



HAL
open science

Émergence, construction et diffusion du sport-santé : les Réseaux Sport-Santé Bien-Etre : d'une politique publique nationale aux ajustements locaux

Brice Favier-Ambrosini

► To cite this version:

Brice Favier-Ambrosini. Émergence, construction et diffusion du sport-santé : les Réseaux Sport-Santé Bien-Etre : d'une politique publique nationale aux ajustements locaux. Santé. Université Paris-Est, 2020. Français. NNT : 2020PESC2002 . tel-02936835v2

HAL Id: tel-02936835

<https://theses.hal.science/tel-02936835v2>

Submitted on 11 Sep 2020

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

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

Université Paris-Est
Ecole doctorale *Cultures et Sociétés*
Laboratoire *Analyse Comparée des Pouvoirs* (EA 3350)

Thèse pour l'obtention du doctorat en Sciences et Techniques des Activités
Physiques et Sportives

Brice FAVIER-AMBROSINI

<p>ÉMERGENCE, CONSTRUCTION ET DIFFUSION DU SPORT-SANTE : LES RESEAUX SPORT-SANTE BIEN-ÊTRE D'UNE POLITIQUE PUBLIQUE NATIONALE AUX AJUSTEMENTS LOCAUX</p>

Thèse dirigée par Cécile COLLINET

Soutenue le 9 juin 2020

Jury :

M. Bernard ANDRIEU, Professeur, Université de Paris. Examineur.

Mme. Cécile COLLINET, Professeure, Université Gustave Eiffel. Directrice.

Mme. Marina HONTA, Professeure, Université de Bordeaux. Examineur

M. Gilles VIEILLE-MARCHISET, Professeur, Université de Strasbourg. Rapporteur.

Mme. Claire PERRIN, Professeure, Université Claude Bernard Lyon I. Rapporteur.

Mr. Pierre OLAF-SCHUT, Professeur. Université Gustave Eiffel. Examineur.

Université Paris-Est
Ecole doctorale *Cultures et Sociétés*
Laboratoire *Analyse Comparée des Pouvoirs* (EA 3350)

Thèse pour l'obtention du doctorat en Sciences et Techniques des Activités
Physiques et Sportives

Brice FAVIER-AMBROSINI

**ÉMERGENCE, CONSTRUCTION ET DIFFUSION DU SPORT-SANTÉ : LES
RESEAUX SPORT-SANTÉ BIEN-ÊTRE
D'UNE POLITIQUE PUBLIQUE NATIONALE AUX AJUSTEMENTS LOCAUX**

Thèse dirigée par Cécile COLLINET

Soutenue le 9 juin 2020

Jury :

M. Bernard ANDRIEU, Professeur, Université de Paris. Examineur.

Mme. Cécile COLLINET, Professeure, Université Gustave Eiffel. Directrice.

Mme. Marina HONTA, Professeure, Université de Bordeaux. Examineur

M. Gilles VIEILLE-MARCHISET, Professeur, Université de Strasbourg. Rapporteur.

Mme. Claire PERRIN, Professeure, Université Claude Bernard Lyon I. Rapporteur.

Mr. Pierre OLAF-SCHUT, Professeur. Université Gustave Eiffel. Examineur.

RESUME

Titre : Émergence, construction et diffusion du sport-santé : les Réseaux Sport-Santé Bien-Être. D'une politique publique nationale aux ajustements locaux.

Résumé : Les textes des grandes instances internationales envisagent depuis une trentaine d'années, l'Activité Physique et Sportive (APS) comme un élément central de la prévention primaire, secondaire et tertiaire en santé publique. Au niveau national, depuis le début des années 2000, les politiques publiques de santé font la part belle à ce qu'il est désormais convenu d'appeler le « sport-santé ». Dans une perspective socio-historique des problèmes de santé publique, nous nous attachons à éclaircir l'émergence, la constitution et la diffusion du discours amenant à considérer l'APS comme facteur de santé pour le plus grand nombre. L'analyse de la trajectoire de cette cause montre que celle-ci subit un déconfinement depuis l'arène scientifique vers la sphère politico-médiatique à partir des années 1960 pour ensuite être couplée en tant que réponse à un ensemble de problèmes publics et enfin être mise à l'agenda politique. La période la plus contemporaine se caractérise par la mise en place d'un référentiel dans lequel l'Etat incite à une collaboration intersectorielle entre les divers acteurs se positionnant dans ce champ et notamment entre les mondes du Sport et de la Santé. Les Réseaux Sport-Santé Bien-Être (RSSBE) représentent un des dispositifs phares et une forme d'aboutissement de cette politique au niveau régional. Leur investigation met en évidence que les porteurs de ces structures vont progressivement proposer des formes de coordination dites « intégrées » en s'appuyant sur des instruments spécifiques. Pour autant cette volonté de collaboration entre acteurs issus d'univers sociaux pluriels débouche sur des dissonances avec les objectifs affichés, notamment en ce qui concerne les modèles normatifs d'éducation à la santé et de gouvernement des corps. Les professionnels impliqués tentent alors de s'ajuster, par divers moyens, à ces contraintes.

Mots clés : Sport – Santé – Activité physique – Politiques publiques – Coordination

ABSTRACT

Title : Emergence, production and awareness of Health-Sport: Sport-Health Well-being Networks. From public national policies to local adjustments.

Abstract : For the last 30 years, major international organizations have considered Physical and Sports Activity (PSA) as a central element of primary, secondary and tertiary prevention in public health. At the national level, since the early 2000s, public health policies have given an important place to what is now known as “health-sport”. Within a socio-historical perspective of public health problems, we seek to clarify emergence, production and awareness of the argument in favour of PSA as a health factor for most of the population. In analysing this cause’s trajectory, we notice that it undergoes a decontainment from the scientific to the political-media arena that started in the 1960s, before being used as an answer to a multitude of public woes, to finally be put on the political agenda. Nowadays, the frame of reference of the state is to encourage an intersectional collaboration between varying actors in this field, notably in the universes of sport and of health. The Sport-Health Well-being Networks is a key device and promising outcome of this mentality at the regional level. Their investigation highlights that the professionals of these structures will gradually propose so-called "integrated" forms of coordination, based on specific instruments. However, this desire for collaboration between actors from different social worlds leads to dissonance with the stated objectives, particularly with regards to the normative models of health education and the governance of bodies. The professionals involved try to adjust in various ways to these constraints.

Keywords: Sport – Health – Physical activity – Public policies – Coordination

REMERCIEMENTS

Mes profonds remerciements sont tout d'abord adressés à ma directrice de thèse, Cécile Collinet, pour ses encouragements, son soutien, ses relectures et remarques qui ont permis à ce travail d'aboutir malgré les contingences et l'éloignement géographique. Sa disponibilité, avec ou sans décalage horaire, fut très appréciée.

Je remercie également Bernard Andrieu, Marina Honta, Claire Perrin, Gilles Vieille-Marchiset et Pierre-Olaf Schut qui ont accepté d'être jurys de ce travail doctoral.

Mes remerciements sont aussi adressés aux différents acteurs sollicités pour cette recherche, que ce soit pour des entretiens ou l'envoi de documents.

Par ailleurs, je souhaite remercier les membres du GREHSS pour leurs remarques pertinentes lors des présentations collectives. Je suis particulièrement reconnaissant envers Jérémy Pierre pour son soutien dans les moments difficiles, ainsi que Matthieu Delalandre, avec qui l'écriture d'un article en commun a permis de stimuler ma réflexion et mon travail.

Je remercie également les personnes qui ont accepté de m'aider à réaliser les révisions orthographiques : Christine Archambaud, Régis Coursin, Maité Loschetter, Sabien Prissette et Maxim David.

D'autre part, mes remerciements vont également à Matthieu Quidu et Jérôme Visioli qui m'ont donné le goût pour la réflexion et ont grandement contribué à mon éducation intellectuelle.

En outre, mes gratitudes vont à mes amis, qu'ils soient en France, au Québec ou dans d'autres parties du monde.

Je tiens à remercier également ma famille et notamment mes parents qui m'ont toujours soutenu, encouragé et accompagné. Je leur dois beaucoup.

Enfin, je remercie profondément Alix qui m'a accompagné tout au long de ce processus en me soutenant systématiquement et sans relâche.

TABLE DES MATIERES

Résumé	5
Abstract	6
Remerciements	7
Table des matières	9
Table des annexes	13
Table des figures	15
Liste des acronymes	17
Introduction	21
Chapitre 1 : Etat de l'art	27
1. Etat de l'art	29
1.1. Les études socio-historiques.....	29
1.1. Les études éclairant les politiques publiques du sport-santé.....	33
1.2. Les études portant sur des dispositifs spécifiques.....	43
1.3. Les études s'intéressant aux destinataires des dispositifs.....	57
1.4. Les études sur la définition des territoires professionnels du sport-santé.....	63
2. Bilan de l'état de l'art et définition de l'objet de recherche.....	69
Chapitre 2 : Ancrages théoriques	73
1. Etudier la trajectoire socio-historique du dossier du sport-santé.....	74
2. Etudier des dispositifs collaboratifs	77
2.1. La sociologie des réseaux de santé : identifier des formes de coordination et les conditions de leur genèse	77
2.2. La sociologie de la traduction pour éclairer les processus de coordination dans les dispositifs sport-santé.....	80
2.3. La sociologie de l'action publique	83
3. Problématique.....	97
Première partie : la trajectoire socio-historique du sport-santé	99
Introduction de la première partie	101
Méthodologie :	103
1. Les sources écrites.....	104

2. Les sources orales.....	112
Chapitre 3 : La mise à l'agenda politique progressive du sport-santé	115
1. Déconfinement et premières mises à l'agenda politique (1960 – 1990)	116
1.1. La question de l'APS dans un but de santé subit une publicisation importante à partir des années 1960.....	116
1.2. L'ouverture d'une fenêtre d'opportunité pour la promotion de l'APS comme facteur de santé au travers de la prise en charge des maladies cardio-vasculaires (MCV).....	119
1.3. Publicisation du lien APS-santé au travers de campagnes de prévention et première mise en politique (1980-1990) :	129
2. Renforcement de la mise à l'agenda et définition d'un référentiel sectoriel contemporain	132
2.1. Mise à l'agenda politique (1990-2017)	132
2.2. Un dispositif représentatif des politiques du sport-santé : les RSSBE.....	172
Conclusion de la première partie	179
Deuxième partie : l'étude des RSSBE	183
Introduction de la deuxième partie	185
Methodologie.....	187
1. Les RSSBE étudiés.....	187
2. Les entretiens	189
3. Les documents écrits.....	192
Chapitre 4 : La coordination interprofessionnelle au sein des RSSBE.....	195
1. Introduction	196
2. Modes de coordination.....	197
2.1. D'une forme de « coordination minimaliste »	197
2.2. ... À des modèles plus intégrés.....	206
3. Relier des mondes hétérogènes : la figure de l'entrepreneur frontière	215
3.1. Des mondes qui sont relativement étrangers les uns aux autres.....	216
3.2. La figure d'entrepreneur-frontière	217
3.3. Un entrepreneur-frontière qui crée des Points de Passage Obligés	229
4. D'inévitables tensions : perdre prise sur son dispositif.....	237
5. Conclusion partielle.....	246
Chapitre 5 : Gouverner les corps dans les RSSBE. La recherche d'une forme de normativité	249
1. Le refus d'imposer des normes chiffrées externes à l'individu	251
2. Des parcours adaptés à des individus singuliers.....	253
2.1. Le sujet comme être singulier.....	253

2.2.	L'importance de donner du sens à la pratique.....	257
2.3.	Travailler « avec » la personne et non « sur » la personne	264
2.4.	La formation en Education Thérapeutique du Patient	269
3.	Conclusion partielle.....	277
Chapitre 6 : Gouverner les corps dans les RSSBE. Du retour de la normalisation		279
1.	L'importance non négligeable de données chiffrées dans les carnets de suivi	280
2.	Données chiffrées et normalisation de « l'amélioration de soi par soi ».....	287
2.1.	Evaluation et diagnostic de soi.....	287
2.2.	L'amélioration objective de soi par soi.....	291
2.3.	Surveillance des corps à distance	298
2.4.	Capacitation, responsabilisation et autonomie.....	305
3.	Les contingences professionnelles.....	308
3.1.	Une nécessité de coordination interprofessionnelle	309
3.2.	Légitimer sa position pour participer au dispositif de coordination	315
3.3.	Les données chiffrées pour évaluer et communiquer	318
4.	Conclusion partielle.....	328
Chapitre 7 : Etre aux prises avec son dispositif : objets-frontières et ajustement.....		331
1.	Les carnets de suivi, des objets-frontières au carrefour des modèles normatifs	332
2.	Des processus d'ajustement.....	341
3.	Retour sur l'opposition « données quantitatives » contre « données qualitatives ».....	353
4.	Conclusion partielle.....	354
Conclusion de la deuxième partie		357
Conclusion générale		363
1.	Synthèse des résultats.....	364
2.	Perspectives de recherche	368
Bibliographie.....		379
Annexes		413

TABLE DES ANNEXES

Annexe I : corpus « occasionnel-provoqué » d'études scientifiques traitant de relation APS-santé citées dans le texte.....	415
Annexe II : corpus systématique des articles issus de la revue <i>La santé de l'Homme</i>	419
Annexe III : corpus systématique des articles de la presse nationale	439
Annexe IV : corpus des textes visant à investiguer la sphère politique cités dans le texte...	457
Annexe V : les journées d'études et congrès	467
Annexe VI : liste des entretiens.....	469
Annexe VII : corpus de documents relatifs aux RSSBE cités dans le texte	473

TABLE DES FIGURES

Figure 1 : Modalités d'intervention en activité physique et leurs différentes finalités (d'après Perrin, 2019 : 85).....	68
Figure 2 : Diverses résistances aux instruments (d'après Le Bourhis et Lascoumes, 2014 : emplacement 10595)	90
Figure 3 : Nombre d'articles évoquant l'APS comme facteur de santé dans la revue <i>La Santé de l'Homme</i> , 1960 – 2000.....	118
Figure 4 : Nombre d'articles traitant spécifiquement de l'APS comme facteur de santé dans la revue <i>La Santé de l'Homme</i> , 1960-2000	118
Figure 5 : Nombre d'articles de la revue <i>La Santé de l'Homme</i> traitant spécifiquement des relations APS - MCV et APS – Obésité.....	136
Figure 6 : Extrait de la page n°4 du numéro 46 de la revue <i>KinéPointPresse</i>	169
Figure 7 : Extrait d'un des documents de promotion du RSSBE de Champagne-Ardenne (RSSBE Champagne-Ardenne, Parcours Sport-Santé, p. 1).....	208
Figure 8 : Page n°4 du carnet de suivi du dispositif <i>Prescrimouv' – Bouger sur ordonnance</i>	209
Figure 9 : Page n°6 du PASS' sport-santé bien-être du RSSBE de Champagne-Ardenne....	214
Figure 10 : Page n°7 du PASS' Bien-Etre du RSSBE de Champagne-Ardenne	266
Figure 11 : Page n°6 du carnet de suivi du dispositif <i>Prescrimouv' - Bouger sur ordonnance</i>	293
Figure 12 : Page n°7 du carnet de suivi du dispositif <i>Prescrimouv' – Bouger sur ordonnance</i>	294
Figure 13 : Page n°13 du carnet de suivi du RSSBE de Franche-Comté.....	295
Figure 14 : Haut de la page n°10 du carnet de suivi du RSSBE de Franche-Comté	299
Figure 15 : Page n°11 du carnet de suivi du RSSBE de Franche-Comté.....	300
Figure 16 : Page n°15 du carnet de suivi du dispositif <i>Prescrimouv' – Bouger sur ordonnance</i>	301
Figure 17 : Tableau récapitulatif des évolutions des résultats des personnes aux différents tests du BMS du RSSBE de Champagne-Ardenne (d'après Bricky, 2016 : 6).....	320
Figure 18 : Graphique récapitulatif des évolutions des résultats des personnes aux différents tests du BMS du RSSBE de Champagne-Ardenne (d'après Bricky, 2016 : 6).....	321

Figure 19 : Etude des résultats des bénéficiaires aux différents tests organisés dans le cadre des bilans d'AP menés au sein du dispositif <i>Prescrimouv'</i> - <i>Bouger sur ordonnance</i> (d'après Dupuy, Lissajoux, Maudet, 2017 : 3).....	325
Figure 20 : Pages n°8 et 9 du carnet de suivi du dispositif <i>Prescrimouv'</i> – <i>Bouger sur ordonnance</i>	334
Figure 21 : Pages n°12 et 13 du carnet de suivi du dispositif <i>Prescrimouv'</i> – <i>Bouger sur ordonnance</i>	335
Figure 22 : Page n°5 du livret de l'EMS du RSSBE de Champagne-Ardenne	349
Figure 23 : Page n°6 du livret de l'EMS du RSSBE de Champagne-Ardenne	350

LISTE DES ACRONYMES

AAP : Appel à Projet.

