continue, de recherche et d'expertise au travers d'un institut sport santé,
- un pôle d'innovation et d'expérimentation par la création d'un laboratoire d'innovation ouverte

Il sera hébergé au sein de l'Aile médicale rénovée des Bains Municipaux, boulevard de la Victoire, au sein d'un lieu symboliquement fort pour les Strasbourgeois-es ; la Maison Sport Santé permettra ainsi de concilier l'héritage historique et l'ancrage dans la modernité.

La présente convention a pour objet de constituer le Groupement d'Intérêt Public gestionnaire de la Maison Sport Santé de Strasbourg en tant que **personne morale de droit public dotée de l'autonomie administrative et financière**.

Vu les articles L. 6321-1 et L. 6321-2 du **Code de la Santé Publique** relatifs au développement des réseaux de santé,

Vu les articles L. 341-1 et suivants du **Code de la recherche**,

Vu la **Loi n° 2004-809 du 13 août 2004** relative aux libertés et responsabilités locales, notamment ses articles 49 et 50,

**APPEL À PROJETS (AAP) relatif Aux « Maisons sport-santé » -  
Maison sport santé Strasbourg**

Vu la **Loi n° 2011-525 du 17 mai 2011** de simplification et d'amélioration de la qualité du droit, notamment son chapitre 2 relatif au statut des GIP,

Vu la **Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019** relative à l'organisation et la modernisation de notre système de santé

Vu le **Décret n° 2012-91 du 26 janvier 2012** relatif aux GIP,

Vu le **Décret n° 2013-292 du 5 avril 2013** relatif au régime de droit public applicable aux personnels des GIP,

Vu l'**Arrêté du Premier Ministre du 23 mars 2012** pris en application de l'article 3 du décret n° 2012-91 du 26 janvier 2012 relatif aux GIP,

Vu la **Stratégie Nationale Sport Santé 2019 – 2024** arrêtée le 27 mars 2019

Vu le **Cahier des charges relatif aux Maisons Sport Santé** publié conjointement par le Ministère des Sports et le Ministère des Solidarités et de la Santé le 02 aout 2019

Vu le **Contrat Local de Santé de la Ville de Strasbourg** voté en conseil municipal du 25 février 2019, notamment son objectif de créer une Maison Sport Santé

Vu les **délibérations des membres fondateurs** du groupement

**Il est constitué entre**

La Ville de Strasbourg, représentée par son Maire en exercice agissant en vertu d'une délibération du 21 octobre 2019, et dont le siège est situé 1, parc de l'Etoile à Strasbourg,

Le Département du Bas-Rhin, représenté par le Président du Conseil Départemental en exercice agissant en vertu d'une délibération du <XX>, et dont le siège est situé place du Quartier Blanc à Strasbourg,

L'Université de Strasbourg, représentée par son Président en vertu d'une délibération de son conseil d'administration du <XX>, dont le siège est situé 4 Rue Blaise Pascal à Strasbourg,

Les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, représentés par le Directeur général, en vertu d'une délibération du Conseil de surveillance du <XX> et par délégation par <XX>, dont le siège est situé <XX>,

L'UGECAM Alsace et notamment son Institut Universitaire de Réadaptation Clémenceau-Strasbourg, représentés par le Directeur général, en vertu d'une délibération du Conseil d'Administration de l'UGECAM Alsace du <XX> et par délégation par <XX>, dont le siège est situé 45 boulevard Clémenceau à Strasbourg,

L'association Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé Grand Est, représentée par sa Présidente en exercice, agissant en vertu d'une délibération du Conseil d'Administration du <XX>, et par délégation par la Directrice, dont le siège est situé <XX>,

L'Institut Siel Bleu, représenté par son Président en exercice, agissant en vertu d'une délibération du Conseil d'Administration du <XX> et par délégation par <XX>, dont le siège est situé <XX>,

APPEL À PROJETS (AAP) relatif Aux « Maisons sport-santé » -  
Maison sport santé Strasbourg

L'association France Assoc Santé, représentée par son Président en exercice, agissant en vertu d'une délibération du Conseil d'Administration du <XX> et par délégation par <XX>, dont le siège est situé <XX>,

L'association du Comité Régional Sports pour Tous Grand Est, représentée par sa Présidente en exercice, agissant en vertu d'une délibération du Conseil d'Administration du 29/04/2017, et par délégation par son Conseiller Technique Régional Sports pour Tous Grand Est, dont le siège est situé Maison départementale des Sports, Route de la Moncelle, à Bazeilles,

Le Comité Départemental Olympique et Sportif du Bas-Rhin 67 représentée par son Président en exercice, agissant en vertu d'une délibération du Conseil d'Administration du <XX>, et par délégation par <XX>, dont le siège est situé 4, Jean-Mentelin – BP 95028 à Strasbourg,

L'Office des Sports de Strasbourg, représentée par son Président en exercice, agissant en vertu d'une délibération du Conseil d'Administration du <XX>, et par délégation par son <XX>, dont le siège est situé 19, rue des Couples - 67000 - Strasbourg

Le Pôle de compétitivité BioValley France, représenté par son Président en exercice, agissant en vertu d'une délibération du Conseil d'Administration du <XX> et par délégation par <XX>, dont le siège est situé <XX>,

La Mutualité Générale de l'Education Nationale, représentée par son Président en exercice, agissant en vertu d'une délibération du Conseil d'Administration du <XX> et par délégation par <XX>, dont le siège est situé <XX>,

La Mutualité Française Grand Est représentée par son Président en exercice, agissant en vertu d'une délibération du Conseil d'Administration du <XX> et par délégation par <XX>, dont le siège est situé <XX>

L'association Unis vers le sport, représentée par le Président, en vertu d'une délibération du Conseil d'Administration du XX/XX/XX et par délégation par XXX, dont le siège est XX

L'association la Ligue contre le cancer, comité du Bas-Rhin, représentée par le Président en vertu d'une délibération du Conseil d'Administration du XX/XX/XX et par délégation par XXX, dont le siège est XX

**Un groupement d'intérêt public (GIP)** régi par les règles fixées au chapitre II de la loi n° 2011-525 du 17 mai 2011 de simplification et d'amélioration de la qualité du droit, et par ses décrets d'application, ainsi que par les stipulations de la présente convention.

\* \*  
\*

**TITRE Ier**  
**CONSTITUTION DU « GIP Maison Sport Santé de Strasbourg »**

**Article 1<sup>er</sup> - Dénomination**

La dénomination du groupement d'intérêt public est « Maison Sport Santé de Strasbourg ».  
La dénomination peut être modifiée par délibération de l'assemblée générale.

**Article 2 – Siège**

Le siège provisoire est fixé au Centre administratif de la Ville de Strasbourg – 1, Parc de l'Etoile - 67076, Strasbourg Cedex. Le siège sera définitivement fixé Boulevard de la Victoire après livraison des travaux de rénovation.  
Le siège peut être transféré par une délibération de l'assemblée générale.

**Article 3 – Objet, missions, compétence géographique**

**3.1 – Objet**

Conformément au cahier des charges national publié le 02 aout 2019 par le Ministère des Sports et arrêté en vue de la mise en œuvre de la stratégie nationale sport santé sur le territoire, le groupement « Maison Sport Santé de Strasbourg » à pour objets de :

- faciliter l'adoption de comportements non sédentaires et la pratique des activités physiques et sportives, reconnus comme des déterminants essentiels de l'état de santé et ainsi comme des enjeux de santé publique ;
- participer également à l'intégration des personnes ;
- contribuer à réduire les inégalités sociales entre les individus à tous les âges de la vie.

**3.2 – Missions**

Dans le cadre de son objet d'intérêt général, le groupement exerce les missions suivantes :

- un espace d'accueil permettant, d'une part, d'informer et d'orienter les personnes dans leur programme sport-santé ;
- un lieu de réalisation d'un bilan de l'état de la personne, d'évaluation de sa condition physique, un lieu d'exercice de l'Activité Physique et Sportive et de l'Activité Physique Adaptée ;
- un lieu de formation des acteur·rice·s du champ sport/santé.

Pour mener à bien ces missions, la Maison Sport santé est constituée de 3 pôles interagissant les uns avec les autres :

- Un pôle Ressources
- Un pôle Institut sport-santé
- Un pôle Laboratoire d'innovation ouverte

Ces missions sont susceptibles d'évoluer au regard des modifications des politiques publiques concernant le champ d'intervention de la Maison Sport Santé de Strasbourg.

### 3.3 – Compétence géographique

Le groupement d'intérêt public exerce son activité sur le territoire de la Ville de Strasbourg. Les services à la personne proposés concernent le public strasbourgeois. Les activités du groupement d'intérêt public en termes de recherche, d'échanges de pratiques, notamment avec le projet de Maison Sport Santé et bien-être de Saverne, pourront s'étendre en dehors du périmètre de la Ville de Strasbourg.

Le groupement d'intérêt public pourra participer à des coopérations transfrontalières avec des organismes étrangers.

### Article 4 – Durée

Le groupement est constitué pour une durée indéterminée, sauf dissolution anticipée.

### Article 5 – Adhésion, exclusion, retrait

#### 5.1 – Qualité de « membre fondateur »

Ont la qualité de « membre fondateur » chacun des membres suivants :

- La Ville de Strasbourg
- Le Département du Bas-Rhin
- L'Université de Strasbourg
- Les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg
- L'UGECAM Alsace et notamment son Institut Universitaire de Réadaptation Clémenceau-Strasbourg
- L'association Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé Grand Est
- L'Institut Siel Bleu
- L'association France Assoc Santé
- L'association du Comité Régional Sports pour Tous Grand Est
- Le Comité Départemental Olympique et Sportif du Bas-Rhin 67
- L'Office des Sports de Strasbourg
- Le Pôle de compétitivité BioValley France
- La Mutualité Générale de l'Education Nationale
- La Mutualité Française Grand Est
- L'association Unis vers le Sport
- L'association La Ligue contre le cancer, comité du Bas-Rhin

#### 5.2 – Qualité de « membre adhérent »

Le groupement d'intérêt public peut accueillir de nouveaux membres.

Les nouveaux adhérents ont la qualité de « membre adhérent ».

Toute demande d'adhésion est formulée par écrit.

Cette demande est examinée par l'assemblée générale, qui accepte ou rejette la demande d'adhésion par une délibération adoptée à la majorité simple.

L'adhésion d'un membre adhérent donne lieu à la conclusion d'un avenant à la convention constitutive du groupement, ou par la modification de la convention constitutive par délibération de l'assemblée générale.

Les membres adhérents jouissent des mêmes prérogatives que les membres fondateurs.

### 5.3 – Qualité de « partenaire »

Ont la qualité de « partenaire » au groupement d'intérêt public chacune des personnes suivantes :

- La Région Grand est
- L'Etat
- L'Agence Régionale de Santé Grand Est
- Le Rectorat de l'Académie de Strasbourg
- La Caisse Primaire d'Assurance Maladie du Bas-Rhin
- La Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail Alsace Moselle

De nouveaux partenaires peuvent adhérer au groupement ultérieurement.

Toute demande d'adhésion est formulée par écrit.

Cette demande est examinée par l'assemblée générale, qui accepte ou rejette la demande d'adhésion par une délibération adoptée à la majorité simple.

L'adhésion d'un partenaire donne lieu à la conclusion d'un avenant à la convention constitutive du groupement, ou par la modification de la convention constitutive par délibération de l'assemblée générale.

### 5.4 – Retrait

Tout membre et partenaire peut se retirer du groupement d'intérêt public, à la condition d'être à jour de ses obligations vis-à-vis du groupement pour l'exercice en cours et les précédents.

Le membre-partenaire qui souhaite se retirer doit préalablement en informer le·la Président·e, au moyen d'un courrier recommandé avec demande d'avis de réception.

Le retrait doit être autorisé par une délibération de l'assemblée générale adoptée à la majorité simple. Le refus ne peut être justifié que par le fait que le membre souhaitant se retirer ne s'est pas acquitté de ses obligations vis-à-vis du groupement, au titre de l'exercice en cours ou au titre des exercices précédents.

En cas de refus du retrait, l'assemblée générale adopte, dans la même délibération que celle portant refus du retrait, des prescriptions visant à ce que le membre souhaitant se retirer s'acquitte de ses obligations vis-à-vis du groupement. Un délai raisonnable est fixé au membre souhaitant se retirer pour s'acquitter de ses obligations.

Le retrait d'un membre-partenaire du groupement donne lieu à un avenant à la convention constitutive du groupement, qui précise les modalités du retrait ainsi que sa date d'effectivité.

### 5.5 – Exclusion

L'exclusion d'un membre-partenaire peut être prononcée par l'assemblée générale en cas d'inexécution de ses obligations ou pour faute grave.

Le membre-partenaire concerné est préalablement entendu par le Conseil d'administration.

Si après l'audition du membre-partenaire concerné, le Conseil d'administration acquiert la conviction que les griefs visés au premier paragraphe du présent article sont constitués, il adresse au membre-partenaire concerné une mise en demeure contenant les actions correctrices appropriées, ainsi qu'un délai raisonnable de mise en œuvre.

**APPEL À PROJETS (AAP) relatif Aux « Maisons sport-santé » -  
Maison sport santé Strasbourg**

Si le membre-partenaire concerné s'abstient de répondre à la mise en demeure ou persiste dans le comportement qui lui est reproché, le Conseil d'administration peut proposer l'exclusion du membre-partenaire concerné à l'assemblée générale.

L'exclusion est prononcée par l'assemblée générale à l'unanimité des membres ayant voix délibérative.

Le membre-partenaire concerné ne prend pas part au vote.

**5.6 – Conséquences du retrait, de l'exclusion, de la liquidation judiciaire ou du redressement judiciaire d'un membre**

En cas de retrait, d'exclusion, de liquidation judiciaire ou de redressement judiciaire d'un membre, le groupement se poursuit entre les autres membres, sauf décision contraire de l'assemblée générale.

Les droits et obligations des membres restants sont alors redéfinis entre eux, d'un commun accord faisant l'objet d'un avenant à la convention constitutive.

**TITRE II**

**CAPITAL – OBLIGATIONS DES MEMBRES – MOYENS DU GROUPEMENT**

**Article 6 – Capital**

Le groupement est constitué sans capital. Les droits des membres sont représentés par des droits statutaires attribués à chacun d'eux dans les conditions précisées par la présente convention constitutive.

**Article 7 – Obligation des membres entre eux et à l'égard des tiers**

Sauf convention particulière, les membres ne sont pas tenus envers les tiers des engagements du groupement.

Ils ne sont pas solidaires à l'égard des tiers.

La contribution des membres aux dettes du groupement est déterminée à raison de leurs contributions statutaires aux charges du groupement.

Les nouveaux membres ne sont tenus que des dettes échues à compter de leur admission, au prorata de leur contribution aux charges du groupement.

En cas de retrait ou d'exclusion, et sauf décision contraire de l'assemblée générale prise à l'unanimité, un membre est responsable des dettes du groupement échues à la date à du retrait ou de l'exclusion, dans la limite du montant de ses contributions statutaires aux charges.

Dans leur rapport entre eux, les membres sont tenus des obligations du groupement à proportion de leurs droits statutaires.

Ces dispositions ne s'appliquent pas aux partenaires.

**Article 8 – Moyens matériels du groupement**

**8.1 – Description des ressources du groupement**

Les ressources du groupement sont :

- les contributions des membres visées à l'article 8.2

- les subventions
- les produits des biens propres ou mis à leur disposition
- les emprunts et autres ressources d'origine contractuelles
- les dons et legs.

### **8.2 – Contributions des membres**

Les membres fondateurs du groupement participent au fonctionnement du groupement en mettant à disposition des moyens sous forme de :

- contribution en nature ;
- contribution financière ;
- mise à disposition de personnels ;
- mise à disposition de locaux ;
- mise à disposition de matériel ;
- mise à disposition d'outils informatiques et statistiques ;
- mise à disposition de productions (études et analyse) ;

Ou sous toute autre forme contribuant au fonctionnement du groupement.

A la date de création du groupement, les contributions apportées par les membres fondateurs sont définies au sein de l'annexe 1.

### **8.3 – Autres ressources**

Le groupement peut recevoir des dons et des legs.

Il peut, en outre, recevoir des subventions, ou passer des conventions avec l'Etat ou tout autre partenaire pour la réalisation de programmes pour lesquels il recevrait des financements complémentaires.

Des conventions individuelles d'adhésion, sont signées entre chaque membre fondateur du groupement et le Groupement d'intérêt public afin de préciser les moyens (humains, financiers, de locaux, matériels, logiciels...) que chacun de ces membres fondateurs s'engage à consacrer à l'exécution des missions du groupement et les modalités éventuelles de remboursement sur facturation. Ces conventions définissent également les conditions générales, la durée, le mode de d'actualisation et de renouvellement des contributions.

Elles sont signées au plus tard 6 mois après la date de publication de l'arrêté préfectoral actant la création du groupement.

### **8.4 – Mise à disposition et propriété des biens mobiliers et immobiliers**

Les matériels et immeubles, loués ou mis à disposition du groupement par un membre fondateur, restent la propriété de ce dernier; en cas de dissolution du groupement, ils sont remis à leur disposition. Les conditions de mise à disposition de ces matériels et immeubles feront l'objet d'une convention.

Les risques juridiques liés à la qualité de propriétaire restent à la charge du membre qui a mis ses matériels et immeubles à la disposition du groupement ; ceux nés de l'utilisation par le groupement de ces matériels et immeubles sont à la charge du groupement qui en a seul la



garde. Le groupement prendra toutes les dispositions pour souscrire les assurances nécessaires à l'utilisation de ces biens.