ADALIS : Addiction, Drogue, Alcool Info Service.

AFAPA : Association Francophone en Activités Physiques Adaptées.

AFD : Association Française des Diabétiques.

AFSSAPS : Agence Française de Sécurité SANitaire des Produits de Santé.

ALD : Affection de Longue Durée.

ANCREDE : Association Nationale de Coordination des Réseaux Diabète.

ANESTAPS : l'Association Nationale des Etudiants en Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives.

ANRT : Atelier National de Reproduction des Thèses.

AP : Activité Physique.

APA : Activité Physique Adaptée.

APEK : Association de Presse et d'Édition en Kinésithérapie.

APS : Activités Physiques et Sportives.

ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation.

ARS : Agence Régionale de Santé.

ASAVED : Association des Structures d'Aide à la Vie et à l'Éducation des Diabétiques.

BMS : Bilan Médico-Sportif.

C3D : Conférence des Directeurs et Doyens de structures STAPS.

CCAS : Centres Communaux d'Action Sociale

CFESS : Comité Français d'Éducation Sanitaire et Sociale.

CLIC : Centres Locaux d'Information et de Coordination

CLS : Contrat Local de Santé.

CNDS : Centre National pour le Développement du Sport.

CNESDS : Centre National d'Éducation Sanitaire Démographique et Sociale.

CNOMK : Conseil National de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes.

CNOSF : Comité National Olympique et Sportif.

CREPS : Centres de Ressources, d'Expertise et de Performance Sportives.

CRES : Conseil Régional d'Éducation pour la Santé.

DD-ARS : Direction Départementale de l'Agence Régionale de Santé

DRJSCS : Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale.

EMS : Éducateur Médico-Sportif.

EPODE : Ensemble, Prévenons l'Obésité Des Enfants.

EPRUS : Etablissement de Préparation et de Réponse aux Urgences Sanitaires.

EPS : Education Physique et Sportive.

ETP : Education Thérapeutique du Patient.

FFB : Fédération Française de Basketball

FFC : Fédération Française de Cardiologie.

FFEPGV : Fédération Française d'Education Physique et de Gymnastique Volontaire.

FFRandonnée : Fédération Française de Randonnée.

FNC : Fondation Nationale de Cardiologie.

HAS : Haute Autorité Sanitaire.

IAP : Instrument de l'Action Publique.

ICAPS : Intervention auprès des Collégiens centrée sur l'Activité Physique et la Sédentarité.

IMC : Indice de Masse Corporelle.

INCa : Institut National du *Cancer*.

INPES : l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé.

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale.

InVS : Institut de Veille Sanitaire.

LFEP : Ligue Française d'Éducation Physique.

MAIA : Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer.

MK : Masseurs Kinésithérapeutes.

MNT : Maladies Non Transmissibles.

OMS : Organisation mondiale de la Santé.

ONAPS : Observatoire National de l'Activité Physique et de la Sédentarité.

PNAPS : Plan National de prévention par l'Activité Physique et Sportive.

PNBV : Plan National Bien Vieillir.

PNNS : Programme National Nutrition Santé.

PPO : Point de Passage Obligé.

PRECCOSS : Prise en charge coordonnée des enfants obèses et en surpoids de Strasbourg.

PRNSSBE : Pôle Ressources National Sport, Santé, Bien-Etre.

PRSSBE : Plan Régional Sport Santé Bien-Etre.

PSSBE : Plan Sport Santé Bien-Etre.

RSSBE : Réseaux Sport-Santé Bien-Etre.

SCHS : Service Communal d'Hygiène et Santé.

SFMES : Société Française de Médecine de l'Exercice et du Sport.

SFP-APA : Société Française des Professionnels en Activités Physiques Adaptées.

SFSP : Société Française de Santé Publique.

SFSS : Société Française Sport-Santé.

SMPMS : Société Midi Pyrénéenne de Médecine du Sport.

SNMKR : Syndicat National des Masseurs Kinésithérapeutes Rééducateurs.

SNSS : Stratégie Nationale Sport-Santé.

SSSO : Sport-Santé Sur Ordonnance.

STAPS : Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives.

SUDOC : Système Universitaire de DOCUMENTATION.

UFR STAPS : Unité de Formation et de Recherche en Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives.

URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie.

URPS : Union Régionale des Professionnel de Santé.

URPS-ML : Union Régionale des Professionnel de Santé des Médecins Libéraux.

INTRODUCTION

Introduction

La formule « sport-santé » prend actuellement une place considérable dans les discours politiques, scientifiques et médiatiques. Sur le plan politique, on retrouve en effet cette expression à l'agenda contemporain. Ainsi, un Plan Sport Santé Bien-Etre (PSSBE), décliné au niveau régional¹, a été mis en place dès 2012 tandis qu'une Stratégie Nationale Sport-Santé 2019-2024 (SNSS 2019-2024) cadre actuellement la question de « l'amélioration de l'état de santé de la population en favorisant l'activité physique et sportive de chacun au quotidien avec ou sans pathologie, à tous les moments de la vie » (SNSS, 2019 : 1). De plus, un nombre important de dispositifs se revendiquant de l'expression « sport-santé » sont mis en place aux échelles nationales, régionales et locales. Nous pouvons citer par exemple les dispositifs Sport Santé Sur Ordonnance (SSSO) implantés dans plusieurs localités², les Réseaux Sport-Santé Bien-Etre (RSSBE) qui ont pris une importance forte à l'échelle régionale³ ou encore les nombreux dispositifs « sport-santé » élaborés par les fédérations sportives⁴.

Cette mise à l'agenda politique de la question du sport-santé s'inscrit comme une réponse aux problèmes de santé publique (Gilbert, Henry et Bourdeaux 2009) désormais identifiés que représentent la sédentarité et l'inactivité physique ainsi que de l'ensemble des pathologies qui y sont liées (INSERM, 2008). L'inactivité physique est en effet qualifiée de « pandémie » (Vuillemin, 2014 : 57) et la sédentarité est présentée comme la première cause de mortalité évitable dans le monde par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS, 2006, 2010) qui a notamment lancé en 2018, un plan d'action mondial pour l'Activité Physique (AP) et la santé où il est indiqué que « l'AP est un facteur de protection bien établi pour la prévention les maladies non transmissibles (MNT) telles que les cardiopathies, les accidents vasculaires cérébraux, le diabète, le cancer du sein et du côlon » (OMS, 2018 : 12). C'est en effet dans un contexte de prévention et de promotion de la santé que l'attention est portée sur

¹ Des Plans Régionaux Sport Santé Bien-Etre (PRSSBE) sont ainsi mis en place dès 2012, pilotés conjointement par les Agences Régionales de Santé (ARS) et les Directions Régionales de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale (DRJSCS).

² Citons par exemple les dispositifs SSSO mis en place à Strasbourg dont une description est disponible à l'URL suivante : <https://www.strasbourg.eu/sport-sante-sur-ordonnance-strasbourg> ; ou l'association Biarritz Côte Basque Sport-Santé (<https://www.cotebasquesportsante.fr/>) qui s'inscrivent dans cette thématique.

³ Citons par exemple les RSSBE de Bourgogne-Franche-Comté dont une description est disponible à l'URL suivante : <http://rssfc.jeunes-fc.com>.

⁴ Citons par exemple les dispositifs « coaches athlé-santé » de la Fédération Française d'Athlétisme (FFA) dont une description est réalisée à l'URL suivante : <https://www.athle.fr/asp.net/main.html/html.aspx?htmlid=2806>.

les déterminants de santé parmi lesquels l'Activité Physique et Sportive (APS) prend une place de plus en plus importante (Le Bihan et Collinet, 2016). De plus, au-delà de la prévention primaire, l'APS est désormais reconnue comme thérapeutique non médicamenteuse par la Haute Autorité Sanitaire (HAS, 2011) pour les patients atteints d'affections de longue durée (ALD) afin de favoriser l'allongement et la qualité de vie, reconnaissance qui est à l'heure actuelle inscrite dans la loi (République Française, 2016a).

S'inscrivant dans des politiques diverses, tel que celles du sport (Morales, sous presse), de la santé (Viaud, 2009), ou de l'éducation (Combaz et Hoibian, 2015), l'action publique contemporaine travaille à mettre en place des politiques intersectorielles dans le but d'éviter l'éclatement et la fragmentation des dispositifs ainsi que de réduire les « inégalités sociales et territoriales de santé » (Illivi, 2018 : 9). En ce sens, au niveau européen, le bureau de l'OMS pour l'Europe a lancé sa stratégie sur l'activité physique 2016-2025. Comme le souligne la SNSS (2019-2024 : 4), qui elle-même va dans ce sens, « l'Union Européenne a défini les cadres d'intervention pour les politiques publiques en matière de promotion de l'Activité Physique (AP) en insistant sur le fait que les Etats doivent s'efforcer de promouvoir des politiques efficaces en matière d'AP pour la santé en élaborant une approche transversale englobant les politiques du sport, de la santé, de l'éducation, de l'environnement et des transports ». L'OMS, dès 2010, encourageait également « la collaboration intersectorielle » (OMS, 2010 : 11). Au niveau national, cette volonté politique a notamment été portée par le Programme National Nutrition Santé (PNNS) puis de manière renforcée par les Plans Régionaux Sport Santé Bien-Etre (PRSSBE) dont l'instruction interministérielle du 24 décembre 2012 qui les institue (République Française, 2012) faisait explicitement référence à la mise en œuvre d'une politique intersectorielle des services déconcentrés de l'Etat (en particulier des ARS et DRJSCS). Le cadrage du sport-santé selon cette perspective s'explique alors par une volonté de lutter contre les inégalités de santé dans la mesure où les travaux scientifiques montrent à la fois l'importance de la pratique d'une APS pour la santé (Inserm, 2008., Inserm, 2019) et soulignent dans le même temps qu'elle est socialement marquée (Inserm, 2014 ; Vieille-Marchiset et Gasparini, 2010 ; Lefèvre et Thiery, 2010). Dès lors, l'ambition d'une politique intersectorielle telle qu'elle est pensée dans le PSSBE vise à lutter contre le constat selon lequel « de nombreuses populations restent encore éloignées de toute pratique, ce qui concourt à renforcer les inégalités en matière de santé » (République Française, 2012 : 3). L'idée est d'envisager une action publique coordonnée mobilisant l'ensemble des acteurs concernés par le sport-santé afin que l'APS soit intégrée dans la vie quotidienne des populations, y compris celles qui en sont les plus éloignées.

Cette démarche de collaboration intersectorielle a été mise en place, dès le milieu des années 2000 dans les dispositifs innovants que sont les RSSBE qui avaient pour ambition de faire collaborer tout un ensemble de professionnels issus des mondes du sport, de la santé et du secteur médico-social. Le PSSBE en encourageant les régions à « développer les dispositifs de collaboration des acteurs régionaux et notamment, les “réseaux régionaux sport-santé” afin de garantir la mobilisation de tous les acteurs » (République Française, 2012 : 3) tout comme l’instruction interministérielle portant guide sur les conditions de dispensation de l’activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d’une ALD (République Française, 2017), ont fait en sorte que de nombreux RSSBE se sont développés sur le territoire. Ainsi, c’est à l’étude des processus de coordination entre les acteurs impliqués dans les RSSBE ainsi qu’à leurs effets sur les pratiques des professionnels que cette étude est dédiée.

Une première difficulté de ce champ d’étude consiste à définir la notion de « sport-santé ». Si celle-ci peut être définie globalement comme l’utilisation des Activités Physiques et Sportives (APS) dans un but de santé, elle revêt dans les politiques publiques contemporaines et les discours médiatiques notamment, un caractère flou que de nombreux acteurs rencontrés dans ce dossier soulignent, tout comme les sociologues étudiant la question. Dans son étude concernant l’opérationnalisation territoriale du PSSBE, Illivi (2018) note par exemple que les Instruments de l’Action Publique (IAP) qui y sont déployés ont notamment pour fonction de travailler à cadrer ce que revêt cette notion polysémique. Pour autant, force est de constater qu’en fonction des acteurs mobilisant cette catégorie du discours politico-médiatique, sa définition est reconfigurée et mobilisée différemment comme nous le verrons par la suite. En ce sens, nous privilégierons une acceptation large et générique du terme afin d’englober les multiples conceptions de l’APS comme outil de santé et des enjeux qui s’y jouent sans omettre qu’elle revêt des réalités différentes en fonction des acteurs et des périodes historiques (Andrieu, 2016).

De façon globale, nous consacrerons un premier chapitre à faire un état des lieux de la littérature sociologique sur la question du sport-santé, ce qui nous permettra de positionner notre travail dans l’ensemble de ce corpus, de préciser notre objet de recherche et d’en poser les premiers questionnements. Un deuxième chapitre aura pour ambition de cadrer théoriquement nos questionnements et de présenter notre outillage théorique afin de problématiser notre objet de recherche. Nous présenterons par la suite nos résultats en deux

temps. Une première partie composée d'un chapitre sera dédiée à mettre en évidence, dans une perspective socio-historique, la mise à l'agenda politique progressive de la thématique du sport-santé. Cette partie aura l'ambition d'une mise en perspective globale préalable à la compréhension des enjeux présents dans les processus de coordination des RSSBE. Une deuxième partie sera alors consacrée à l'étude de ces derniers.

CHAPITRE 1 : ETAT DE L'ART

Chapitre 1 : Etat de l'art

Plusieurs travaux sociologiques et socio-historiques ont déjà investigué le dossier de ce qu'il est maintenant convenu de nommer le « sport-santé ». Cette littérature s'avère en effet particulièrement prolixe dans la période contemporaine comme en témoignent les nombreux articles, colloques ou journées d'études consacrés à ce sujet⁵ ces dernières années. Notre objectif ici, est de faire un état des lieux global de la littérature sur ce sujet, ce qui nous permettra par la suite de positionner nos travaux dans l'ensemble de ce corpus et de poser les questionnements initiaux de notre recherche. Précisons que pour le rapport récent, présentant les travaux du groupe d'experts réunis par l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) dans le cadre de la procédure d'expertise collective répondant à la demande du Ministère chargé des sports concernant la prévention et le traitement des maladies chroniques par l'activité physique (INSERM, 2019), Perrin (2019) a fourni une revue de littérature fournie autour des travaux sociologiques sur la question de l'APS comme outil de santé publique, en particulier en ce qui concerne le cas de la prise en charge des maladies chroniques. Cette revue, importante pour la reconnaissance de la sociologie dans l'univers des travaux universitaires sur le sport-santé au niveau national, nous a aidé à positionner l'ensemble des études sur le sujet les unes par rapport aux autres.