Les matériels et immeubles achetés, développés ou construits par le groupement appartiennent à ce dernier. En cas de dissolution du groupement, ils sont dévolus par décision de l'assemblée générale.

#### **8.5 – Propriété intellectuelle**

Chacun des membres s'engage à communiquer aux autres toutes les informations nécessaires à l'exécution de l'objet du groupement, sous réserve des accords conclus avec des tiers.

Chaque membre conserve la propriété des résultats de ses travaux propres brevetés ou non, effectués dans le domaine de l'objet du groupement, soit antérieurement à la constitution du groupement, soit hors du cadre du programme de travail du groupement. La propriété de ces résultats subsiste même si ceux-ci ont été modifiés à l'occasion des travaux du groupement.

Au cas où la réalisation du programme de travail nécessiterait l'utilisation de ces résultats, le détenteur de ceux-ci s'engage à accorder aux membres une concession des droits d'exploitation et de reproduction à titre gracieux, ou à des conditions favorables relativement à celles qui seraient faites à des tiers, dans la limite de leurs moyens respectifs et du respect de leurs missions propres. Sauf disposition contraire expressément et préalablement convenue à l'unanimité des membres du groupement, les résultats des travaux confiés par le groupement à l'un de ses membres sont la propriété du membre qui les a obtenus.

Ces résultats sont mis gracieusement, et pour la durée du groupement, à la disposition des autres membres, à des fins de recherche et développement.

Le groupement doit conclure, avec tout tiers concourant à son programme de travail, un contrat protégeant la confidentialité de ses travaux, la propriété de ceux-ci, les conditions de divulgation éventuelles à des tiers et éventuellement l'exploitation des résultats.

### **Article 9 – Gestion du personnel**

#### **9.1 – Description des moyens humains du groupement**

Les moyens humains du groupement sont constitués par :

- 1° Des agent·e·s et salarié·e·s mis à disposition et/ou détaché·e·s par les membres du groupement ;
- 2° Des fonctionnaires relevant de la fonction publique de l'Etat, de la fonction publique territoriale ou de la fonction publique hospitalière ;
- 3° A titre purement complémentaire, des agent·e·s contractuel·le·s de droit privé ;

Le personnel est consulté sur l'organisation du groupement et l'organisation du travail dans les six mois suivant la création du groupement.

La mise à disposition de personnels des membres du groupement donne lieu à la conclusion d'une convention de mise à disposition.

Les personnels mis à la disposition du groupement conservent leur statut d'origine. Leur employeur d'origine garde à sa charge leurs rémunérations et prestations sociales annexes, leur couverture sociale, leurs assurances et conserve la responsabilité de leur avancement.

Les personnels mis à la disposition du groupement sont placés sous l'autorité fonctionnelle de la Direction collégiale du groupement.

**APPEL À PROJETS (AAP) relatif Aux « Maisons sport-santé » -  
Maison sport santé Strasbourg**

Ces personnels sont remis à la disposition de leur corps ou de leur organisme d'origine :

- à leur demande, dans le respect des règles de réintégration fixées par l'employeur d'origine,
- à la demande de l'organisme d'origine, sous réserve que la durée de mise à la disposition du groupement initialement prévue ait expiré, ou à l'issue de l'exercice budgétaire en cours, sous réserve d'avoir respecté un préavis de trois mois minimum,
- dans le cas où cet organisme se retire ou est exclu du groupement, à l'issue de l'exercice en cours, sous réserve d'avoir respecté un préavis de trois mois minimum,
- en cas de disparition de cet organisme, notamment en cas de liquidation, dissolution ou absorption,
- par décision de l'assemblée générale du groupement, sur proposition du directeur·trice.

**9.2 – Règles particulières au recrutement des personnels propres au groupement**

Le groupement peut recruter, à titre purement complémentaire et lorsque ses missions et activités le justifient, des personnels propres rémunérés sur son budget dans les conditions prévues à l'article 4 du décret n° 2013-292 du 05 avril 2013.

Les personnels ainsi recrutés, par contrat de droit public, n'acquièrent pas de droit à occuper ultérieurement des emplois dans les établissements participants à celui-ci.

Les conditions générales de recrutement et d'emploi des personnels propres sont fixées par délibération de l'assemblée générale et soumises à l'approbation du Commissaire du Gouvernement.

Le·la Directeur·trice est chargé·e de pourvoir au remplacement des personnels absents au titre d'un congé (maladie, maternité,...).

**TITRE II  
ORGANISATION ET ADMINISTRATION DU GROUPEMENT**

**Article 10 – Assemblée générale**

**10.1 – Composition**

L'assemblée générale est composée de l'ensemble des membres fondateurs, des membres adhérents, et des partenaires.

Chaque membre désigne un·e représentant·e titulaire et son·sa suppléant·e.

La Ville de Strasbourg et l'Université de Strasbourg désignent chacune deux représentant·e·s. Ces représentant·e·s à l'assemblée générale et leurs suppléant·e·s sont désigné·e·s par les autorités compétentes de ces membres et de ces partenaires.

**10.2 – Fonctionnement**

Les membres fondateurs et adhérents siègent au sein de l'assemblée générale avec voix délibérative.

Les partenaires siègent au sein de l'assemblée générale avec voix consultative.

Le·la Président·e préside la séance.

**APPEL À PROJETS (AAP) relatif Aux « Maisons sport-santé » -  
Maison sport santé Strasbourg**

Le quorum est fixé à la moitié des membres fondateurs et adhérents. Si le quorum n'est pas atteint, l'assemblée est convoquée à nouveau, avec le même ordre du jour, dans un délai qui ne peut être supérieur à huit jours. Elle délibère alors sans condition de quorum.

Tout membre fondateur ou adhérent de l'assemblée absent ou empêché peut se faire représenter, il peut également donner son pouvoir à un membre fondateur ou adhérent de l'assemblée. Chaque membre fondateur ou adhérent ne peut disposer au cours d'une réunion que d'un (1) pouvoir. Chaque pouvoir ne peut valoir pour plus d'une assemblée générale.

L'assemblée générale comporte 5 collèges :

1 <sup>er</sup> collège - <i>Les collectivités</i>	<i>Département du Bas Rhin, Ville de Strasbourg</i>
2 <sup>ème</sup> collège - <i>Université, recherche, innovation</i>	<i>Université de Strasbourg, Biovalley France, Institut SIEL BLEU</i>
3 <sup>ème</sup> collège - <i>Associations</i>	<i>IREPS, CDOS 67, CR SPORTS POUR TOUS, France ASSOC SANTE, ODS, Unis vers le sport, La ligue contre le cancer, comité du Bas-Rhin</i>
4 <sup>ème</sup> collège - <i>Mutuelles</i>	<i>MGEN, MFGÉ</i>
5 <sup>ème</sup> collège - <i>Etablissements de santé</i>	<i>UGECAM-IURC, HUS</i>

L'intégration des membres adhérents dans un collège sera décidée par l'assemblée générale, notamment en fonction de leur nature juridique ou de leur activité.

Sont également membres avec voix consultative de l'assemblée générale : le·la Président·e du Conseil Scientifique et un·e représentant·e du Comité de financement.

L'assemblée générale se réunit au moins une fois par an sur convocation du·de la Président·e. Elle se réunit de droit à la demande du tiers de ses membres sur un ordre du jour déterminé.

Les séances de l'assemblée générale sont préparées par l'administration du groupement et en premier lieu son·sa Directeur·trice. Les agent·e·s du groupement, ainsi que toute personne autorisée par le·la Président·e peuvent assister aux séances. L'assemblée générale peut inviter à participer à ses réunions toute personne physique ou représentant de personne morale sans que ces derniers n'aient un quelconque pouvoir délibératif.

Les convocations sont adressées par courrier simple ou par voie électronique au moins 15 jours ouvrés avant la tenue de la séance. Les convocations comportent la date, l'heure et le lieu de la séance, ainsi que l'ordre du jour et les documents y afférents. En cas d'urgence dûment justifiée, ce délai est réduit à 5 jours.

Lorsque l'assemblée est appelée à se prononcer sur le budget et les comptes annuels, la convocation comprend en annexe le document budgétaire et les comptes annuels.

L'assemblée générale ne délibère que sur les questions inscrites à l'ordre du jour. Toutefois, au début de chaque assemblée, l'ordre du jour peut être complété par demande d'au moins deux des membres présents ou représentés.

Toutes les propositions de décisions soumises à l'assemblée générale sont présentées par le·la Président·e lors d'un conseil d'administration.

Une feuille de présence est émergée par les membres du groupement entrant en séance et certifiée par le·la Président·e.

**APPEL À PROJETS (AAP) relatif Aux « Maisons sport-santé » -  
Maison sport santé Strasbourg**

Les délibérations de l'assemblée générale font l'objet d'un procès-verbal signé par le·la Président·e ou, en cas d'absence, un·e Vice Président·e, et conservés au siège du groupement. Les modalités de fonctionnement de l'assemblée générale seront précisées dans un règlement intérieur.