Pour clarifier cet état des lieux, nous commencerons par exposer les travaux qui ont permis d'éclairer l'évolution socio-historique du dossier du sport-santé. Dans un deuxième temps, nous présenterons les analyses qui ont étudié, selon des approches sociologiques variées, les politiques publiques françaises visant la mise en mouvement des personnes par les APS à des fins sanitaires. Puis nous détaillerons les études portant sur l'APS comme outil de santé dans des dispositifs particuliers. Quatrièmement, nous travaillerons à rendre compte des travaux s'intéressant aux destinataires des dispositifs. Enfin, nous nous intéresserons aux analyses sociologiques éclairant les enjeux de définition des territoires professionnels relatifs au sport-santé.

⁵ Citons entre autres le colloque « Monde du sport, monde de la santé : quelles relations, quels croisements ? » organisé à Paris les 16 et 17 décembre 2017 et qui avait notamment pour ambition de travailler à comprendre les « dimensions politiques des rapprochements sport-santé » (Joncheray et Le Hénaff, 2017 : 3) ou encore le cycle de conférence durant la « Body week 2018, S'activer ? Du sport-santé au sport inclusif » organisé à l'Université Paris Descartes du 25 au 29 Juin 2018. Les récents numéros thématiques des revues Santé Publique (Le Bihan et Collinet, 2016), Gérontologie et société (Collinet et Tulle, 2018) ou encore SociologieS (Vieille-Marchiset, Perrin, Dumas, 2020, à paraître) et Corps (Favier-Ambrosini, Andrieu, Collinet, sous presse) en préparation sont également consacrés à cette thématique.

1. Etat de l'art

1.1. Les études socio-historiques

Les travaux de Radel (2012) et de Radel et Morales (2013) dans une perspective socio-historique, s'intéressent, selon la démarche théorique relative à la culture des problèmes publics (Gusfield, 2009), aux campagnes de lutte contre la sédentarité initiée à partir des années 1960 par les organismes que sont notamment le Comité Français d'Education à la Santé (CFES) et l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES)⁶. Ces travaux ont permis de mettre en évidence les grandes tendances de l'évolution de la promotion de l'APS dans un but de santé par les pouvoirs publics. En ce sens, les auteurs montrent que ces campagnes débouchent sur des recommandations de plus en plus précises au cours du temps afin de favoriser « un engagement plus volontaire, plus autonome et potentiellement plus facile à concrétiser » (Radel et Morales ; 2013 : 228). L'analyse montre également que les messages vont s'orienter vers « une routinisation » de l'APS par des recommandations diversifiées tant du point de vue des pratiques que des motivations, grâce à l'apport des approches sociologiques et psychologiques qui mettent en évidence « que les occasions d'exercices sont nombreuses dans la vie quotidienne et que l'entretien corporel ne doit pas s'inscrire uniquement dans un temps de loisirs spécifiques » (Radel et Morales, 2013 : 229). Les auteurs mettent en évidence que ces préconisations vont tendre, au cours du temps, à davantage prendre en compte l'individu dans son milieu, selon une perspective holistique de l'être humain. Est également soutenue l'idée que l'on passe d'une stratégie visant essentiellement l'information auprès des populations à adopter une vie plus saine à une « stratégie d'action éducative en situation, cherchant à faire de chacun un individu responsable de sa propre vie physique » (Radel et Morales, 2013 : 218). Dit autrement, les

⁶ Créé par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé par l'article Art. L. 1417-4., (République Française, 2002) l'INPES est constitué à partir de la transformation du CFES, auquel il se substitue. L'INPES est un établissement public de l'État, sous tutelle du ministre chargé de la Santé, ayant pour missions : « De mettre en œuvre, pour le compte de l'État et de ses établissements publics, certains programmes de santé publique ; d'exercer une fonction d'expertise et de conseil en matière de prévention et de promotion de la santé ; d'assurer le développement de l'éducation pour la santé, y compris de l'éducation thérapeutique, sur l'ensemble du territoire, en tant que mission de service public répondant à des normes quantitatives et qualitatives fixées par décret ; de participer, à la demande du ministre de la Santé, à la gestion des situations d'urgence ou d'exception ayant des conséquences sanitaires collectives, notamment en participant à la diffusion de messages sanitaires en situation d'urgence » (République Française, 2002).

campagnes de santé publique vont de plus en plus chercher à impliquer les personnes dans la gestion de leur comportement pour leur santé.

Les différents travaux de Collinet et Delalandre (2014, 2015, 2017) et de Collinet, Schut, Pierre et Caluzio (2014) ont également permis de mettre en lumière la manière dont la question de l'AP comme outil de prévention du vieillissement a été mise à l'agenda public. Les auteurs identifient notamment les « conditions d'émergence et de diffusion des APS au service du vieillissement actif » en montrant que celles-ci s'ancrent autour de l'identification du phénomène « d'allongement de la durée de vie et ses conséquences, notamment pensées en termes de dépendance » (Collinet *et al.*, 2014 : paragr. 10) ; de la bascule des politiques sanitaires en France dans les années 1970 passant d'une configuration principalement curative à des mesures préventives ainsi que de l'émergence de savoirs faisant le lien entre la pratique d'APS dans le maintien et le développement de la santé dans les années 1960. Les auteurs montrent que l'ensemble de ces conditions a permis de créer une conjoncture favorable pour la mise en place du Plan National Bien Vieillir (PNBV) en 2003, « premier dispositif français en matière de politique de prévention orientée vers les seniors plaçant les APS au cœur de l'action publique » (Collinet *et al.*, 2014 : paragr. 18). Les analyses montrent notamment comment la mise en politique de cette question s'appuie sur la constitution de « prises sur le futur » (Chateauraynaud, 2013) dans lesquelles sont anticipés les potentiels effets néfastes du vieillissement de la population à partir des années 1970.

Toujours dans le champ de la prévention, d'autres études ont également eu pour objectif de retracer la mise en politique de cette question. En ce sens, Moulaert (2018) étudie l'évolution socio-historique de la position de l'OMS dans ce secteur en s'intéressant au « vieillissement en bonne santé » défini en référentiel d'action publique et à la place de l'AP dans celui-ci. L'auteur précise, en référence à Muller (2010), que les orientations données par l'OMS agissent comme « des foyers originaux inspirant les représentations ou les référentiels d'action publique nationaux » (Moulaert, 2018 : 20). L'analyse montre comment l'OMS a transformé de 1996 à 2015 sa manière de relier, dans sa promotion d'une politique de santé publique du vieillissement, le triptyque « activité (physique mais pas seulement), individu biologique et individu social » (Moulaert, 2018 : 21). Ainsi le « vieillissement en bonne santé » s'inscrit dans une logique dans laquelle l'OMS « promeut une extension du sanitaire des domaines du vivant en matière de vieillissement en s'appuyant sur la notion large d'environnement, sans pour autant abandonner celle d'activité » (Moulaert, 2018 : 19). L'injonction à la pratique physique au moyen de la prise en charge de soi par une modification de son style de vie n'est progressivement plus le seul levier d'intervention de

l'OMS, celle-ci se couple à une volonté de faire jouer un ensemble de facteurs sociaux et environnementaux en direction de la santé. Ainsi, l'AP, « si elle n'est pas effacée, devient un facteur de potentialité parmi d'autres, afin de permettre aux personnes âgées d'être et de réaliser ce qu'elles ont des raisons de valoriser » (Moulaert, 2018 : 19).

Ces études ont permis d'éclairer la mise à l'agenda politique de l'activité physique comme outil de santé publique dans une perspective socio-historique. D'autres travaux, que nous détaillerons plus loin, ont étudié plus spécifiquement les différentes politiques publiques mises en place dans la période moderne tels que les plans et programmes nationaux comme le PNNS ou le PSSBE.

Par ailleurs, d'autres études ont porté sur la socio-histoire de la prise en charge des patients atteints de maladie chronique et mettent en évidence l'importance d'acteurs et de dispositifs pionniers.

Ainsi, les études complémentaires de Radel (2012) et de Favier-Ambrosini (2016) ont montré le rôle important des médecins-cardiologues concernant la trajectoire de la question de l'APS comme outil de santé publique dans le processus de déconfinement de la proposition depuis la sphère scientifique vers l'arène politico-médiatique au cours des années 1960-1980. Dans ce cadre, ces travaux notent que certains cardiologues pionniers, membres de la Fédération Française de Cardiologie (FFC) vont mettre en place les principes d'une mise à l'activité physique modérée des patients atteints de maladies cardio-vasculaires (MCV) et vont généraliser un certain nombre de conseils en lien avec la pratique physique et la santé, à l'ensemble de la population.

Les travaux de Terret et Perrin (2007) et Perrin (2008) montrent quant à eux que c'est à partir des années 1990 qu'émerge, dans le cadre de la prise en charge des patients atteints de diabète, une intervention dite « éducative » en Activité Physique Adaptée (APA⁷) par la mise à l'AP des patients selon un modèle qui s'éloigne d'une perspective médicale. En effet, pour

⁷Les différents travaux de Perrin (2008, 2016, 2019), ou de Chantelat et Perrin (2009) permettent de recontextualiser le développement de l'APA. Ces travaux précisent que celle-ci s'est développée en France dans les années 1980 dans le champ universitaire des Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS) qui forme notamment des enseignants en APA de niveau licence ou master. De manière synthétique, cette approche, que nous détaillerons plus loin dans cet état de l'art, vise à développer la capacité des individus et à accompagner la mise en œuvre d'un projet significatif d'AP pour eux et réalisable. L'ambition est de s'inscrire dans une conception éducative et humaniste qui prend en compte la personne dans sa globalité en mettant en place une intervention pédagogique la plus adaptée à la personne (Vieille-Marchiset, 2019). Perrin (2016 : 144) souligne ainsi que cette approche « s'est progressivement inscrite dans l'espace des professions, d'abord dans les secteurs du social et médico-social, puis dans le secteur sanitaire, position qu'elle a affirmée en 2007 par l'élargissement de son sigle : APA-Santé (APA-S). »

la globalité des médecins, l'activité est jugée trop risquée pour les patients diabétiques jusque dans les années 1960. Sont alors privilégiées des thérapeutiques médicamenteuses. Terret et Perrin (2007) montrent que les jeunes diabétiques, à partir des années 1960 vont être demandeurs d'activités sportives comme l'ensemble de la jeunesse à cette période. Ainsi l'analyse historique des chercheurs montre qu'à la fin des années 1970, « les interrogations sur le sportif diabétique conduisent à repousser les limites au sein desquelles les diabétiques étaient confinés et à ébranler le principe de précaution qui prévalait » (Terret et Perrin, 2007 : 9). Au cours des années 1980 et 1990, les auteurs notent que la logique préventive de l'exercice va également s'inscrire dans un travail de responsabilisation du patient au sein de réseaux diabète qui vont mettre en place un modèle d'éducation thérapeutique selon une approche pluridisciplinaire afin que le patient puisse en comprendre « le sens et s'imposer à lui-même un nouveau style de vie plus actif » (Terret et Perrin, 2007 : 11). Les auteurs montrent alors que sont lancés des stages « sport et diabète » pour les jeunes diabétiques de type 1, sous l'impulsion de diabétologues qualifiés « d'innovateurs » par les chercheurs, et que l'APS comme instrument important de l'éducation du patient sera élargie à la prise en charge du diabète de type 2 dans le programme expérimental de l'Association des Structures d'Aide à la Vie et à l'Education des Diabétiques (ASAVED) en 1998. L'APS est, dans ce cadre, pensée comme un « prototype écologique » (Perrin, 2019 : 63) au sens où elle « regroupe les problèmes pouvant être rencontrés par les diabétiques au cours de leur vie » (Perrin, 2019 : 63) et en ce sens, utilisée comme un outil d'éducation pour apprendre à connaître et à gérer sa maladie. Par la suite, Perrin (2019 :65) souligne que « la diffusion des dispositifs innovants d'intervention en APA en lien avec l'éducation thérapeutique a été portée par le dispositif de coordination des réseaux diabète, l'Association Nationale de Coordination des Réseaux Diabète (ANCREDE) ». L'auteure explique que l'intervention en APA, étroitement liée à l'Education Thérapeutique du Patient (ETP) va ainsi chercher à prendre en charge des personnes éloignées de l'APS atteints de pathologies chroniques dès les soins de premiers recours afin de les orienter vers une phase éducative en APA selon une perspective de co-construction d'un projet d'AP autonome et régulière qui prend du sens pour l'individu et qui s'inscrira comme un préalable à la participation dans les associations sportives (Perrin, 2008). Perrin (2019 : 66) souligne que « c'est donc une approche novatrice dans un cadre interprofessionnel » qui va se diffuser dans les réseaux diabète ainsi que dans les réseaux de santé et précise que cette approche va différer d'un modèle médical en valorisant une intervention éducative profondément liée à la philosophie de l'ETP au sein

d'une équipe de soins dans laquelle « l'enseignant en APA mobilise ses compétences pour développer les ressources [...] biopsychosociales du patient » (Perrin, 2019 : 66).

Ces travaux socio-historiques, présentés sommairement ici mais sur lesquels nous reviendrons lors de notre première partie, nous paraissent ainsi très à propos afin de comprendre l'évolution globale de la thématique du sport-santé pris dans son sens le plus large, que ce soit en prévention primaire, secondaire ou tertiaire.

1.1. Les études éclairant les politiques publiques du sport-santé

Plusieurs travaux sociologiques ont travaillé à rendre compte des processus de construction des politiques publiques dans le domaine du sport-santé et de la mise en mouvement des corps dans un but de santé. Dans une orientation de sociologie de l'action publique, les études se sont intéressées à la manière dont l'Etat et ses services déconcentrés, administrent les politiques publiques dans ce secteur.

1.1.1. Un constat de fragmentation et de faible coordination intersectorielle dans le domaine du sport-santé

Le travail de Prévot-Ledrich, Van Hoye, Lombrail, Lecomte et Vuillemin (2016) permet de faire un état des lieux de l'action publique française sur la question. L'analyse « montre qu'il n'existe pas aujourd'hui en France une politique publique globale de promotion de l'activité physique à visée de santé, mais que les politiques sont impulsées par plusieurs ministères » (Prévot-Ledrich *et al.*, 2016 : 25). Les auteurs montrent que les stratégies sont nombreuses pour promouvoir l'AP, mais que celles-ci « ne couvrent cependant pas l'ensemble des secteurs » (Prévot-Ledrich *et al.*, 2016 : 25). L'harmonisation de ces politiques publiques nationales est donc remise en cause, et c'est l'existence de mécanismes de coordination intersectorielle qui est alors interrogée.

En analysant le développement du PNNS⁸ en région Midi-Pyrénées, Haschar-Noé, Basson, Malric, Merlaud, Rolland et Julhe (2010) partagent ce constat par l'enquête précise des actions menées aux échelles régionales et infra-régionales concernant la thématique de l'alimentation et de l'APS. Les auteurs montrent que l'une des caractéristiques principales de la deuxième étape de mise en œuvre du PNNS (2006-2010) est la diversification et la multiplication de l'offre de programmes alliant AP, alimentation et santé. L'arrivée de nouveaux promoteurs, publics et privés, a comme premier effet de complexifier la configuration initiale de la première étape du plan (2001-2005) qualifiée de « resserrée » autour des seules institutions publiques et réseaux de santé. Les sociologues parlent en effet d'un « foisonnement d'initiatives publiques et privées » (Haschar-Noé *et al.*, 2010 : 44) dont la configuration régionale est qualifiée « d'éclatée » (Haschar-Noé *et al.*, 2010 : 120) en référence aux travaux de Dodier (1993). Si des tentatives de coordination, notamment au niveau local, sont à l'œuvre, celles-ci apparaissent « comme faible en l'absence d'un leadership régional susceptible de fédérer les différentes actions et d'évaluer précisément les politiques mises en œuvre. On est plutôt en présence d'une "mosaïque" d'acteurs plus ou moins coordonnés entre eux et au degré "d'autonomie" relativement important » (Haschar-Noé *et al.*, 2010 : 121). Ces formes de coordinations conduisent à ce que les auteurs nomment, en référence à Grossetti (2004), divers « découplages » (Haschar-Noé *et al.*, 2010 : 11), c'est-à-dire une autonomisation d'une forme sociale par rapport à une autre, par opposition à la notion « d'encastrement » (Haschar-Noé *et al.*, 2010 : 11), qui s'inscrit dans une coordination maximaliste pouvant conduire à la fusion de deux entités. L'analyse met ainsi en évidence un premier découplage entre l'instance nationale, responsable du programme et les services régionaux en charge de sa mise en œuvre qui se double d'un deuxième découplage entre ces derniers et les communes et communautés de communes. Cela conduit à diverses traductions du programme aux échelles régionales et locales. De plus, cette étude fait état de rapports encore cloisonnés, en 2010, entre le monde du sport et celui de la santé. Poursuivant la réflexion sur l'implantation de ce plan à l'échelle territoriale, Honta et Haschar-Noé (2011 : 39-40) mettent en évidence « des disparités territoriales et tensions entre les services de l'Etat, les municipalités et les opérateurs privés », traduisant des difficultés pour l'Etat à l'échelle régionale, d'articuler programme national et projets locaux. Les auteurs

⁸Le PNNS est un plan de santé publique mis en place en 2001 et qui vise à améliorer l'état de santé de la population en agissant sur un déterminant en particulier, à savoir la nutrition, entendue comme « l'équilibre entre les apports liés à l'alimentation et les dépenses occasionnées par l'activité physique » (Manger-Bouger, Programme National Nutrition Santé : <https://www.mangerbouger.fr/PNNS>)

montrent que « la multiplicité et la diversité des initiatives communales et associatives en matière de sensibilisation aux bonnes pratiques alimentaires et d'organisation des activités physiques rendent complexe la possibilité pour l'État d'en assurer l'intégration par le niveau régional et ce, en raison également des injonctions contradictoires de ses propres politiques publiques » (Honta et Haschard-Noé, 2011 : 57-58). Alors que l'Etat incite à l'élaboration d'une politique transversale afin de favoriser les synergies entre les secteurs, « il renvoie les opérateurs, dans le même temps, dans des circuits administratifs distincts et organisés de manière sectorielle » (Honta et Haschard-Noé, 2011 : 58).

En ce qui concerne les politiques publiques de la prévention du vieillissement, Collinet et Schut (2016) cherchent, quant à eux, à appréhender les dispositifs de prévention à destination des personnes âgées qui s'appuient sur l'APS au niveau municipal. L'analyse des programmes de mise en œuvre des actions permet de mettre en évidence que la prévention par l'APS demeure un domaine fragmenté et diversifié et dont les tentatives de coordination ne sont pas abouties. C'est également le constat que font Collinet et Caluzio (2015).

Face à la mise en évidence de l'éclatement et de la redondance des actions aux échelles territoriales et locales ainsi que dans le cadre d'une attention récente portée aux inégalités sociales de santé, « l'Etat promeut désormais d'autres formes de régulation de l'accès de tous à la pratique d'une APS » (Honta et Illivi, 2019 : II). Le PSSBE, sur lequel nous reviendrons, incarne ces nouvelles orientations. Élaboré en 2012 (République Française, 2012) par les ministères des Affaires sociales et de la Santé et celui des Sports, le PSSBE est un programme public visant à lutter contre l'inactivité physique et la sédentarité. Son opérationnalisation s'effectue à l'échelle territoriale où les DRJSCS et les ARS « ont conjointement pour mission de piloter et d'animer la déclinaison du PSSBE, d'en relayer les objectifs, principes et règles auprès des acteurs en prise directe avec les populations » (Honta et Ivilli, 2017 : 874). Les travaux de Honta et Illivi (2017, 2019), Illivi et Honta (2019) et Illivi (2018), dans des études qui privilégient une approche par les IAP (Lascoumes et Le Gales, 2004 ; Halpern, Lascoumes et Le Galès, 2014) mettent en lumière l'institutionnalisation de ce plan au niveau national ainsi qu'en région Nouvelle-Aquitaine et montrent que si les associations des secteurs de la santé, du social et du sport, les établissements publics et les collectivités territoriales constituent des partenaires essentiels de la déclinaison du PSSBE, « L'Etat demeure premier lors qu'il s'agit de cadrer le problème public à traiter et le contenu du plan », les acteurs locaux « étant appréhendés comme des relais d'une stratégie nationale de lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé »

(Honta et Illivi, 2017 : 884). En focalisant l'attention sur les IAP, les analyses des auteurs montrent que l'un des piliers importants du pilotage collaboratif régional passe par l'instrument budgétaire que représente l'Appel à Projet (AAP) qui permet à l'Etat d'orienter l'action locale dans le sens de ses priorités. L'AAP permet notamment à l'Etat de relayer des injonctions à la mise en cohérence, à la coopération et à la collaboration des projets avec pour objectif de « déployer des actions s'inscrivant dans la durée et permettant de développer, d'améliorer ou d'entretenir le capital santé et la qualité de vie des individus et des populations les plus fragiles et vulnérables » (Honta et Illivi, 2019 : IX). De plus, Illivi et Honta (2019) et Illivi (2018) montrent que le travail en collaboration inédit entre acteurs des mondes de la santé et du sport s'appuie sur d'autres instruments de types incitatifs et informationnels. Ainsi, l'ensemble « Label, répertoire, guide et formation » vise à sécuriser les pratiques et à rassurer les professionnels engagés tout en contribuant à lutter contre le flou de la définition de ce que recouvre le sport-santé ainsi que de la « crainte de l'inconnu » en matière d'encadrement du sport-santé notamment dans le cadre de la démarche de prescription d'AP (Honta et Illivi, 2019 : XIII). En ce sens, comme le soulignent les auteurs, « visant la distinction et le repérage des bonnes pratiques ces outils attestent, une fois encore, de la volonté de l'Etat de réguler les conduites » (Illivi et Honta, 2019 : 177). Pour autant, ce travail collaboratif « génère des rapports de force et de pouvoir entre gouvernants et gouvernés » et des « activités de contournement, de résistances et d'arrangements » par rapport aux instruments sont à l'œuvre (Illivi et Honta, 2019 : 185). Les sociologues mettent alors en évidence des réseaux d'acteurs « qui ne sont pas pleinement articulés au mode de régulation régionale adopté » (Illivi et Honta, 2019 : 185), ce qui semble complexifier la volonté de l'Etat d'instaurer une configuration collaborative dans ce domaine.

Ces travaux sont particulièrement éclairants quant à notre objet dans la mesure où ils permettent de comprendre, en partie, la configuration des politiques publiques contemporaines du sport-santé.

1.1.2. De la difficile coordination des experts dans le sport-santé

Dans une perspective différente des travaux cités précédemment, plusieurs études se sont intéressées à la question de l'expertise dans les politiques publiques de santé publique, et notamment des conflits entre experts. Ainsi Merlaud, Terral, et Haschar-Noé (2012) montrent

comment le PNNS va permettre aux réseaux de soins associatifs de s'engager et de se « rendre visibles pour faire entendre leurs voix et peser sur les programmes d'action publique afin de lutter contre l'obésité et la sédentarité » (Merlaud *et al.*, 2012). Les auteurs montrent que ce processus s'accompagne de la montée d'une « forme particulière d'expertise » dans la mesure où ces associations doivent « enrôler, ce qui implique simultanément une capacité à hybrider les savoirs des différents acteurs mobilisés et à articuler différentes échelles d'analyse et d'action entre le niveau national et un niveau plus situé ou local » (Merlaud *et al.*, 2012). Les auteurs travaillent ainsi à rendre compte de la diminution des tensions entre les promoteurs des campagnes de prévention et les porteurs de dispositifs associatifs dans la construction des politiques sanitaires. Au final, l'analyse montre que ces associations sont un espace pertinent pour certains experts scientifiques et acteurs étiquetés de « profanes » qui sont éloignés des centres décisionnaires afin de se repositionner dans « le champ concurrentiel de l'expertise en santé publique » (Merlaud *et al.*, 2012 : paragr. 1). En continuité de cette étude, les travaux de Merlaud (2012) et Merlaud et Terral (2013, 2016) dans le cadre de la sociologie pragmatique (Chateauraynaud, 2011), se sont concentrés sur la mise en place des politiques de lutte contre l'obésité par l'AP, en s'intéressant notamment aux différents PNNS et Plans Obésité. Les auteurs focalisent l'analyse sur les controverses entre experts et montrent comment les acteurs qui possèdent des visions différentes de la prise en charge de la lutte contre l'obésité vont s'affronter et arriver à imposer ou non leurs conceptions dans les plans et programmes politiques. Les sociologues mettent en évidence l'hégémonie d'une conception « bio-médicale » de la lutte contre l'obésité face à une conception « psycho-sociale » dans les textes politiques. Cette dernière conception va alors avoir tendance à se développer dans des arènes plus confinées et discrètes. Ces visions s'opposent notamment sur le statut de l'obésité ainsi que sur les moyens pour la prévenir et la prendre en charge. Les auteurs montrent que celles-ci aboutissent finalement sur trois approches concernant l'AP qui est considérée soit comme une occasion pour la personne obèse de perdre ou de maintenir son poids, soit comme une occasion d'améliorer sa condition physique, soit comme une possibilité de s'épanouir.

Ginsbourger et Terral (2014) s'intéressent également à la question de la coordination d'expertises plurielles dans le domaine du sport-santé en posant la focale sur « le processus collectif d'adaptation et de compromis à l'œuvre au sein du fonctionnement d'un comité de pilotage chargé de mettre en place une politique de développement et de promotion de l'AP sur un site de lutte contre le cancer » (Ginsbourger et Terral, 2014 : paragr. 4). Ce comité de

pilotage regroupe un ensemble d'acteurs aux expertises variées : un directeur de site ayant une formation de droit et d'économie, un médecin du sport professeur des Universités et praticien hospitalier, une représentante de la Ligue contre le cancer possédant une formation en business et management, un psychosociologue qui est responsable d'un master APA-S en STAPS. Les auteurs montrent que de nombreux débats s'organisent entre ces acteurs relevant de dimensions qu'ils qualifient de cognitives et de stratégiques. Ginsbourger et Terral montrent que « sur le plan cognitif, le psychosociologue, la représentante de la Ligue contre le cancer et le directeur du site vont critiquer les propositions du médecin du sport en valorisant une dynamique dite humanisante qui envisagent l'humain dans sa globalité, à l'inverse d'une biomédecine techniciste ayant traditionnellement tendance à le fragmenter » (Ginsbourger et Terral, 2014 : paragr. 9). Sur le plan stratégique, des divergences vont être à l'œuvre à propos des méthodologies employées, des temporalités usitées et des contenus du projet quant à son opérationnalisation. Le psychosociologue s'oppose « au management de projet, aux temporalités courtes et à ce qu'il considère comme des préoccupations quantitatives et une volonté d'utiliser le projet comme un produit marketing de la part de la représentante de la Ligue contre le cancer et du directeur du site » (Ginsbourger et Terral, 2014 : paragr. 9), ces derniers jugeant à l'inverse que le projet est ralenti par le manque de culture de management de projet et de rigueur du psychosociologue. Au final, ces divergences révèlent d'intérêts contrastés qui n'arrivent pas à se concilier.

En travaillant à révéler ce qui sous-tend les conflits d'acteurs dans le champ du sport-santé, ces travaux mettent en lumière une partie des enjeux – à la fois sociaux et cognitifs – sous-jacents à la difficulté d'instaurer des processus de coordination au sein d'un espace multisectoriel. En ce sens, ces études s'avèrent éclairantes quant à notre objet.

1.1.3. Le gouvernement des corps à l'œuvre dans les politiques publiques du sport-santé

D'autres travaux sociologiques ont quant à eux mis l'accent sur les processus de gouvernement des corps à l'œuvre dans ces politiques.

1.1.3.1. Injonction à la pratique physique : responsabilité et capacité

Tout un ensemble d'études diverses mettent en évidence une injonction des politiques publiques à la mise en mouvement des corps dans un but de santé ou de bien-être. Cette injonction s'accompagne du développement d'une certaine capacitation (Cantelli et Genard, 2007) chez les individus, entendue comme une entreprise de responsabilisation de ceux-ci.

Ainsi, l'article de Génolini et Clément (2010) montre comment la lutte contre la sédentarité, notamment dans le déploiement du PNNS, s'érige en la transmission d'une « morale de l'effort aux individus » (Génolini et Clément, 2010 : 133). Une véritable injonction à la mise en mouvement de soi est installée, injonction qui passe par un double processus visant à « responsabiliser les individus » (Génolini et Clément, 2010 : 145) et à « éduquer à la volonté » (Génolini et Clément, 2010 : 148) ce qui passe par un « contrôle de soi au quotidien » (Génolini et Clément, 2010 : 149) ainsi que par une « psychologisation du corps sain » (Génolini et Clément, 2010 : 150). Vieille-Marchiset (2019) poursuit cette réflexion en postulant que les plans, programmes et recommandations nationales en matière de sport-santé, soutiennent une démarche « santéiste » qui instaure « une préoccupation constante et intériorisée pour le bien-être et la qualité de la vie, liée à une responsabilisation de l'individu dans les sociétés libérales actuelles » (Vieille-Marchiset, 2019 : 12). Cette préoccupation renvoyant à l'idée « d'un corps performant et perfectible » (Vieille-Marchiset, 2019 : 12). Selon l'auteur, la mise en mouvement des corps semble ainsi relever d'une « entreprise de conversion des corps associée à cette santéisation du monde » (Vieille-Marchiset, 2019 : 13).