### **10.3 – Répartition des voix**

En assemblée générale, chaque membre fondateur et adhérent dispose d'une voix délibérative par représentant.

En cas d'égalité des voix, celle du·de la Président·e est prépondérante.

Le·la représentant·e de chaque membre peut désigner par écrit un·e mandataire habilité·e à le·la représenter à l'assemblée générale.

Au titre de l'administration du groupement, elle délibère sur les sujets suivants :

- 1) Les orientations générales du groupement,
- 2) Le programme des activités de l'année à venir, après avis des comités consultatifs,
- 3) La dissolution anticipée du groupement, ainsi que les mesures nécessaires à sa liquidation,
- 4) Toute modification de la convention constitutive,
- 5) L'admission ou l'exclusion d'un membre,
- 6) Les modalités financières et administratives de retrait d'un membre du groupement,
- 7) L'approbation du règlement intérieur initial du groupement, qui peut évoluer ensuite par décisions du Conseil d'administration,
- 8) Le quitus de la gestion des organes de direction du groupement,
- 9) La nomination et la révocation des administrateurs,
- 10) Le transfert du siège social.

### **Article 11 – Conseil d'administration**

#### **11.1 – Composition**

Le groupement est administré par un Conseil d'administration comprenant 13 membres élu·e·s par l'assemblée générale au scrutin secret pour une durée de 5 ans, renouvelable.

Les élections ont lieu par collège selon les modalités suivantes :

- 1<sup>er</sup> collège : 3 représentant·e·s dont 2 représentant·e·s de la Ville de Strasbourg.
- 2<sup>ème</sup> collège : 3 représentant·e·s
- 3<sup>ème</sup> collège : 3 représentant·e·s
- 4<sup>ème</sup> collège : 1 représentant·e
- 5<sup>ème</sup> collège : 2 représentant·e·s

Sont membres avec voix consultative du Conseil d'administration : le·la Président·e du Conseil scientifique, un·e représentant·e du Comité des usager·ère·s et un·e représentant·e du Comité de financement.

Le Conseil d'administration peut convier à ses réunions des personnalités qualifiées selon l'ordre du jour. Ces personnalités ne participent pas au vote des délibérations.

Le Conseil d'administration convie également les partenaires du groupement, qui ne participent pas au vote des délibérations.

APPEL À PROJETS (AAP) relatif Aux « Maisons sport-santé » -  
Maison sport santé Strasbourg

Le mandat d'administrateur·trice est exercé gratuitement. Toutefois, le Conseil d'administration peut allouer des indemnités de défraiement pour les missions qu'il confie aux administrateurs·trices dans le cadre du budget voté par le Conseil d'administration.

### 11.2 – Fonctionnement

Le Conseil d'administration se réunit au moins une fois par trimestre et aussi souvent que l'exige l'intérêt du groupement, sur convocation de son·sa Président·e ou à la demande de la majorité de ses membres.

Le Conseil d'administration délibère valablement si la moitié de ses membres sont présents ou représentés et si au moins un membre de chaque collège est présent.

Tout membre du Conseil d'administration empêché de participer à une réunion du Conseil peut donner mandat à un autre membre du Conseil d'administration administrateur pour le représenter. Nul ne peut recevoir plus d'un mandat.

Les décisions du Conseil d'administration sont prises à la majorité des suffrages exprimés. Chaque représentant élu au sein de son collège dispose d'une voix délibérative.

En cas d'égalité des voix, celle du·de la Président·e est prépondérante.

Le compte rendu du Conseil d'administration est transmis aux membres de l'assemblée générale.

### 11.3 – Compétences

Le conseil d'administration prend toutes les décisions qui ne relèvent pas de l'assemblée générale et particulièrement les décisions budgétaires (budget primitif, décisions modificatives du budget et compte financier) :

- 1) L'organisation générale du groupement lui permettant de mener les missions définies à l'article 4, dont son projet stratégique et le programme annuel prévisionnel d'activité ;
- 2) La nomination du·de la Directeur·trice sur proposition du·de la Président·e du Groupement
- 3) La fixation des participations respectives des membres au Conseil d'administration par un règlement intérieur
- 4) La convocation des assemblées générales et la fixation de l'ordre du jour
- 5) Le fonctionnement du groupement
- 6) La rédaction d'un rapport financier à destination des membres de l'assemblée générale
- 7) La mise en place d'un règlement intérieur
- 8) Le budget du groupement, les décisions modificatives, le compte administratif et l'affectation des résultats.
- 9) L'élection du·de la Président·e et des Vices-Président·e·s.
- 10) Désigner les membres du conseil scientifique

### Article 12 – Président·e du groupement

Le·la Président·e du groupement est élu·e par le Conseil d'administration parmi les représentants des membres fondateurs du Groupement. Il·elle est élu·e pour cinq ans et pour un mandat renouvelable une fois. Le Conseil d'administration élit également en son sein deux Vice-Président·e·s qui assurent la suppléance du·de la Président·e en son absence.

En présence de deux Vice-Président·e·s, le·la Vice-Président·e le·la plus âgé·e assure en 1<sup>er</sup> lieu la suppléance du·de la Président·e en son absence.

APPEL À PROJETS (AAP) relatif Aux « Maisons sport-santé » -  
Maison sport santé Strasbourg

Le·la Président·e du groupement est le·la Président·e de l'Assemblée générale et du Conseil d'administration.

Le·la Président·e assure par son arbitrage le fonctionnement régulier des instances qu'il préside. Il·elle est chargé·e de la mise en œuvre et de la bonne application des orientations définies par l'assemblée générale.

Il·elle contribue au rayonnement du groupement et au développement du groupement. Le·la Président·e assure la représentation du groupement.

Il·elle peut déléguer une partie de ses attributions au·à la Directeur·trice, après accord du Conseil d'Administration.

**Article 13 – Le-la Directeur·trice**

Le·la Directeur·trice est nommé·e par le Conseil d'administration sur proposition du·de la Président·e du groupement. Il·elle assure le fonctionnement du groupement sous l'autorité du Conseil d'administration. Il·elle a autorité sur les personnels du groupement.

Dans les rapports avec les tiers, le·la Directeur·trice engage le groupement pour tout acte entrant dans son objet. Il·elle est à ce titre habilité·e à ester en justice.

Il·elle reçoit délégation du Conseil d'administration pour passer des contrats et conventions au nom du groupement. Il·elle participe de droit, avec voix consultative, au Conseil d'administration, auquel il·elle rend compte de sa gestion ainsi qu'à l'assemblée générale. Il·elle prépare les travaux et exécute les décisions du Conseil d'administration et de l'assemblée générale.

Le·la Directeur·trice coordonne une direction collégiale avec les responsables des pôles et peut déléguer sa signature, selon des conditions précisées au règlement intérieur.

**Article 14 – Les instances paritaires**

Le groupement peut créer, sur décision du Conseil d'administration, une ou des instances paritaires (comité technique, commission consultative paritaire, comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail).

Les modalités d'élection et de saisine de ces instances sont précisées par un règlement intérieur.

**Article 15 – Le Conseil scientifique**

Les missions du conseil scientifique sont de :

- Donner un avis sur les activités et projets de recherche initiés par la Maison Sport Santé
- Faciliter et soutenir le développement de ces projets et la diffusion de leurs résultats
- Faciliter, si nécessaire, les liens avec les activités de recherche et d'innovation menées par les partenaires du groupement sur le territoire
- Donner un avis sur le rapport annuel, le suivi et l'évaluation des activités de la Maison Sport Santé de Strasbourg
- Donner un avis sur les aspects éthiques des projets développés et/ou proposés à la Maison Sport Santé de Strasbourg
- Veiller au respect des règles découlant du Règlement général sur la protection des données à caractère personnel, et à l'utilisation des données de santé
- Emettre un avis sur les formations dispensées au sein de la Maison Sport Santé

**APPEL À PROJETS (AAP) relatif Aux « Maisons sport-santé » -  
Maison sport santé Strasbourg**

- Valider l'accès aux données, aux ressources, aux bénéficiaires, de la Maison Sport Santé pour tout projet de recherche

Le conseil scientifique peut convier à ses réunions des personnalités qualifiées et/ou le représentant·e du comité des usager·ère·s.

Le conseil scientifique élit en son sein un·e Président·e- qui siège au Conseil d'administration et à l'assemblée générale avec voix consultative. Le·la Président·e ne doit pas être un·e représentant·e élu·e d'un collège au Conseil d'administration.

Le Conseil scientifique de la Maison Sport Santé de Strasbourg est pluridisciplinaire. Ses membres, apportant leur expertise dans leurs domaines de compétences propre sont nommé·e·s par les membres du Conseil d'administration au sein des collèges ou parmi des personnalités qualifiées proposées par des membres du Conseil d'administration. La durée de leur mandat est déterminée par le règlement intérieur du groupement d'intérêt public.