La question de la responsabilisation des individus au cœur des politiques du sport-santé au sens large est également fortement présente dans les travaux de Collinet et Delalandre (2014), Delalandre et Collinet (2018) et de Tulle (2018) qui s'intéressent à la problématique de la prévention du vieillissement, de l'injonction au bien-être ainsi que de la prévention des chutes par la mise en mouvement des individus. Collinet et Delalandre (2014) et Delalandre et Collinet (2018) soutiennent en effet l'idée que l'action publique dans ce domaine, cherche à développer la « capacitation » (Genard, 2007) des individus qui passe, d'une part, par le fait de créer des environnements facilitant la mise en mouvement et, d'autre part, à développer la responsabilité des personnes vis-à-vis de leurs comportements. Les individus se doivent de se prendre en charge car ils sont outillés en ce qui concerne les liens entre leurs comportements et les externalités négatives potentielles qui en résultent. Ce

processus est par exemple mis en œuvre dans plusieurs plans et programmes de prévention des chutes par l'incitation à « une pratique physique régulière protectrice » (Delalandre et Collinet, 2018 : 44) chez les personnes âgées. L'idée selon laquelle le cadrage politique du sport-santé est construit autour du développement de la capacitation des personnes est également défendue par Andrieu (2018, sous presse). Le philosophe postule qu'un référentiel normatif prend place dans lequel l'objectif est de parvenir à un bien-être au moyen d'une « activation de soi » (Andrieu, sous presse) qui s'inscrit dans le développement de ce que l'auteur nomme un « corps capacitaire » (Andrieu 2018). Celui-ci se définit comme une « imagination de son corps qui dépasse le corps réalisé de ses capacités actuelles » (Andrieu, sous presse). Andrieu (sous presse) souligne ainsi que « le sport-santé éveille en chacun un corps capacitaire jusque-là inactivé et qui produit de nouvelles sensations. Etre en capacitaire, c'est avoir conscience que j'en suis capable, soit parce que mon vivant possède les moyens d'activer cette potentialité inédite soit par l'actualité d'un corps possible comme le passage du possible à l'acte chez Aristote ». Dès lors, comme le développent Collinet et Delalandre (2015), il en découle que l'individu est en partie responsable de la prise en charge de sa santé par la mise en mouvement de lui-même, dans la mesure où il est informé et qu'il est rendu capable d'agir.

1.1.3.2. Les critiques de ces formes de gouvernement

Face à ces constats, la littérature sociologique du sport-santé met en évidence des critiques de ces formes de gouvernement des corps. Celles-ci sont liées dans l'argumentation des auteurs, mais ici catégorisées à des fins de clarification des idées.

Plusieurs études mettent tout d'abord en évidence la dimension morale d'une telle injonction à l'APS pour sa santé et pour son bien-être.

S'intéressant à la problématique du développement du bien-être par la pratique d'APS, Rail (2016) soutient l'idée que les sociétés contemporaines, au travers des politiques publiques de gouvernement des conduites, font de la quête de bien-être un « impératif à conquérir » (Rail, 2016 : 20). Dans ce cadre, selon l'auteure, on assisterait à la création et à la valorisation « d'un bio-citoyen en santé et productif, par le biais de l'autocontrôle, l'autodiagnostic et diverses solutions commerciales pour développer et maintenir le bien-être » (Rail, 2016 : 20). Une forme de moralité qualifiée de « violente » (Rail, 2016 : 20) par

l'auteure s'installe alors, dans un processus de comparaison entre les « bons citoyens » qui s'inscrivent dans les normes de comportements érigées et « les bio-Autres » en « mauvaise santé et improductifs » (Rail, 2016 : 24). L'auteure défend alors l'idée que les politiques publiques de santé seraient mises en œuvre sous forme de « missions de sauvetage » des individus ne se conformant pas aux normes de santé dans un processus de « salut par le bien-être corporel » (Vieille-Marchiset, 2019 : 65). Rail (Rail, 2016 : 27) explique que ces « mission de sauvetage » insistent sur la question de la responsabilité personnelle et en ce sens, ne font que renforcer une « politique violente visant à légitimer rien de moins que l'injustice, la pauvreté et le mal-être » (Rail, 2016 : 27), notamment des publics vulnérables.

Queval (2008, 2011) pose un regard proche sur les politiques publiques qui « érigent le corps sain comme paradigme » (Queval, 2011 : 18). L'auteure soutient, comme les travaux précédents, l'idée d'une injonction collective à certaines normes corporelles qui entraîne le sujet dans un « processus volontariste où le corps devient perfectible tout au long de sa vie » (Queval, 2011 : 20). Insistant sur le discours véhiculant que « le corps se souvient de tout », Queval (2011 :23) explique que si l'individu est responsable par rapport à son corps, alors il « devient coupable lorsque celui-ci faillit ». L'hypothèse soutenue est alors que « l'articulation entre rationalité des moyens et individualisme des pratiques, avancées scientifiques et pouvoirs singuliers, pouvoir des normes et choix singuliers se fait par un retour de la culpabilité, une culpabilité de type néochrétien comme schème » (Queval, 2011 :21). L'individu est d'autant plus responsable, et finalement coupable, que le corps devient transparent et lisible grâce aux nouvelles techniques et technologies de connaissance des corps. Queval parle alors d'une rationalité instrumentale subjectivée (Queval, 2008) pendant que Vieille-Marchiset (2019 : 55) évoque la notion de « corps hyper-rationalisé » pour décrire la quantification constante des corps dans ce processus de mise en visibilité de soi qui rend l'individu potentiellement coupable.

D'autre part, certains travaux (Collinet et Delalandre, 2014 ; Delalandre et Collinet, 2018 ; Vieille-Marchiset, 2019 ; Feillet, 2012) mettent en évidence que les politiques publiques du sport-santé, en focalisant l'intervention sur la responsabilité individuelle des personnes, tendent à mettre de côté « les conditions socio-économiques, les parcours de vie, la subjectivité des individus qui déterminent grandement à la fois leur rapport à leur santé et à leur corps » (Delalandre et Collinet, 2018 : 46). Ces critiques rejoignent celles de Fassin (2008, 2010), Bergeron et Castel (2015) ou Jobert (1985) concernant les politiques de santé publique qui dévoilent que la conception majoritaire de la prévention tend à mettre de côté les

conditions sociales et culturelles qui sous-tendent les attitudes et comportements qui sont jugés comme n'étant pas propices à une bonne gestion de sa santé. En effet, Selon Jobert (1985), les politiques de santé auraient renoncé à compenser les inégalités fondamentales mais demanderaient aux individus de changer. C'est à ce titre que Delalandre et Collinet (2018 : 46) se demandent « comment les personnes qui n'ont préalablement pas construit de dispositions à l'engagement dans une pratique physique, ni d'ailleurs à l'entretien de soi, peuvent s'engager et/ou se réengager dans une pratique physique au moment où elles se sentent peut-être le moins disposées à le faire ? ». Ainsi, des formes de résistance aux injonctions à la mise en mouvement de soi sont à l'œuvre chez les individus, que plusieurs analyses sociologiques ont documenté et que nous détaillerons plus loin dans ce chapitre.

Comme nous le verrons plus loin, nos ancrages théoriques posant notamment la focale sur la question du gouvernement des corps à l'œuvre dans les politiques publiques du sport-santé, les conclusions des travaux cités ici seront ainsi des appuis importants pour l'étude de notre objet.

1.1.4. L'exploration encore limitée de la construction de la loi de modernisation du système de santé (2016)

A ce stade de notre revue de la littérature consacrée à la thématique du sport-santé, nous avons vu que les sociologues ont travaillé à mettre en lumière la construction des politiques publiques dans le champ de la mise en mouvement des personnes et ont permis de mettre au jour les ressorts de ces formes de gouvernement des corps. Ont ainsi été étudiées les campagnes de santé publique initiées par l'Etat depuis les années 1980 (Radel, 2012), le PNNS (Haschard-Noé *et al.*, 2010 ; Honta et Haschar-Noé, 2011), les politiques publiques en charge du vieillissement (Collinet et Delalandre, 2015 ; Moulaert, 2018), le PSSBE (Honta et Illivi, 2017, 2019 ; Illivi, 2018 ; Illivi et Honta, 2019.). Cependant, comme le souligne Perrin (2019), les travaux sociologiques n'ont pas encore étudié spécifiquement la construction de la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 et notamment la question de l'APS. Si Illivi (2018), dans sa thèse de doctorat aborde la question à quelques reprises, notamment par l'intermédiaire de l'étude de débats parlementaires et d'entretiens avec des acteurs impliqués au niveau national comme Valérie Fourneyron, l'auteur porte principalement l'attention sur son objet de recherche, à savoir l'institutionnalisation du PSSBE. Dans le cadre de cette loi, l'article 144 prévoit en effet que « dans le cadre du

parcours de soins des patients atteints d'une affection de longue durée (ALD), le médecin traitant peut prescrire une activité physique adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical du patient. Les activités physiques adaptées sont dispensées dans des conditions prévues par décret » (République Française, 2016a). Sans produire une analyse sociologique, Perrin (2019, 58-59), décrit de manière éclairante et en détail la chronologie des événements concernant la mise en place de ce cadre législatif contemporain en précisant qu'un groupe de travail présidé par le Professeur B. Vallet⁹ fut constitué afin de produire le décret d'application (République Française, 2016b) visant à détailler le cadrage de la loi, groupe de travail postérieur à celui présidé par le Professeur X. Bigard ayant abouti à un premier rapport (Bigard, 2016). Suite à ce décret, une instruction aux ARS et aux DRJSCS (République Française, 2017) est produite qui a été pensée par un groupe de travail de la DGS et présidé par le Professeur Vallet (Perrin, 2019 : 60). Cette instruction s'accompagne d'un guide visant à donner aux services déconcentrés de l'Etat et aux structures des mondes de la santé, du médico-social et du sport impliquées, « des outils pour : faciliter la prescription de cette activité par le médecin traitant ; recenser les offres locales d'activités physiques et sportives et d'interventions en activité physique adaptée à la pathologie, et construire, le cas échéant, des systèmes intégrés de nature à formaliser cette offre ; contribuer à mobiliser des financements pour favoriser l'existence et le développement de cette offre, et la faire connaître des médecins traitants et des patients » (République Française, 2017 : 2).

L'étude du processus de construction de cette loi ainsi que de la dynamique des enjeux professionnels qui y sont liés reste encore à explorer¹⁰.

1.2. Les études portant sur des dispositifs spécifiques

Au-delà de l'étude de la construction des politiques publiques du sport-santé, plusieurs travaux ont cherché à explorer la manière dont l'opération de mise en mouvement des personnes, par l'APS à des fins de santé, s'opérait dans plusieurs dispositifs contemporains particuliers.

⁹ B. Vallet était directeur de la Direction Générale de la Santé (DGS) au moment du groupe de travail évoqué.

¹⁰Soulignons ici que tel est l'objet de la thèse de Clément Perrier en préparation au laboratoire L-VIS de l'Université Claude Bernard Lyon 1.

1.2.1. Le Sport-Santé sur Ordonnance et les Réseaux Sport-Santé Bien-être

Dans le contexte politique de la prescription médicale d'une APS pour les patients atteints d'ALD dans la loi de santé en 2016, les dispositifs proposant une démarche de ce type bénéficient d'une attention importante de la part de la sociologie française sur le sujet.

Figure de proue de cette démarche de prescription, le dispositif Sport-Santé Sur Ordonnance (SSSO) mis en place notamment par la ville de Strasbourg en 2012 a fait l'objet de plusieurs analyses sociologiques (Gasparini, Knobé et Didierjean, 2015 ; Gasparini et Knobé, 2013, 2015 ; Marseault, 2016, 2017). Celui-ci est dirigé vers des patients souffrant de pathologies chroniques. Les bénéficiaires intègrent la structure par une prescription médicale délivrée par un médecin et sont orientés vers un éducateur sportif de la Ville de Strasbourg qui les dirige vers un créneau de pratique sport-santé sur la base des recommandations du médecin, d'un entretien, d'un questionnaire d'auto-évaluation de la condition physique et d'un test de marche (Gasparini et Knobé, 2015 : 49). Ces créneaux sont encadrés par des éducateurs sportifs de différentes structures ayant intégré le dispositif après un processus de labellisation par l'ARS et la DRJSCS d'Alsace (Marsault, 2017 : 28). Les résultats principaux de ces études montrent que si l'on pouvait a priori penser à un renforcement du pouvoir médical et d'un « modèle paternaliste d'autorité médicale sur le mode de vie des patients » (Bloy, Moussard-Philippon et Rigal, 2016 : 160) dans une forme de médicalisation de la pratique par l'acte de prescription, les sociologues ayant étudié ce dispositifs soulignent au contraire que les acteurs au cœur de cette démarche valorisent une « vision démedicalisée de la pratique qui s'écarte de l'éducation thérapeutique », par un « ancrage sportif qui permet de se distancier du champ médical » (Marsault, 2017 : 38). Marsault met, en effet, en évidence que les opérateurs du mouvement sportif se sont historiquement positionnés sur ce dispositif et que les objectifs sont traduits par ces acteurs afin de les faire correspondre à leurs propres logiques institutionnelles dans la mesure où « l'intégration à ce nouveau dispositif répond à un enjeu financier et politique de placement des structures dans les politiques locales sanitaires, sociales et sportives afin de pérenniser leur structure » (Marsault :2017 : 36). D'autre part, la compréhension du dispositif, de ses orientations et de son évolution est à recontextualiser dans son contexte politique dans lequel « les élus instituent la santé en enjeu politique territorial en en faisant un vecteur d'affirmation de leur position dans la sphère politique locale » (Marsault, 2017 : 44). D'autre part, le travail de Gasparini et Knobé (2015) est

également éclairant afin d'appréhender les effets de ce programme sur les bénéficiaires. Les auteurs montrent que cette initiative a permis à une population très sédentaire de commencer ou de reprendre l'AP. Cependant, si les participants déclarent notamment « ressentir des effets bénéfiques sur leur santé, leur corps ou leur forme » (Gasparini et Knobé, 2015 : 51), il est pour autant souligné la difficulté à passer à l'AP en autonomie, c'est-à-dire indépendamment du dispositif.

Toujours dans l'objectif d'éclairer les processus sociologiques à l'œuvre dans le mouvement de prescription de l'APS, plusieurs travaux se sont intéressés aux médecins prescripteurs. Perrin (2019) relate à ce titre plusieurs études internationales (Jorgensen, Nordentoft et Krogh, 2012 ; Sorensen, Sorensen, Skovgaard, Bredahl et Puggaard, 2011 ; Swinburn *et al.*, 1997, 1998) qui montrent, selon une approche quantitative, qu'une ordonnance a plus de chance d'être convertie en acte qu'un conseil oral et ce, d'autant plus que « l'objectif et les modalités de l'AP sont discutés avec le patient et ancrés dans ses envies, ses motivations et son parcours de soin » (Perrin, 2019 : 70). Il est également montré que pour que l'engagement des bénéficiaires dans une AP soit durable, une formation à la prescription d'AP est nécessaire.

En France, dans une perspective qualitative et inductive, le travail de Bloy *et al.*, (2016) s'est intéressé aux médecins généralistes et à leurs actions concernant les conseils en AP qu'ils délivrent à leurs patients. Les auteurs montrent que le « sujet de l'AP n'est pas si souvent abordé en prévention primaire » (Bloy *et al.*, 2016 : 155) lors des consultations et que l'envisager au cœur de celles-ci n'est pas dans les mœurs. Des formes de sélection des patients avec lesquels parler d'AP ressortent du discours des médecins et « la motivation pour le sport est présentée comme largement hors d'atteinte de leurs compétences » (Bloy *et al.*, 2016 : 156). Il est également constaté des visions encore prudentes par rapport à la pratique physique dans la mesure où « les handicaps, douleurs et divers facteurs de risque sont convoqués moins comme des indications à pratiquer une AP » (Bloy *et al.*, 2016 : 156) que comme des limites à celle-ci. Bloy *et al.*, (2016) mettent en évidence que l'évaluation de la pratique physique est majoritairement faite de « façon intuitive » par les médecins en s'appuyant sur leur expérience sportive lorsque celle-ci est existante, et que « l'enregistrement des informations recueillies est aléatoire ». Les conseils donnés sont de « bon sens » mais restent assez « vagues ». et les médecins, la plupart du temps, « conseillent la marche, l'AP, la natation et le vélo » (Bloy *et al.*, 2016 : 157). Dans cette étude, il est observé que peu d'entre eux prescrivaient l'AP sur ordonnance. Les chercheurs notent que les médecins généralistes

sont peu outillés quant à cette démarche, notamment du point de vue de leur formation. Moussard-Philippon (2013) relève aussi cet état de fait par une recension des formations professionnelles continues qui est faible et peu orientée vers les patients ne pratiquant pas assez. En ce sens, l'étude met en évidence que les structures et professionnels de l'APA ou du sport-santé, ne sont que peu évoqués. Bloy *et al.*, (2016 : 156) constatent également que « les politiques publiques incitatives ne suffisent pas à rendre les médecins généralistes légitimes », ces derniers jugeant que les recommandations nationales des politiques publiques, notamment par le PNNS, ne sont pas suffisamment personnalisées pour leurs patients. Les auteurs nuancent ainsi les conclusions d'analyses quantitatives (Gautier, Fournier et Beck, 2011 ; Buttet et Fournier, 2005) qui tendaient à conclure que les médecins généralistes abordaient le sujet de l'AP de manière courante et qu'ils se sentaient efficaces pour aider les patients à modifier leur comportement dans ce domaine.