Il se réunit au moins une fois par an.

Le conseil scientifique présente un rapport annuel devant l'assemblée générale.

**Article 16 – Le Comité des usager·ère·s**

Le Comité des usager·ère·s est une instance chargée de représenter les usager·ère·s de la Maison Sport Santé de Strasbourg.

Dans l'attente d'une éventuelle création d'une association des usager·ère·s de la Maison Sport Santé, les usager·ère·s qui souhaitent siéger au comité peuvent en manifester le souhait auprès du groupement.

Les parents des enfants bénéficiaires des actions de la Maison Sport Santé peuvent également y siéger.

Les conditions de fonctionnement du comité pourront être régies par un règlement intérieur propre.

Le Comité des usager·ère·s se réunit au moins une fois par an.

Ses avis concernant les points à l'ordre du jour de l'assemblée générale et du Conseil d'administration sont joints aux délibérations communiquées aux membres de l'assemblée générale et du Conseil d'administration.

Il peut demander à mettre à l'ordre du jour du CA ou de l'AG un·des point·s.

Il émet un avis et est consulté sur tout projet structurant au sein de la Maison Sport Santé de Strasbourg.

Il peut s'autosaisir de tout sujet concernant le projet stratégique et/ou l'objet du groupement.

Il se réunit systématiquement en amont de l'assemblée générale, du Conseil d'administration et/ou du Conseil scientifique.

Il est destinataire de l'ordre du jour et des délibérations proposées à l'assemblée générale et au Conseil d'administration, une semaine avant leur réunion. Il peut émettre des avis sur ces délibérations, lesquelles sont transmises aux membres de l'assemblée générale et du Conseil d'administration.

Il émet un avis, sur les travaux réalisés au cours de l'année précédente et sur le programme d'activité de l'année à venir. Cet avis est présenté en assemblée générale par un·e représentant·e du Comité élu en son sein.

**APPEL À PROJETS (AAP) relatif Aux « Maisons sport-santé » -  
Maison sport santé Strasbourg**

Il siège en assemblée générale et au Conseil d'administration. Il veille à la bonne présentation des avis du comité des usager·ère·s en assemblée générale et en Conseil d'administration.  
Le Comité des usager·ère·s présente un rapport annuel devant l'assemblée générale.

**Article 17 – Le Comité de financement**

Le Comité de financement est une instance consultative chargée de :

- Mettre en cohérence la réalisation du programme d'activité annuel avec les orientations des financeurs en termes de subvention ;
- Prendre connaissance de toute initiative (appels à projets...) des membres fondateurs et partenaires relative aux missions du groupement;
- Prendre connaissance de toute initiative nationale ou européenne (appels à projets...) relative aux missions du groupement ;
- Instruire collectivement des propositions financières proposées au Conseil d'administration.

Il réunit le·la Directrice et les responsables de pôle concernés, les membres fondateurs ou adhérents ainsi que les partenaires y contribuant financièrement. Les membres fondateurs ou adhérents, potentiellement concernés par le versement d'une subvention, se retirent du comité dès lors que l'attribution d'une subvention les concernant est débattue entre les financeurs.

Le Comité de financement se réunit au moins deux fois par an sur invitation du·de la Directeur·trice.

Il désigne un·e représentant·e pour siéger au sein de l'assemblée générale et du Conseil d'administration, parmi les partenaires financeurs du groupement.

Le Comité de financement présente un rapport annuel devant l'assemblée générale.

**TITRE III**

**GESTION DU GROUPEMENT**

**Article 18 – Budget et compte financier**

Le budget, préparé par le·la Directeur·trice et chacun·e des responsables de pôle, présenté par son·sa Président·e, est adopté chaque année par l'assemblée générale.

Il inclut l'ensemble des opérations de recettes et de dépenses prévues pour l'exercice. Il distingue les opérations de fonctionnement et les opérations d'investissement. Il est voté en équilibre réel. Ces dispositions sont applicables aux décisions modificatives, au compte financier et à l'affectation des résultats.

Toutefois, sous réserve de ratification par l'assemblée générale lors de sa plus prochaine réunion, le·la Directeur·trice peut arrêter des décisions modificatives provisoires qui ne portent pas atteinte à l'équilibre de chacune des sections du budget et qui n'ont pas pour objet un virement de crédits entre chapitres de personnel et chapitres de matériel ni entre la section de fonctionnement et la section d'investissement.

Les conditions d'attributions des moyens de chacun des membres sont précisées dans une annexe financière révisée lors de l'assemblée générale d'adoption du budget.

**Article 19 – Résultats de l'exercice**



**APPEL À PROJETS (AAP) relatif Aux « Maisons sport-santé » -  
Maison sport santé Strasbourg**

L'activité du groupement ne donne lieu ni à la réalisation ni au partage de bénéfices.  
L'excédent éventuel des recettes d'un exercice sur les charges correspondantes est affecté en tout ou partie à la constitution de réserves, à la couverture des charges d'exploitation de l'exercice suivant ou au financement des dépenses d'investissement.  
Le déficit éventuel d'un exercice doit être apuré lors de l'exercice suivant soit par imputation sur les réserves, soit par réduction des dépenses de l'exercice suivant.

**Article 20 – Tenue des comptes**

Le groupement est soumis aux règles de gestion financière et comptable publiques : application des dispositions du titre III du décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012.  
La comptabilité du groupement est tenue et gérée par un agent·e comptable.  
L'agent·e comptable est nommé·e par arrêté du Ministre en charge du budget.

**Article 21 – Contrôle économique et financier de l'Etat**

Le groupement est soumis au contrôle de la Chambre Régionale des Comptes. Il est également soumis au contrôle de l'Inspection Générale des Affaires sociales dans les conditions prévues par le décret n° 90-393 du 2 mai 1990 modifié.  
Par ailleurs, les dispositions du Titre II du décret n° 55-733 du 26 mai 1955 portant codification et aménagement des textes relatifs au contrôle économique et financier de l'Etat et du décret n° 53-707 du 9 août 1953 relatif au contrôle de l'Etat sur les entreprises nationales et certains organismes ayant un objet d'ordre économique et social, lui sont applicables.  
Le Directeur Régional des Finances Publiques ou son représentant, exerce auprès du groupement la fonction de contrôleur d'Etat.

**Article 22 - Commissaire du gouvernement**

Le Préfet du Département du Bas-Rhin ou son représentant exerce la fonction de Commissaire du Gouvernement. Il est chargé de contrôler l'activité et la gestion du groupement.  
Le Commissaire du Gouvernement assiste avec voix consultative aux séances de toutes les instances délibératives du groupement. Il est destinataire des convocations, ordres du jour et tous autres documents adressés aux membres de ces organes avant chaque séance.  
Il reçoit notamment communication avant leur examen par lesdits organes :  
- des projets de modification de la convention ou du programme d'activité,  
- des projets d'emprunts,  
- des projets de recrutement de personnel propre qu'il doit approuver,  
- des prévisions annuelles et de dépenses et des modifications qui y sont apportées,  
- des comptes de l'exercice clos.  
Le Commissaire du Gouvernement dispose d'un droit de visite des locaux occupés par le groupement.  
Pour les décisions qui mettent en jeu l'existence ou le bon fonctionnement du groupement, le Commissaire du Gouvernement peut provoquer une nouvelle délibération dans un délai de quinze jours à compter de la date à laquelle le procès-verbal de la séance lui a été communiqué.

**TITRE IV  
FIN DU GROUPEMENT**

**Article 23 – Dissolution**

Le groupement est dissous par :

1° Décision de l'assemblée générale

2° Décision de l'autorité administrative qui a approuvé la convention constitutive, notamment en cas d'extinction du projet

La dissolution du groupement entraîne sa liquidation, mais la personnalité morale du groupement subsiste pour les besoins des opérations de liquidation.

**Article 24 – Liquidation**

L'assemblée générale nomme un·e ou plusieurs liquidateurs·trices et détermine les règles relatives à leur rémunération.

Les pouvoirs et l'étendue des pouvoirs du·de la liquidateur·trice sont fixés par l'assemblée générale.

**Article 25 – Dévolution des actifs**

Après paiement des dettes et, le cas échéant, reprise des apports, l'excédent d'actif est attribué à un ou plusieurs bénéficiaires conformément aux décisions prises par l'assemblée générale du groupement.

**TITRE V**

**DISPOSITIONS DIVERSES**

**Article 26 – Règlement intérieur**

Le règlement intérieur complète les stipulations de la présente convention constitutive pour ce qui concerne le fonctionnement du groupement. Il sera approuvé par le Conseil d'administration.