Hénaff-Pineau (2014) étudie, quant à elle, l'activité des médecins généralistes dans leur rôle de promotion de l'AP pour les personnes âgées. Ce travail contraste avec les résultats précédents dans la mesure où les conseils des médecins deviendraient, lors de la consultation, « personnalisés et individualisés » (Hénaff-Pineau, 2014 : 136) et permettraient d'avoir « un impact plus marqué que les campagnes de prévention » (Hénaff-Pineau, 2014 : 136). L'analyse met pour autant en évidence plusieurs freins à la prescription et au conseil d'AP : le problème du temps de la consultation jugé trop court pour persuader le patient de modifier son comportement et la question de la responsabilité qui peut aussi freiner les médecins qui « s'avèrent peu préparés » à la prescription (Hénaff-Pineau, 2014 : 132). Bauduer *et al.*, (2018), étudiant la prescription d'AP par le médecin traitant dans le cadre d'une expérience réalisée par l'association Biarritz Sport-Santé, notent le même type de difficultés. De plus, l'analyse d'Hénaff-Pineau (2014) montre qu'en fonction du profil sociologique et du rapport qu'entretient le médecin à sa propre pratique physique, les conseils quant à la mise en mouvement de leurs patients sont différents. Trois figures sont ainsi repérées : Le « médecin, hygiéniste modérateur d'activité physique », le « médecin, promoteur d'activité physique hygiénique » et le « médecin, prescripteur d'activité physique et sportive » (Hénaff-Pineau, 2014 : 150-151).

Dans un travail moins poussé sur le plan sociologique visant plutôt à rendre compte de l'expérience de l'association Biarritz Côte Basque Sport-Santé qui a mis en place depuis 2015 une procédure de prescription d'APS sur ordonnance auprès de médecins généralistes volontaires, Bauduer, Vanz, Guillet et Maurice (2018) montrent que face aux difficultés des médecins à réaliser cette prescription, le fait d'introduire dans le dispositif une évaluation

médico-sportive du bénéficiaire entre la prescription d'AP et la pratique encadrée semble permettre d'effectuer une meilleure orientation ainsi qu'un suivi « taillé sur mesure » (Bauduer *et al.*, 2018 : 319) et ainsi favoriser l'engagement des individus dans le dispositif ainsi qu'en autonomie.

Par ailleurs, plusieurs dispositifs envisageant la question de la coordination de professionnels issus d'univers variés (monde de la santé, médico-social et du sport) par, entre autres actions, un processus de prescription de l'APS, avaient déjà été mis en place avant le PSSBE, les expérimentations de Strasbourg et Biarritz ainsi que la loi de modernisation du système de santé de 2016. Si les PSSBE ont permis une accentuation de ce type de structures collaboratives censées coordonner l'offre d'APS à destination des publics spécifiques (malades chroniques, population âgée), les Réseaux Sport-Santé Bien-Etre (RSSBE) ont été mis en place dès 2005 avec le dispositif eFORMip en région Midi-Pyrénées (Haschar-Noé *et al.*, 2010 ; Merlaud, 2012), suivis par les RSSBE de Champagne Ardennes et de Franche-Comté en 2007, le réseau SAPHYR de Lorraine en 2010 ou encore le dispositif Picardie en Forme créé en 2012 (Weissland *et al.*, 2016), en s'inspirant du modèle des réseaux de santé (Perrin, 2019). Si ces structures réticulaires mettent en place des actions diverses et variées, l'architecture majoritairement développée propose une évaluation des patients par un coordinateur du réseau, suite à une orientation du médecin généraliste, évaluation qui permettra de diriger la personne vers des opérateurs sport-santé. De rares travaux sociologiques se sont intéressés à ce type de structure.

Weissland, Passavant, Allal, Amiardn et Antczak (2016) ont notamment étudié le réseau Picardie en Forme qui propose de fédérer les acteurs du sport et ceux de la santé en visant à développer la pratique d'une « AP régulière, adaptée, sécurisée et progressive chez des personnes porteuses de pathologies chroniques non transmissibles, de maladies cardiovasculaires, respiratoires, en rémission de cancer, en situation d'obésité ou ayant plusieurs facteurs de risque (âge, consommation tabagique, sédentarité) » (Weissland *et al.*, 170). Ce dispositif est porté en premier lieu par l'univers du sport par le Comité Régional Olympique et Sportif (CROS) et de la DRJSCS de Picardie. Comme l'expliquent les auteurs, ce dispositif est pensé autour « d'un parcours d'accompagnement du patient » (Weissland *et al.*, 2016 : 170), dans lequel le médecin traitant qui appartient au réseau, « prescrit au patient de l'AP et l'adresse à un pôle d'évaluation diagnostique animé par un animateur sportif spécialement formé du comité régional Sports Pour Tous » (Weissland *et al.*, 2016 : 170). Celui-ci réalise un entretien avec le bénéficiaire et fait passer un questionnaire de motivation,

des tests d'estime de soi et de condition physique permettant d'orienter l'utilisateur « soit pour une reprise progressive vers un atelier passerelle adossé à un établissement spécialisé dans la prise en charge aiguë et chronique, soit directement vers un club sportif associatif ayant le label Picardie en Forme » (Weissland *et al.*, 2016 : 170). Les auteurs notent une faible prescription d'AP par les médecins généralistes suggérant « leur réticence à utiliser le dispositif » (Weissland *et al.*, 2016 : 172). Pour les médecins, la prescription ne va pas de soi et « ils se sentent plus à l'aise pour aborder des aspects biomédicaux (comme le risque cardiovasculaire), que ce qui touche à l'intimité ou aux habitudes de vie (comme l'alimentation ou l'AP) » (Weissland *et al.*, 2016 : 172). L'analyse précise que « ces recommandations apparaissent comme une activité périphérique de la consultation, pouvant être l'objet de conduites d'esquive, de brouillage des pistes, d'évitement, tant de la part du médecin que du patient » (Weissland *et al.*, 2016 : 172). De plus, il est à noter que plus de 70 % des patients adressés ont quitté le dispositif, ce qui questionne l'efficacité de ce type de structure. Et les auteurs de noter que « si la fidélisation des usagers nécessite une éducation du patient à l'AP au sein des clubs, pour beaucoup de disciplines sportives, l'esprit compétitif et l'excellence corporelle sont l'essence même de l'activité » (Weissland *et al.*, 2016 : 172). L'intégration de ce nouveau public reste ainsi compliqué, et les auteurs de souligner que celle-ci semble se résumer à la constitution d'un créneau pour ces quelques pratiquants qui ont finalement que peu de contacts avec les autres licenciés.

Sans étudier spécifiquement un RSSBE, Haschar-Noé *et al.*, (2010), dans leur travail s'attachant à éclairer l'opérationnalisation du PNNS en région Midi-Pyrénées, évoquent régulièrement le dispositif effORMip, pionnier des RSSBE en France. Grâce à une analyse précise des actions menées dans ce territoire, les auteurs montrent l'importance que prend ce dispositif dans le volet « lutte contre la sédentarité » du PNNS. Les auteurs relèvent que le réseau effORMip est créé en 2005 sous « l'impulsion initiale du médecin conseil de la DRDJCS et d'un professeur du CHU de Toulouse, responsable du service d'exploration de la fonction respiratoire et de médecine du sport, par ailleurs président de la Société Midi Pyrénéenne de Médecine du Sport (SMPMS) » (Haschar-Noé *et al.*, 2010 : 59). Haschar-Noé *et al.*, (2010 : 59) soulignent ainsi que ce dispositif va s'ancrer comme une « “vitrine” de l'implication de l'institution Jeunesse et Sports dans le domaine de la santé ». Ainsi, « en se positionnant comme un acteur capable de fédérer différents mondes professionnels et de les mettre en réseau, ces services trouvent dans les recommandations du PNNS, une ressource et une opportunité politique pour “unifier” et “donner du sens” à la territorialisation et à l'opérationnalisation d'un programme national associant activité physique et santé »

(Haschar-Noé *et al.*, 2010 : 61). D'autre part, les auteurs insistent particulièrement sur l'importance des deux médecins du sport promoteurs du dispositif pour expliquer son déploiement. Celui-ci repose en effet sur « leur fort militantisme en faveur de l'activité physique et de sa prescription par les médecins » (Haschar-Noé *et al.*, 2010 : 59) pour les personnes qui en sont éloignées ainsi que sur leur multi-positionnement aux carrefours de divers mondes leurs permettant d'unifier de nombreux acteurs autour d'eux.

Si les études que nous venons d'évoquer ont permis de comprendre certains des enjeux des dispositifs interprofessionnels contemporains qui s'inscrivent dans la perspective d'une prescription de l'APS et dont les conclusions sont particulièrement importantes pour notre travail, force est de constater, à l'instar de Perrin (2019 : 72), qu'il « existe un vide de littérature sociologique sur les réseaux et les plateformes Sport-santé. Par ailleurs, les analyses des organisations et des dispositifs restent centrées sur la fédération des acteurs, l'articulation de leur intervention et le nombre de bénéficiaires touchés, sans trop creuser la nature même des interventions, les compétences mobilisées et la nature des ressources développées ».

1.2.2. Les réseaux de santé

Comme le précise Perrin (2019), la démarche collaborative prônée par les RSSBE s'est fortement inspirée de celle mise en place dans les réseaux de santé, eux-mêmes inspirés par les réseaux diabète où c'est « une approche éducative pluriprofessionnelle qui va se diffuser dans laquelle le modèle de la prescription médicale est remplacé progressivement par une intervention éducative, distribuée au sein d'une équipe de soins » (Perrin, 2019 : 66).

Plusieurs travaux sociologiques se sont attachés à éclairer la manière dont l'AP était mobilisée dans ces réseaux.

Le travail de Perrin *et al.*, (2008) et Perrin (2008, 2013) a cherché à analyser la structuration de l'offre des services liés à l'AP dans les réseaux diabète, au regard des objectifs d'éducation du patient du réseau et des groupes professionnels mobilisés. Les auteurs montrent qu'en 2008, des séances pratiques d'AP sont proposées dans un réseau sur deux et un bilan individuel des pratiques physiques est effectué dans un peu plus d'un réseau sur quatre. Les auteurs constatent que « si l'APA est l'un des trois piliers du traitement du diabète avec la prise de médicaments et l'alimentation, il apparaît encore comme étant le

moins solide » (Perrin *et al.*, 2008 : 216). De plus, il est montré que la plupart des offres d'AP proposées vont privilégier une approche « cognitive et rationnelle » qui vise à « informer, à expliquer, et à inciter » mais qu'une minorité va mettre en œuvre une « pratique d'APA s'inscrivant dans la durée » (Perrin *et al.*, 219). Ces travaux importants concernant l'AP dans les réseaux diabète ont permis de conceptualiser les différents modèles d'éducation du patient à l'AP (Perrin, 2013) sur lesquels nous reviendrons plus en détail dans la suite de cet état de l'art. Précisons tout de même que Perrin (2013) distingue, en effet, trois conceptions différentes : Le « modèle de la prescription de l'AP » dans lequel « le médecin évalue les capacités, prescrit l'activité physique, les exercices indiqués et contre-indiqués et contrôle l'évolution du patient dans la pratique (Perrin, 2013 : 330) ; le « modèle de l'incitation par une expérience ponctuelle » qui repose sur l'idée selon laquelle « faire la démonstration au patient qu'il est capable de suivre une séance d'AP en groupe permettrait de le faire s'engager dans une pratique physique autonome à long terme » (Perrin, 2013 : 331) et « le modèle de l'éducation par une expérience prolongée » qui considère que « les patients ont besoin d'être accompagnés/encadrés pour s'autonomiser par rapport à l'AP et qu'ils ont des besoins spécifiques qui nécessitent une adaptation de la pratique » (Perrin, 2013 : 331-332). Selon l'auteure, les deux premiers modèles relèvent d'une conception « spontanéiste » de l'autonomie dans laquelle l'individu est considéré comme « étant capable de choix raisonnables, indépendant et capable d'autocontrôle » (Perrin, 2013 : 332). Le troisième modèle, quant à lui, relèverait d'une conception « interventionniste » concevant l'autonomie en AP comme un processus à « construire ou reconstruire dans le cadre d'une intervention éducative » (Perrin, 2013 : 332).

Ces études, travaillant la question de l'AP dans les réseaux diabète, sont d'une utilité importante dans la mesure où elles permettent de rendre intelligibles, par un processus de catégorisation, les conceptions de l'APS comme outil de santé en jeu mobilisées dans le champ du sport-santé.

1.2.3. La cardiologie hospitalière et les établissements spécialisés en soins de suite et de réadaptation (SSR)

Cazal, Génolini et Clément (2011) et Cazal et Génolini, (2013) étudient, quant à eux, le processus de dépistage des facteurs de risque cardiovasculaire en prévention primaire dans

un service hospitalier visant à détecter et à prévenir l'athérosclérose. Dans le cadre d'une éducation thérapeutique du patient, ces services cherchent à développer l'autonomie des personnes pour les inciter à une modification de leurs comportements quotidiens et ce, dès la phase de dépistage des facteurs de risque. Les auteurs montrent que « les points d'appui de la formation du patient à l'autonomie dans la gestion de son mode de vie » résident à la fois dans le travail « d'objectivation et d'individualisation du risque mais aussi dans le travail d'accord autour de l'acceptabilité de ce dernier » (Cazal et Génolini, 2013 : 5). L'analyse montre comment médecins et patients entrent dans « un jeu d'attentes et d'engagements réciproques afin de renforcer la confiance dans la relation de soins » (Cazal et Génolini, 2013 : 5) pour au final modifier les habitudes de vie, notamment par rapport à la pratique d'une AP afin qu'elle devienne un « remède médical » (Cazal et Génolini, 2013 : 7). De plus, il est montré comment, au fil des consultations et des examens médicaux, c'est une « culture du risque » qui est mobilisée de façon différente chez les médecins et les patients et qui peut mettre en jeu des incompréhensions qui ont des conséquences sur les conduites des patients désirées par le corps médical. Les auteurs montrent alors que ces mésententes vont provenir d'un difficile processus d'ajustement de discours experts et profanes quant à la maladie.

Poursuivant leur analyse de la formation à l'autonomie des patients au-delà de la prévention primaire, c'est-à-dire en prévention secondaire et tertiaire des MCV, les auteurs ancrent cette fois-ci leurs démarches dans une étude ciblée sur un établissement spécialisé en SSR (Cazal et Génolini, 2015). Les sociologues étudient les activités médicales qui visent à instituer, de façon contractuelle entre soignants et soignés, « la figure d'auto-soignant » (Cazal et Génolini, 2015 : 242) chez les patients. Cela semble passer par la transmission de dispositions à l'auto-surveillance et au contrôle de son hygiène de vie qui vont être le fruit d'accords entre professionnels et patients et qui vont s'inscrire dans un travail au carrefour de deux mondes sociaux : « d'une part du monde du soin qui établit les règles et la structure du contrat visant à sécuriser la trajectoire de la maladie, et d'autre part du monde du patient qui tente de transformer ces principes en convenances personnelles » (Cazal, 2015 : 241). C'est ainsi que les auteurs montrent que la rééducation peut être vue comme « une série d'épreuves de légitimation du savoir médical pour devenir un savoir pratique » (Cazal et Génolini, 2015 : 241) chez le patient afin notamment de l'éveiller « aux nouvelles limitations corporelles induites par l'accident, aux savoirs et savoir-faire requis pour gérer la maladie au long cours » (Cazal et Génolini, 2015 : 241). C'est dans ce glissement que, selon les auteurs, s'effectue « l'apprentissage du métier d'auto-soignant » (Cazal et Génolini, 2015 : 241).

1.2.4. Les dispositifs du mouvement sportif

La progressive mise à l'agenda politique de la lutte contre la sédentarité et la promotion du sport-santé implique de nouvelles mobilisations et offres de services par des acteurs issus de divers mondes, dont le mouvement sportif. La sociologie du sport-santé, outre les études socio-historiques visant à rendre compte de la progressive mobilisation de cet univers professionnel dans ce domaine, a travaillé à éclairer les enjeux sociologiques contemporains de cette orientation. Cette dernière semble particulièrement récente dans la mesure où les travaux de Haschar-Noé *et al.*, (2010 : 53-54) qui s'intéressaient à la déclinaison territoriale du PNNS en région Midi-Pyrénées en 2010, notaient qu'hormis « les thématiques du dopage et de la protection de la sécurité des sportifs de haut niveau, récurrentes dans les préoccupations des pouvoirs publics et des institutions sportives, celles concernant les problématiques alimentaires et/ou de prévention sanitaire par l'activité physique, ne semblent donc pas être une préoccupation centrale du monde sportif et de ses instances dirigeantes ». Et les auteurs de montrer que les fédérations multisports, affinitaires ou de sport adapté, « dont les missions et les objectifs sont proches de ceux des politiques préventives de santé publique, sont, du moins en Midi-Pyrénées, les seules présentes sur ce "marché" de la santé publique » (Haschar-Noé *et al.*, 2010: 54). Dans le domaine de la prévention du vieillissement au niveau local, Collinet et Schut (2016 : 548) vont dans le même sens en notant que « services des sports et clubs sportifs restent plutôt étrangers au système ». Haschar-Noé *et al.*, (2010) tout comme Collinet et Schut (2016) émettent l'hypothèse que le poids de l'histoire du mouvement sportif traditionnellement et culturellement ancré dans le monde de la compétition et de la performance joue un rôle dans sa difficile orientation vers la santé. Une forme de « dépendance au sentier » (Pierson, 2000) serait ainsi potentiellement à l'œuvre selon les deux études citées ici.

Cependant, une partie de l'argumentation de Lebecq, Morales, Saint-Martin et Travaillet (2013), Morales, Saint-Martin, Travaillet et Lebecq (2018) et Morales (sous presse) recontextualise les liens actuels entre l'Etat et le mouvement sportif en notant une orientation forte du monde du sport dans le domaine du sport-santé depuis le début des années 2010, qui s'inscrit dans un tournant gestionnaire structurant désormais la relation entre l'Etat et cet univers social. Morales *et al.*, (2018 : 60) soutiennent l'idée que « la Révision Générale des

Politiques Publiques (2008) puis la Modernisation de l'Action Publique (2012) lancées par l'État français va accentuer la contribution des acteurs associatifs selon une logique de «New Public Management» ». En ce sens, l'action publique s'appuie sur une logique de « régulation managériale entre l'État et les partenaires publics et privés, envisagés comme prestataires de services en prévention santé » (Morales *et al.*, 2018 : 61). Ainsi, d'une « démarche de partenariat associée à la gestion du risque suscitant l'engagement actif du mouvement sportif associatif » dans les années 2000, les auteurs montrent que l'on est passé à un rôle « d'opérateur de santé attribué à ces groupements associatifs dans un cadre d'actions préventives décentralisées » (Morales *et al.*, 2018 : 61). Morales (sous presse) soutient alors l'idée que dans ce cadre, « une logique entrepreneuriale » est à l'œuvre « impliquant divers acteurs associatifs, publics ou privés, placés en situation de concurrence ». C'est ainsi que pour l'auteur, les conventions d'objectifs utilisées par le Ministère de la Jeunesse et des Sports agissent comme des IAP (Lascoumes et Le Galès, 2004) visant une configuration des fédérations vers une visée de « sport bien être et santé » auprès de l'ensemble des fédérations, « y compris les plus engagées historiquement dans un cadre de compétition » (Morales, sous presse).

Dans la poursuite de cette réflexion, l'auteur note qu'en réponse à cette injonction au sport-santé, plusieurs fédérations soulignent la tension à laquelle elles font face dans la nécessité d'y répondre tout conservant leur offre fédérale traditionnelle. Autrement dit, cette entreprise « se heurte aux enjeux identitaires qui animent les acteurs fédéraux dans le périmètre de leur programme d'activité » (Morales, sous presse). Dans un travail réalisé à la Fédération Française de Basketball (FFB) présenté à l'occasion de plusieurs communications en colloques, Perrier (2016) et Perrier et Perrin (2017) questionnent l'émergence d'une nouvelle pratique, le « basket-santé » et rendent compte des difficultés de sa réception par les acteurs de terrains « majoritairement profanes sur le sujet » (Perrier et Perrin, 2017). Ainsi, des divergences au sein même de la fédération sont à l'œuvre, concernant l'identité de la pratique sociale de référence du basketball qui subit une reconfiguration dans le cadre d'une orientation vers la santé.

Par ailleurs, Morales *et al.*, (2018) et Morales (sous presse), font ressortir, que la politique sport-santé menée par le mouvement sportif s'inscrit dans trois directions. La première vise à développer des initiatives dans une dimension préventive mais aussi thérapeutique. La seconde s'inscrit dans la volonté de rendre accessible la pratique sportive à des publics qui en sont éloignés, notamment dans le but de réduire les inégalités de santé. Enfin, il s'agit de développer la capacitation des personnes en promouvant « les actions visant

une responsabilisation de ces publics dans l'organisation des pratiques et les instances associatives » (Morales, sous presse).

Enfin, à l'instar de ce qu'a montré Ivilli (2018) dans l'étude de la gouvernance mise en place par le PSSBE, Morales (sous presse) montre que le mouvement sportif par l'intermédiaire du Comité National Olympique et Sportif (CNOSF) s'appuie sur tout un ensemble d'instruments afin d'inscrire le mouvement sportif en tant qu'acteur disposant de compétences dans le champ devenu concurrentiel du sport-santé. Sont ainsi créés des comités sport-santé dans les fédérations et le CNOSF communique sur les programmes proposés en répertoriant les actions des fédérations sportives impliquées dans un « MÉDICOSPORT-SANTÉ© »¹¹(2015, 2017) à destination des médecins dans le cadre de la prescription de l'APS. Pour Morales (sous presse), cette démarche conforte la mise en œuvre d'un « gouvernement par les labels », qui rejoint celui qu'évoquent Bergeron, Castel et Dubuisson-Quellier (2014) à propos des politiques de l'obésité. Perrier et Perrin (2017), notent que l'utilisation de ces instruments par le CNOSF est à contextualiser dans le positionnement des fédérations sportives quant aux politiques publiques du sport-santé en construction. Les auteurs expliquent ainsi que « souhaitant obtenir une place importante au sein d'un environnement concurrentiel, les acteurs du sport ont anticipé l'arrivée de la loi de santé de 2016 pour faire valoir leurs compétences en la matière », notamment par l'instauration des comités sport-santé et la réalisation du MÉDICOSPORT-SANTÉ©. Le positionnement du mouvement sportif dans le champ du sport-santé, s'il passe par le fait de démontrer les compétences de ses acteurs à intervenir dans ce secteur au moyen des stratégies de labellisation, est également inévitablement lié à la question des formations mise en place. Au-delà du constat que font Perrin (2019), Morales *et al.*, (2018) et Morales (sous presse) de la démocratisation récente des formations complémentaires des éducateurs sportifs au sport-santé, Perrin (2019) note que les travaux en sociologie ne les ont pas encore spécifiquement analysées.

¹¹Le MÉDICOSPORT-SANTÉ© est présenté par le CNOSF comme « un dictionnaire à visée médicale des disciplines sportives validé par la commission médicale du CNOSF en coopération avec la Société Française de Médecine de l'Exercice et du Sport (SFMES) ». Le CNOSF indique que cet outil permet « de recenser les caractéristiques physiques, physiologiques et mentales de chaque discipline ainsi que les conditions de pratique dans le cadre du sport-santé » Ses promoteurs insistent sur le fait qu'il a notamment pour objectif de « faciliter la prescription de l'APS par les médecins en leur permettant de préconiser une durée, une fréquence et une intensité en fonction de l'état de santé de la personne ». De plus, le CNOSF précise que cet outil permet de repérer des structures fédérales proposant des offres de pratiques adaptées à la pathologie du patient et à son niveau de sévérité. Cette description ainsi que l'outil, élaboré en collaboration avec les Editions VIDAL est en ligne à l'URL suivante depuis 2018 : <https://www.vidal.fr/infos-sport-medicosport-sante/>

En continuité de la précédente réflexion, force est de constater le faible nombre d'études sociologiques posant la focale sur l'étude d'un ou des dispositifs spécifiquement mis en place par le mouvement sportif, notamment en ce qui concerne les fédérations unisports et olympiques, outre les communications orales de Perrier (2016) et Perrier et Perrin (2017) sur le dispositif « basket-santé » mis en place par la FFB déjà cités. En ce sens, les travaux ont logiquement porté prioritairement sur les actions des fédérations multisports, affinitaires et non olympiques qui ont construit, dès les années 1960, leur identité sur l'aspect non compétitif et sur la promotion de la santé. Ainsi, le travail de Lebecq *et al.*, (2013) portant sur la Fédération Française d'Education Physique et de Gymnastique Volontaire (FFEPGV), permet de comprendre les actions lancées par cette fédération dans ce secteur. Les auteurs montrent que la FFEPGV s'inscrit pleinement dans le discours contemporain de l'action publique visant à lutter contre la sédentarité des populations, bien qu'elle soit de plus en plus concurrencée par des acteurs privés du secteur marchand (Schut et Pierre, 2018). Par ce positionnement, elle cherche à s'inscrire comme un opérateur primordial de l'action publique déployée aux échelles nationales, régionales et locales. Ainsi l'analyse des socio-historiens met en évidence que la démarche proposée, en concordance avec les politiques publiques de prévention en santé va promouvoir « une éthique de l'auto-régulation corporelle impliquant les individus dans leur propre lutte contre la sédentarité et les effets de l'âge » Lebecq *et al.*, (2013 : 256). Les auteurs montrent en effet que la fédération focalise l'attention sur un paradigme prescriptif où le sujet doit s'impliquer afin de préserver un « corps-capital » (Queval, 2011 : 23). Ceci implique des stratégies éducatives mobilisées par la FFEPGV qui « cherchent à renforcer le gouvernement de soi par soi » (Lebecq *et al.*, 2013 : 256). Les auteurs soulignent ainsi qu'« elles intègrent des modes opératoires inspirés des pédagogies actives visant à privilégier des séances où l'adhérent GV, considéré comme acteur nécessairement engagé, puisse prendre conscience de sa responsabilité envers sa santé tout en disposant d'éléments lui permettant d'agir concrètement » (Lebecq *et al.*, 2013 : 260). Pour autant, l'examen sociologique note que ces orientations qui s'ancrent majoritairement dans un référentiel normatif médical, en interne, sont critiquées. Ainsi, les motivations à la pratique des licenciés semblent moins en lien avec des objectifs de santé que de pratiquer dans une ambiance conviviale. Les auteurs notent ainsi que sur la thématique du sport-santé, la FFEPGV est elle aussi prise dans des enjeux de tension identitaire entre la volonté de conserver sa spécificité en ce qui concerne la prévention par les AP dans une démarche de santé publique dans le but de garder un rôle d'opérateur d'action publique incontournable au sein de ce secteur de plus en plus concurrentiel, et de répondre aux aspirations des licenciés

dont l'objectif est avant tout de pratiquer une gymnastique d'entretien dans une ambiance conviviale. Face à ce dilemme identitaire, les sociologues mettent en évidence que l'orientation politique actuelle se déplace pour prendre une « relative distance avec la dimension médicale en mettant en évidence une préoccupation plus éducative, promouvant un mode de vie sain intégrant l'AP tout en visant le mieux-être et le lien social » (Lebecq *et al.*, 2013 : 282). Par ailleurs, les auteurs montrent comment cette fédération lance des collaborations scientifiques avec des universités dans l'objectif de produire tout à la fois des savoirs mais aussi d'obtenir une caution scientifique quant à leur politique. Sont ainsi élaborés, suite à des recherches-action, de nombreux programmes adaptés à diverses populations¹².

Dans le domaine de la prévention du vieillissement et plus spécifiquement de la prévention des chutes, Delalandre et Collinet (2018) ont ainsi étudié la mise en place d'un de ces programmes, nommé L'Équilibre, où en êtes-vous ?©, en notant que son élaboration s'inscrit dans le cadre d'une médicalisation globale de ce problème public. Les auteurs soulignent qu'en tant que « prestataires de service, ces programmes sont financés notamment par des organismes telles que les caisses de retraite et sont soumis à une démarche d'harmonisation et d'évaluation » (Delalandre et Collinet, 2018 : 42). L'analyse des sociologues invite alors à penser que « le processus de médicalisation se double d'une tendance à la standardisation, puisque les partenaires associatifs se doivent d'harmoniser certains aspects importants de leurs programmes. Ceux-ci durent douze semaines, à raison d'une ou deux séances par semaine, et il leur est demandé de normaliser les tests utilisés pour évaluer les capacités physiques des pratiquants » (Delalandre et Collinet, 2018 : 43). Les auteurs soutiennent alors l'idée selon laquelle cette préoccupation pour l'évaluation, la standardisation et l'harmonisation des programmes pourrait amener à une diminution de l'efficacité de ces derniers puisqu'il est démontré scientifiquement que les ateliers qui proposent « une fréquence de pratique réduite ne permettent pas aux personnes âgées d'obtenir des progrès significatifs » (Delalandre et Collinet, 2018 : 43), ce qui est justement le cas du fait du processus de standardisation à l'œuvre.

¹² Citons par exemple les programmes Acti'March'®, L'Équilibre, où en êtes-vous ?©, Gymmémoire®, Diabète et surpoids, Gym'Après Cancer.

Au final, nous avons exposé dans ce paragraphe, les thèses principales des études qui ont étudié les dispositifs contemporains du sport-santé en France. Certaines d'entre elles seront particulièrement importantes pour pouvoir inscrire nos travaux dans cette littérature sociologique.