**Article 27 – Condition suspensive**

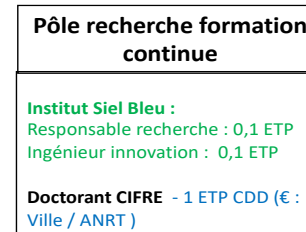
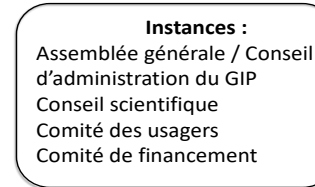
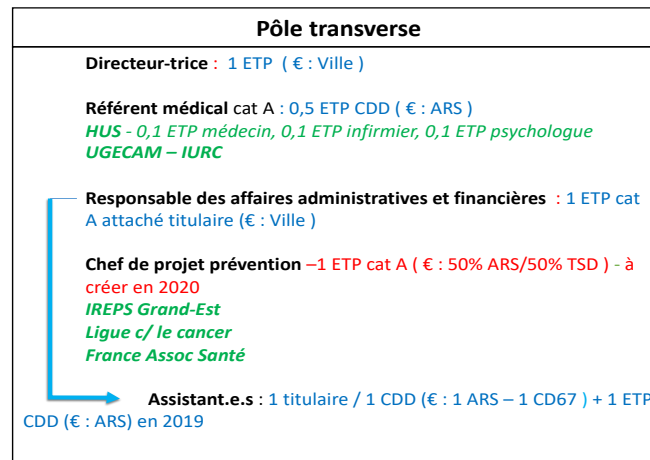
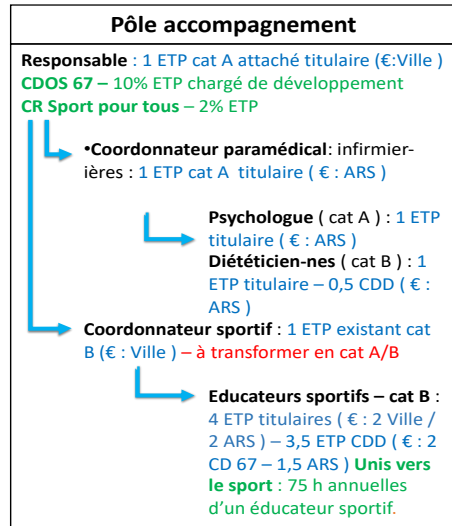
La présente convention constitutive est conclue sous réserve de son approbation par l'autorité administrative compétente, qui en assure la publicité conformément à la réglementation en vigueur.

**Article 28 – Date d'exercice des compétences**

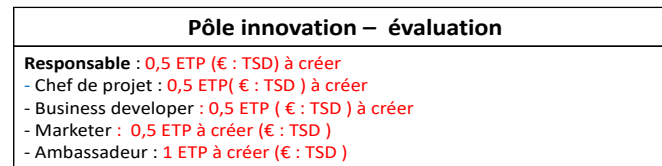
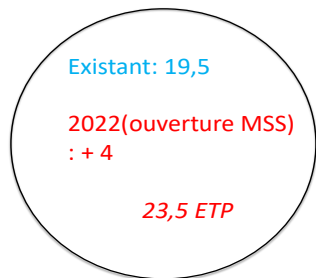
L'assemblée générale, le-la Président·e et le-la Directeur·trice exercent à compter de la création du groupement (date de publication de l'arrêté du Préfet) les compétences qui leur sont attribuées. La présente convention est conclue sous réserve de son approbation et de sa publication par les autorités compétentes.

**Fait à Strasbourg, le <XX>**

Annexe 2 – Organigramme du Groupement d'Intérêt Public au 10/10/2018



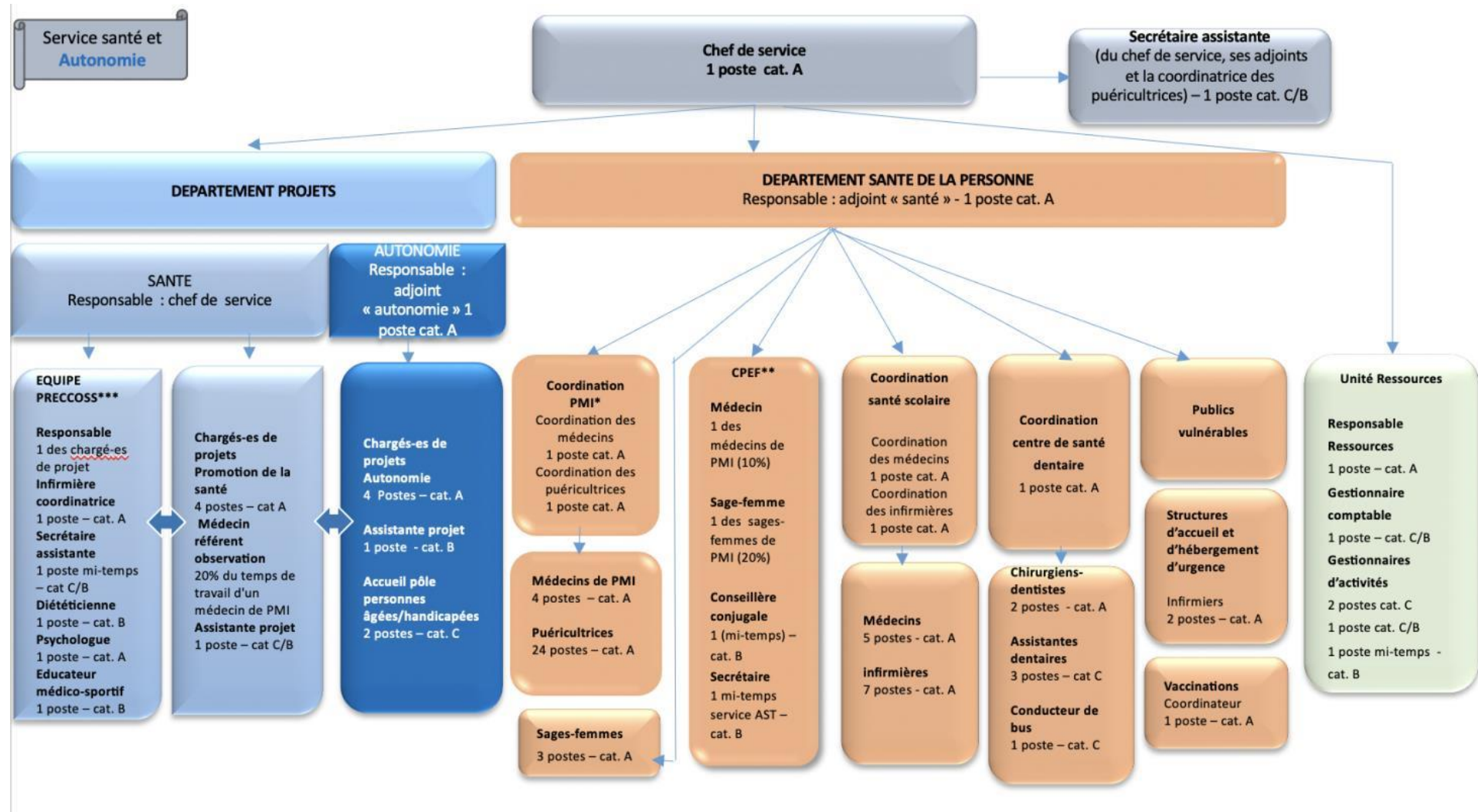
Organigramme cible



Projet « laboratoire d'innovation ouverte »  
 - Territoires de santé de demain ( TSD )

Document de travail du 10 10 2018

Annexe 3 – Organigramme du service santé-autonomie de la Ville de Strasbourg



#### Annexe 4 – Personnes contactées pour les entretiens sur la structure GIP

Structure	Département	Date de premier contact	Contacté par	NOM Prénom	Fonction	Réponse	Date de l'entretien	Date de Relance	Commentaire
Maison des Adolescents	67		Marie		responsable	Positive avec ent	23/04		
	44	10/04	Tiago		responsable	Positive avec ent	22/04		
MDPH	88		Marie		responsable	Positive avec ent	04/05		
	44	30/04	Tiago		responsable	Positive avec ent	13/05	07/05	
	54	04/05	Marie		responsable	Absence			
	55	04/05	Marie		responsable	Absence			
	52	30/04	Marie		responsable	Absence			remplaçantes Mme DOYON et Mme SIMON, pas de retour pour le moment
	10	17/04	Marie		responsable	Négative			
	86	17/04	Marie		responsable	Absence			
GIPED (GIP enfance en danger)			Tiago		responsable	Positive avec ent	12/05		manque 10 minutes de l'entretien qui ont été supprimées
			Tiago	responsable	Positive avec ent	20/05			



Annexe 6 – Grille d’entretien pour les professionnels de santé du département santé de la personne de la Ville

Phrase de présentation : “Actuellement stagiaire au sein du service “Santé Autonomie” de la Ville de Strasbourg, j’assiste Madame A. et Monsieur B. pour la préfiguration de la future Maison Sport Santé. Il s’agit particulièrement d’un projet en prévention primaire nutrition. Je souhaite m’entretenir avec vous pour m’aider à définir le rôle que la Ville pourrait prendre dans ce projet qui sera porté par la Maison Sport Santé.” (tant en terme de mise en oeuvre/ de déploiement que de préfiguration), pour mieux connaître le champ d’action du service santé.

Thématiques	Questions	Informations souhaitées
Présentation	Pouvez vous présenter ?  Quel est votre parcours universitaire et professionnel ?	Nom Prénom Fonction Service
Missions	Depuis quand travaillez vous au sein de la Ville ?  Quelles sont vos missions ?  Pensez-vous faire de la prévention primaire dans le cadre de votre travail ?	Missions principales (champ de compétence)
MSS/GIP	Avez vous entendu parler de la Maison Sport Santé ?  Avez vous entendu parler de je joue pour ma Santé ?  Avez vous participé à la mise en place de programme de prévention primaire ?  Comment voyez vous l’articulation entre la Ville et le GIP MSS en prev primaire ?	Besoin de le savoir, pour la mise en lien par la suite. C’est à dire savoir si la personne connaît bien le projet et ainsi connaître son implication dans le projet et sa disponibilité éventuelle pour de la collaboration ?
Temps passé sur la prev primaire	Pourriez vous estimer le temps que vous consacrez à la prévention primaire ? en terme de jour dans l’année  Y-a-t-il des pics d’activité ?  Pensez vous que vos collègues (médecins et infirmiers) passent autant de temps que vous sur la prev primaire ?  Selon vous, quels acteurs devraient être mobilisés dans ce type de projets ?  Connaissez vous d’autres professionnels qui souhaiteraient s’investir dans de tel projet ?  A quelle hauteur pouvez-vous contribuer à la mise en place du projet de prévention primaire Je bouge pour ma santé ?	qui fait quoi en prévention primaire nutrition = équivalent temps plein (ETP)

## Annexe 7 – Grille d’entretien pour les responsables GIP

Présentation : “Stagiaire à l’Eurométropole de Strasbourg, j’assiste actuellement le département projets du service santé de la ville, dans la mise en place de la future Maison Sport santé de la ville de Strasbourg. Cet établissement prendra la forme d’un groupement d’intérêt public (GIP) réunissant plusieurs partenaires venant de divers horizons (sportif, associatif, de santé, des collectivités, des mutuelles, de la recherche).

Afin de comprendre, les avantages/désavantages que revêt cette structure juridique en terme de coordination des actions, et l’amélioration que peut apporter la relation partenariale dans les services rendus (notamment de prévention primaire) j’aimerais vous poser quelques questions.”

Thématiques	Questions
Présentation	Pouvez-vous vous présenter ? Depuis quand êtes-vous en direction au GIP MDPH ? Que faisiez-vous auparavant ? Quel est votre parcours universitaire ?
Histoire des MDPH	Comment définiriez-vous les MDPH ? Pouvez-vous me faire un bref rappel historique ?
GIP MDPH	Dans quelles conditions et pour quelles raisons le modèle du groupement d’intérêt public a été adopté dans votre cas ? Aviez-vous pensé à d’autres organisations ? Pourquoi les avoir écartées ? Quelles sont ses missions ? Par qui étaient menées ces missions auparavant ? Comment est organisé concrètement le GIP (quelles instances, combien de membres fondateurs/de partenaires, quels types de partenaires, quels rôles de chaque partenaire) ? Pourquoi avoir choisi cette gouvernance ? Quelles autres solutions étaient envisageables ? Comment les membres fondateurs/partenaires associés interagissent avec le GIP ? Selon vous, quels sont les atouts et les limites du GIP ? Diriez-vous que le GIP a changé l’action menée à destination des personnes handicapées ?
Acteurs	Qui sont les acteurs phares à l’initiative du projet de MDPH ?



interactions	<p>Y-a-t-il un acteur politique à l'origine de la conception de la MDPH ?</p> <p>Qui sont les membres fondateurs/partenaires du GIP ? A quoi ce sont-ils engagés ? Comment cela a-t-il été défini ? (existence d'un droit d'entrée ?). Des ajustements ont-ils été nécessaires par la suite ?</p> <p>Etaient-ils partenaires des actions menées avant le GIP en faveur du public cible des MDPH ?</p> <p>Comment le sont-ils devenus ? (le GIP est venu les chercher ou ils se sont inscrits dedans ?).</p> <p>Pourquoi, selon vous, se sont-ils engagés dans le GIP ?</p> <p>Pensez-vous que le GIP modifie les rapports avec les membres fondateurs/partenaires ? De quelle manière ?</p> <p>Comment la MDPH s'inscrit dans les territoires ?</p> <p>Diriez-vous que le GIP s'impose sur son territoire pour les politiques publiques dont il a la charge ? Est-il une ressource pour les acteurs ou une instance de contrôle ?</p> <p>Les bénéficiaires de la MDPH ont-ils été intégrés à sa conception ? Comment ? Le sont-ils maintenant (évaluation, fonctionnement, etc.) ?</p>
Prévention primaire	<p>Avez-vous un projet concret de prévention primaire porté par le GIP, qui relevait auparavant d'une collectivité ?</p> <p>Comment avez-vous fédéré autour d'un des projets collectif (ex : je joue pour ma santé) ?</p> <p>Comment la transition ou le partage des rôles s'est-il opéré ?</p> <p>Comment les financements auparavant fléchés sur ce projet 'Ville/département' sont ils été fléchés GIP ? Selon quel processus ?</p> <p>Répondez-vous à des appels à projets ? A quelle fréquence ? Cela demande-t-il beaucoup d'investissement en termes de temps ?</p> <p>Avez-vous créé des entrées financières propres (vente de prestations) ? Subventionnez-vous des associations ? des membres fondateurs/Partenaires ?</p>
Autres	<p>Pouvez-vous m'indiquer quelques personnes à contacter pour affiner mon bilan ?</p> <p>Pouvez-vous m'indiquer quelques lectures utiles ?</p> <p>Avez vous des rapports d'évaluation d'autres MDPH ?</p>

## Annexe 8 – Grille d’entretien pour le recueil des points de vue des principaux acteurs de la Ville

### **Phrase d’accroche :**

Ces entretiens avec des membres du services autonomie de la ville concernée par la création de la MSS vise à recueillir leur avis sur les relations que la Ville et la MSS seront amenés à définir notamment sur l’offre de prévention primaire nutrition du territoire.

L’enjeu final pour moi est de proposer plusieurs scenarii avec leurs avantages et inconvénients afin de permettre au directeur de la future MSS de trancher sur le positionnement de cette structure par rapport à la ville sur l’offre de prévention primaire nutrition du territoire.

### **Présentation :**

---

#### *1. Présentation des missions et futur contributions/apports à la MSS :*

- Quelles sont vos attributions, quel est votre rôle dans le domaine de la prévention primaire?
- Quels liens avez-vous avec les projets de prévention primaire nutrition
- Quels sont vos principaux interlocuteurs et partenaires ?
- Quelle sera l’évolution de vos attributions dans le futur avec la mise en place de la MSS ? Comment va évoluer votre rôle dans le futur ?

#### *2. Lien avec le contexte actuel post électoral :*

- Pouvez-vous me dire quelques mots sur ce qui est susceptible de changer dans vos attributions et fonctions suite aux résultats des élections municipales ?
  - Qu’est-ce que les résultats des élections municipales sont susceptibles de changer pour la MSS (avis) ? Quel sera l’impact des élections sur la formulation et la mise en œuvre de ce projet ?
  - Est-ce que par rapport au projet formulé, de nouveaux développement sont attendus et si oui, sur quoi ?

#### *3. Conséquence de la création de la MSS sur vos postes et vos compétences*

- Qu’est ce que change la création de la MSS dans vos attributions habituelles ?
- Quels seront vos relations avec la MSS ?
- Comment voyez-vous cette nouvelle répartition des fonctions ?
  - Quel est votre avis sur les choix qui ont été faits ?

#### *Questions spécifiques*

- Est-ce que la ville répond à des appels à projets concernant des actions en prévention primaire nutrition ? Par exemple dans le contrat de ville (Thibault)
- Quels sont vos missions dans la mise en oeuvre des actions en prévention primaire nutrition ?

### **Définition des objectifs des actions en prévention primaire nutrition et financement :**

---

- Pourquoi avoir arrêté le dispositif “je bouge dans mon quartier” ?
1. *Financement de demain pour la politique de prévention primaire du territoire (focus sur prévention primaire nutrition)*
    - D'où viennent les principaux financements pour mener les actions de prévention primaire nutrition aujourd'hui ?
      - Est ce que ce système vous paraît efficace ?
    - Pouvez-vous me donner quelques exemples d'appels à projets auxquels peuvent répondre des collectivités comme la ville de Strasbourg pour financer des actions de prévention primaire nutrition
    - Qu'est-ce que va changer pour la ville la création de la MSS du point de vue de vos mécanismes d'attributions et de soutien aux associations ?
      - Selon vous, qui sera le pilote budgétaire demain de ces actions prévention primaire nutrition ? (Avis)
      - Qu'est-ce qu'apporterait un portage MSS quant à ces financements “prévention primaire nutrition” ?
      - Est-ce que la ville continuera à formuler les AAP ou est-ce que vous déléguerez ces AAP à la MSS
      - Est-ce que la Ville attribuera une enveloppe à la MSS pour qu'elle sélectionne elle-même les projets à subventionner ? Ou est-ce simplement un transfert de responsabilité et de gestion via un nouvel opérateur à qui on transfère le budget ?
    - Si cela est possible, la Ville doit-elle verser l'ensemble des financements qu'elle reçoit, dédiée à la prévention primaire nutrition à la MSS, ou doit-elle en garder une partie à sa charge ?
  2. *Comment tout cela peut se traduire au niveau du financement ? conséquences des différents scénarii de financement au niveau des personnels employés par le GIP :*
    - Précédemment le service santé de la ville était l'interlocuteur direct des associations qui portaient les actions, qu'est-ce qui va changer dans cette organisation avec la création de la MSS ?
      - Quelle part des tâches pourrait être déléguée à la MSS ? (Avis)
      - Comment ça se traduira dans les faits en matière de financement les actions de prévention pour les associations ?
      - Est-ce que la ville restera toujours le financeur des associations ?
    - Si le GIP est amené à être l'opérateur privilégié en terme de prévention primaire nutrition, comment se fera le partage des responsabilités entre la ville et la MSS?
    - Quels avantages ou risques pourraient selon vous venir de cette nouvelle répartition des rôles pour les associations (dans leur démarche pour obtenir les subventions)?
    - Comment assurer une bonne transition Ville, MSS dans la gestion des dossiers en prévention primaire nutrition ?
  3. *Gestion de la politique de prévention primaire nutrition et de ses actions*
    - Quel sera selon vous, la marge de manœuvre de la MSS sur la politique de prévention primaire nutrition ?
      - Est ce que cela vous paraît cohérent ?

- Comment le GIP MSS pourra-t-il porter la totalité de la prévention primaire si cette dernière est au cœur de la politique de la Ville
  - Par exemple : la santé scolaire gardera-t-elle une partie de ses missions en prévention primaire nutrition ou pas du tout
- Quelle part restera à la politique de prévention primaire de la Ville une fois la prévention primaire nutrition retirée ?
  - Comment était prévu la répartition de la politique de prévention en vue de la création de la MSS ?
  - Sur la fiche de poste de la chargée prévention primaire Ville va-t-on supprimer la compétence prévention primaire nutrition ?
  - Qu'est-ce qu'il restera à la chargée de prévention primaire Ville?
- Quel sera le champ d'actions et de compétences du futur chargé de projet prévention primaire nutrition de la MSS ?
- Comment se feront les échanges entre la MSS et la ville ?
  - Pouvez vous décrire avec l'action JJPMS le fonctionnement souhaitable des relations entre la Ville et la MSS et les écueils à éviter

Que signifie pour cette action JJPMS "être le fil directeur des actions de prévention primaire nutrition" sur le territoire ?

## Annexe 9 – Guide élaboré concernant les capacités d'un GIP à subventionner des associations

Le GIP peut-il subventionner des associations et pourquoi ne le pourrait-il pas ?

La loi n° 2009-526 du 12 mai 2009 de simplification et de clarification du droit et d'allègement des procédures comprend deux dispositions intéressant les rapports entre collectivités territoriales et associations.

Ainsi, en premier lieu, la loi, dans son article 84 prévoit que l'article L 1611-4 du code général des collectivités territoriales (CGCT), relatif au contrôle par les collectivités des organismes qu'elles subventionnent, est complété par un alinéa ainsi rédigé :

**« Il est interdit à tout groupement ou à toute association, œuvre ou entreprise ayant reçu une subvention d'en employer tout ou partie en subventions à d'autres associations, œuvres ou entreprises, sauf lorsque cela est expressément prévu dans la convention conclue entre la collectivité territoriale et l'organisme subventionné. »**

Cette modification de l'article L 1611-4 consacre légalement une prohibition dont l'application aux subventions des collectivités territoriales soulevait question.

En effet, si l'interdiction de redistribution de subventions sans autorisation était prévue par un texte ancien (article 15 du décret-loi du 2 mai 1938), ce dernier ne concernait que les subventions d'Etat.

Même si un arrêt d'appel avait considéré cette interdiction comme un principe général, applicable aux subventions des collectivités territoriales (CAA Lyon, 17 juin 1999, Fédération des œuvres laïques du Rhône, n° 99LY00288), la clarification apportée par l'article 84 est tout à fait opportune. Elle rappelle en effet fermement que les fonds publics doivent être utilisés par le bénéficiaire et pour l'objet désignés dans la décision attributive, la violation de ce principe étant susceptible de constituer une gestion de fait de fonds publics (CRC PACA, 9 octobre 1990, Fêtes et festivals à Salon, RDT 1991, p. 858).

→ L'article L 1611-4 prévoit toutefois que l'association attributaire peut être autorisée à reverser tout ou partie de la subvention reçue à un autre organisme. Cette autorisation ne peut résulter que d'une convention entre l'association bénéficiaire et la collectivité.

Une simple délibération de cette dernière, une convention avec l'organisme auquel serait reversé la subvention serait donc inopérante.

Si le texte ne le précise pas, on peut penser que la convention devrait, a minima, désigner le bénéficiaire du reversement, son montant et l'objet pour lequel il sera utilisé.



MARTIN	Tiago	Septembre 2020
<b>Master 2</b> <b>Pilotage des politiques et actions en santé publique</b>		
<b>Choisir un GIP pour la Maison Sport Santé de Strasbourg : Conséquences sur la politique de prévention primaire nutrition sur le territoire</b>		
<b>Promotion 2019-2020</b>		
<p><b>Résumé :</b></p> <p>Les Maisons sport santé (MSS) constituent un dispositif original dans les politiques de prévention. Elles sont chargées d'informer, sensibiliser et conseiller le public sur les bienfaits de l'activité physique ou sportive, mais aussi d'orienter les personnes vers des professionnels qualifiés pouvant évaluer les capacités physiques et élaborer des programmes sport-santé personnalisés. Elles peuvent avoir aussi un rôle en matière d'innovation, d'expérimentation et de recherche. En 2020, 138 MSS ont déjà été labellisées en France, mais l'objectif est d'atteindre le nombre de 500 maisons sport santé sur le territoire national à l'horizon 2022. Ces MSS prennent des formes juridiques variées. L'Eurométropole de Strasbourg, dans la tradition des engagements de cette ville dans des politiques de prévention, a choisi de s'engager dans deux dispositifs originaux, le dispositif Sport, santé sur ordonnance, mais aussi de recourir à la forme d'un Groupement d'intérêt public (GIP) pour la Maison sport santé qu'elle met en place depuis 2018. La question principale de ce travail est la suivante : Quel sera l'impact de la mise en place d'un GIP-Maison sport santé sur le pilotage des politiques de prévention primaire nutrition du territoire ? En effet, la création du GIP-MSS, qui est un dispositif qui s'appuie sur une logique partenariale impliquant l'Eurométropole de Strasbourg aux côtés d'un certain nombre de partenaires, va modifier en retour le périmètre des actions de prévention dont la Ville était porteuse. Notre travail porte sur cette reconfiguration potentielle, propose des scénarios d'évolution possible, et esquisse un scénario qui apparaît comme le plus à même d'éviter certains écueils déjà repérés par les acteurs impliqués.</p> <p><i>Maisons Sport Santé (MSS) sport and health centres constitute an original measure in prevention policies. Their role includes informing, raising awareness and advising the public on the benefits of physical exercise and sport, putting people in contact with qualified professionals capable of evaluating their physical capacities, and devising personalised sport-health programmes. They can also play a role in innovation, experimentation and research. In 2020, 138 MSSs had been accredited in France, but the target is to establish 500 sport and health centres in the country by 2022. These MSSs come under a range of legal statuses. The Eurometropolis of Strasbourg, pursuing the city's traditional commitment to prevention policies, has set up two original measures: "Sport, santé sur ordonnance", by which GPs prescribe patients with sport and exercise, and the application of a public interest group (groupement d'intérêt public) status to MSSs, which have been in place since 2018. The main question tackled here is the following: What impact will setting up a GIP-MSS have on primary nutrition prevention policies in the metropolis? In fact, the creation of GIP-MSSs, based on a partnership principle involving the Eurometropolis of Strasbourg and various partners, will alter the scope of prevention actions led by the city. Our work centres on this possible new configuration, suggests potential development scenarios, and sketches out what appears to be the most suitable scenario to avoid some of the pitfalls already identified by stakeholders.</i></p>		
<p><b>Mots clés :</b> Maison sport santé – Groupement d'intérêt public – Politique publique – Prévention nutrition – Strasbourg</p>		
<p><i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique ainsi que L'IEP de Rennes n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p>		