1.3. Les études s'intéressant aux destinataires des dispositifs

Parmi l'ensemble des travaux sociologiques ayant étudié la question de la mise en mouvement des individus à des fins de santé, plusieurs d'entre eux ont posé spécifiquement la focale sur la manière dont les destinataires des divers dispositifs s'inscrivent dans le mouvement du sport-santé réagissaient par rapport à ces incitations à la pratique physique et sportive.

1.3.1. Des formes de résistance aux injonctions normatives des politiques publiques

Un premier constat que font notamment Vieille-Marchiset (2019) et Génolini et Clement (2010), selon une approche critique des politiques publiques, est que des formes de résistance à ces incitations sont à l'œuvre chez les individus. Loin de penser une vision descendante d'application de normes corporelles par les personnes, imposées par le haut, Vieille-Marchiset (2019 : 146) postule que « la conversion des corps est alors réinterprétée, remodelée, recomposée, transformée par les acteurs ». L'auteur explique notamment que les politiques publiques contemporaines s'inscrivent dans une vision préventive de la santé dans laquelle il est demandé aux personnes d'anticiper le futur. Or, cette attitude qui ne peut être « envisagée uniquement dans le cas où le présent est assuré, notamment en termes de subsistance économique » (Vieille-Marchiset, 2019 :122), semble particulièrement réservée aux groupes socialement favorisés. De plus, l'analyse montre que la posture de prévention est reliée à un corps réflexif où il s'agit de l'écouter « et de prendre en compte ses sensations » (Vieille-Marchiset, 2019 : 113), démarche qui s'inscrit dans un usage distancié de celui-ci relevant d'habitus potentiellement plus développés dans les classes sociales favorisées. L'auteur soutient alors qu'une « vision hygiénique, sanitaire et sécuritaire du sport est divulguée par ces élites cultivées, qui visent à généraliser un habitus corporel de classe par l'intermédiaire de ces politiques de promotion de l'activité physique à des fins de santé et

surtout de bien-être » (Vieille-Marchiset, 2019 :114). C'est dans cette veine que Génolini et Clément (2010 :148) soulignent que « la reproduction, voire l'accroissement des inégalités de santé, repose dans cette médiation sociale sur un double processus d'exclusion des classes populaires. D'une part, l'appel à la responsabilité individuelle par rapport à l'adoption de conduites d'hygiène s'accorde statistiquement avec les socialisations des classes supérieures en termes de pratiques corporelles. D'autre part, les sollicitations corporelles envisagées autour de l'injonction "bougez" représentent socialement un déni de la culture somatique des classes populaires et de son ancrage dans les usages et les symboliques d'un corps déjà fonctionnel ». Vieille-Marchiset précise à ce titre qu'en opposition à ces « injonctions des politiques du corps en mouvement, les classes populaires peuvent ainsi entrer en résistance » (Vieille-Marchiset, 2019 : 120). Ainsi, analysant les différentes figures de mères vivant en milieux précaires, Vieille-Marchiset, Knobé, Didierjean, Aceti, Digennaro et Grimminger (2014) montrent leurs difficultés quotidiennes pour suivre les recommandations en matière de nutrition et pour transmettre des habitudes de vie active à leurs enfants.

De plus, Gasparini *et al.*, (2015), et Knobé (sous presse) en explorant les caractéristiques socioprofessionnelles des bénéficiaires du dispositif SSSO, montrent que, « comme dans la plupart des dispositifs en la matière, les personnes impliquées et qui pérennisent la pratique à plus long terme, ont eu une trajectoire sportive antérieure » (Vieille-Marchiset, 2019 : 123-124). En effet, Knobé (sous presse), en identifiant quatre types principaux de rapports aux APS, montre que plus le degré de socialisation sportive antérieure est important, « moins le travail d'engagement dans l'activité physique semble conséquent, dans la mesure où la pratique au sein de SSSO correspond alors à un renforcement de pratiques actuelles ou à une reprise de pratiques antérieures » (Knobé, sous presse). A l'opposé, Knobé précise que « les bifurcations (dans le sens d'une mise à l'activité physique sans expérience ou socialisation sportive passées) semblent plus rares dans les différentes formes de réception mises en évidence » (Knobé, sous presse). Or, comme de nombreux travaux en sociologie du sport l'ont montré, la socialisation sportive est largement plus fréquente dans les classes sociales favorisées (Lefèvre et Thiery, 2010), ce qui peut donc contribuer à renforcer les inégalités de santé.

En outre, Grassler, Knobé et Gasparini (2019) étudient un dispositif intitulé « Prise en charge coordonnée des enfants obèses et en surpoids de Strasbourg (PRECCOSS) » qui est destiné aux enfants âgés de trois à douze ans et dépistés comme étant en surpoids ou obèses. Les auteurs, portant attention aux transmissions familiales du goût pour la pratique physique et sportive à ces enfants, montrent que l'inactivité physique relève d'habitus corporels

profonds qui seraient perpétués de génération en génération. Comme le souligne Vieille-Marchiset à propos de ces travaux, « seuls les parents qui ont une pratique sportive régulière créeraient des habitudes de vie active chez leurs enfants » (Vieille-Marchiset, 2019 : 127). Sont ainsi mises au jour des stratégies de résistance en termes d'évitement de la part de certaines familles ayant une faible socialisation sportive.

La question des liens entre précarité sociale et assujettissement ou résistances à l'injonction du sport-santé est également au cœur du questionnement de Thomas, Duval, Perera et Ferez (2014) qui étudient la pratique d'APS chez des personnes atteintes du VIH, avant l'orientation vers un dispositif spécifique d'APA. Les auteurs montrent que « la situation professionnelle et les revenus n'ont pas d'effet simple et direct [...] avec l'appréhension des APS comme un moyen de prise en charge du VIH (Thomas *et al.*, 2014 : 108). Cependant, il est mis en évidence qu'une visibilité corporelle réduite de la maladie est couplée à une poursuite des comportements usuels des personnes (les auteurs insistent en particulier sur un rapport non modifié aux APS). Par contre, « lorsque le risque de visibilité s'accroît, la crispation de la relation aux médecins qui en résulte s'accompagne de l'augmentation de la vigilance alimentaire et de la mise en place d'une activité physique mesurée » (Thomas *et al.*, 2014 : 108). Avec l'accroissement de cette visibilité, les auteurs constatent une augmentation de la fréquentation des systèmes de soin et qui a des effets « sur les modes de subjectivation et sur le sens pris par l'engagement dans les activités physiques : d'une activité pratiquée "comme avant" pour le loisir, la compétition, la sociabilité chez ceux qui ont les ressources nécessaires pour rester dans la normalité, le sport devient avant tout un outil de prise en charge de leur santé fragile pour ceux qui ont recours aux aides liées au handicap » (Thomas *et al.*, 2014 : 109). D'autre part, Ferez et Thomas (2012) montrent que certaines personnes vivant avec le VIH, peuvent rentrer dans un processus de contestation du discours d'injonction médicale à la pratique physique et sportive véhiculé par les politiques publiques afin d'investir des pratiques « en dehors d'objectifs médicaux » (Perrin, 2019 : 90).

Enfin, Tulle (2018), dans le contexte de la gestion des corps vieillissants dans une société néolibérale « valorisant une normalisation du gouvernement de soi » (Tulle, 2018 : 95) en référence à Rose (Rose, 2007), fait également le constat d'une résistance des personnes âgées à se conformer aux injonctions sociétales en relevant que peu d'entre elles pratiquent suffisamment pour prévenir les pathologies qui sont liées au vieillissement. L'analyse, à la croisée d'une sociologie et d'une phénoménologie, porte sur les parcours de vie et les corps vécus des personnes âgées qui suivent des programmes en AP, « pour comprendre comment les circonstances historiques, culturelles, structurelles deviennent incarnées pour permettre à

une carrière en AP de se déclencher et de se développer » (Tulle, 2018 : 102). L'attention portée aux corps vécus par les individus permet de mettre en évidence « les tensions entre les discours professionnels, les dispositions et croyances de seniors et leur rapport au corps » (Tulle, 2018 : 95). Sont ainsi identifiées les limites des recommandations du gouvernement des conduites dans ce secteur.

Ces études ont ainsi permis de comprendre, d'un point de vue sociologique, les processus explicatifs quant aux résistances des individus aux injonctions du sport-santé portées par les politiques publiques.

Des analyses portant également l'attention aux destinataires des politiques de santé ont quant à elles mis l'accent sur les processus de construction de l'expérience régulière d'une APS chez des patients atteints de maladies chroniques.

1.3.2. S'intéresser aux carrières et trajectoires et normativité des patients

Ces travaux vont quant à eux mobiliser fortement les concepts de « trajectoire de maladie » (Strauss, 1992) et de « carrières » (Becker 1985) pour comprendre comment se construit la pratique des APS des personnes atteintes de maladies chroniques.

Ainsi Barth (2012) et Barth, Perrin et Camy (2014) étudient l'intégration de la pratique physique dans la trajectoire de maladie chronique que représente le diabète de type 2 dans des dispositifs qui visent à développer et à maintenir la pratique d'une AP dans le cadre de cycles « d'éducation du patient à et via l'APA » (Barth, 2012 : 83). Barth et Lefèbvre (2016) étudient, quant à elles, ce processus à la fois chez des personnes adultes diabétiques qui font partie d'un réseau diabète et des enfants obèses intégrés dans un Réseau de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique (RÉPPOP). Dans les deux cas, il est souligné que les individus témoignent de résistances initiales à la pratique d'une AP qui ne semble pas être, dans un premier temps, une priorité pour eux. Pour autant, les auteurs relèvent que la mise en place de cycles éducatifs en APA, une fois la phase d'acceptation de participer à une première séance passée – fruit de négociations entre les professionnels de santé et les patients – a permis que la pratique d'une AP passe d'une nécessité dans la trajectoire de maladie vers une carrière de pratiquant d'APA dans laquelle la personne

pratique de manière auto-déterminée, pour l'activité en elle même. Ce cheminement passe par tout un ensemble d'étapes dans lesquelles le rapport au corps et à l'AP va être modifié pour « prendre de nouveau du plaisir à se mettre en mouvement », où le « rapport aux autres basé sur le plaisir et l'échange » va donner « confiance au patient » et où le « goût pour les effets de la pratique est développé et permet de passer d'un mode de vie "sédentaire" à la pratique d'une APA culturelle plus que médicale » (Barth et Lefèbvre, 2016 : 113-114). En d'autres termes, ces études « ambitionnent de montrer l'importance d'une prise en compte sociologique d'une "trajectoire de maladie" qui articule l'histoire de vie du patient et l'ensemble des dimensions des dispositifs institutionnels de prise en charge du malade » (Barth et Perrin, 2011 :230).

L'outillage théorique de la notion de « carrière » a également été utilisé pour explorer, dans une approche qualitative, l'engagement dans l'AP de personnes sportives atteintes de mucoviscidose (Fuchs, 2011a ; 2011b ; Fuchs, Perrin et Ohl, 2014). Fuchs (2011a, b) montre que celles-ci poursuivent une carrière sportive à l'aide de différents moyens et ce, malgré les événements de la maladie, en s'adaptant à ces différentes phases, afin que l'APS puisse être, ou continuer d'être, une source de plaisir et de santé (Fuchs, 2011a). Fuchs montre en effet que l'engagement dans une pratique sportive chez certains de ces patients s'accompagne d'une volonté tout à la fois de se « réapproprier un corps qui s'enfuit » à cause de la maladie (Fuchs, 2011b : paragr. 10) et de s'inscrire en tant que sujet sportif avant d'être perçu comme un sujet malade. Fuchs (2011b : paragr. 11) explique ainsi que la pratique sportive est une source de légitimité, de sentiment de normalité et d'autonomie dans la mesure où « les patients vont être assimilés à des sportifs, voire à des champions, plutôt qu'à des personnes malades et fragiles ». D'autre part, la pratique sportive permet à certaines de ces personnes, de travailler à une appropriation de leur propre corps et de leur santé afin de mieux les gérer. Dans ces perspectives, l'auteure (Fuchs, 2011b, paragr. 11) explique « qu'en s'engageant dans une activité, le sujet décide de choisir une épreuve physique, celle du sport, au lieu d'en subir une, celle de la maladie ».

Si ces études sont importantes pour comprendre les processus profonds en jeu dans la mise en mouvement de personnes atteintes de maladies chroniques, des travaux vont, quant à eux, porter la focale sur des profils de normativité de patients afin de comprendre le sens que revêt l'APS, de leur point de vue, dans un but de santé.

Mino et Lefève (2016), dans une approche s'appuyant sur la philosophie de la santé de Canguilhem pour étudier l'expérience de patientes atteintes de cancer du sein dans une AP, soutiennent l'idée que « l'un des enjeux pour les professionnels de l'ETP est alors, en lien avec les autres professionnels, de mieux connaître, laisser la place, prendre en compte et soutenir la normativité et l'expression des valeurs des personnes, les conditions de santé et de vie qui, de manière singulière, font obstacle ou facilitent une activité physique régulière » (Mino et Lefève, 2016 : 107). Les auteurs mettent alors en évidence quatre profils de normativité concernant l'engagement dans une AP, qui sont en lien avec les normes de vie des patientes selon leurs propres phénoménologies. Se dégagent un « profil "convaincu" de l'intérêt de l'activité physique et pratiquant en conséquence ; un profil "contraint" dont les normes de vie sont opposées à une pratique ; un profil "autonome" affirmant ses choix et valeurs ; un profil "ignorant" pour lequel l'activité physique n'a aucun rapport avec le cancer » (Mino et Lefève, 2016 : 101).

Marcellini, Perrera, Rodhain et Ferez (2016) complètent cette exploration de la normativité de personnes par une enquête qualitative se basant sur des récits de vie d'individus obèses. Les auteurs montrent que si les politiques publiques de prise en charge de l'obésité vont insister sur la notion de responsabilité que les personnes obèses doivent adopter vis-à-vis de leur corps, celles-ci n'aboutissent pas aux résultats souhaités. En effet, Marcellini *et al.*, (2016) mettent en évidence que les individus à qui sont proposés un dispositif temporaire de prise en charge par les APS s'engagent et se mettent en activité mais que la fin est souvent adossée à un désengagement progressif de la pratique. Il s'agit ainsi de prendre en considération le fait que l'engagement dans une pratique physique régulière relève « d'une transformation profonde du rapport au corps, du mode de vie, et de l'identité du sujet, modifications substantielles dont les dimensions collectives et sociales sont trop rarement prises en compte » (Marcellini *et al.*, 2016 :123). Et ce, d'autant plus chez des personnes sédentaires et éloignées de la pratique physique (Marcellini *et al.*, 2016 :124).

Plusieurs travaux ont également investi la question de la normativité des personnes dans l'univers de la prévention du vieillissement. Les enquêtes de Feillet (2018) et de Feillet et Roncin (2006) ont permis, notamment, de documenter le sens que prend l'AP pour les personnes âgées vivant en établissement d'hébergement (EHPAD). Ces travaux mettent en évidence, par l'utilisation des concepts « d'emprise » et de « déprise » (Caradec, 2004), les différents processus d'engagement ou de désengagement de la pratique physique. Là encore, la compréhension de ces processus nécessite une attention particulière au rapport au corps, à l'histoire de vie, à la douleur, à la mort, aux autres, à la famille, aux institutions... pour rendre

compte des transformations ou non-transformations profondes des liens entre personnes âgées et AP.

Ces travaux, outillés théoriquement par les notions de « trajectoire », de « carrière » et de « normativité » sont riches d'enseignements pour notre propre étude, dans la mesure où ils permettent de comprendre certaines des intentions des professionnels impliqués dans les dispositifs que nous allons étudier.

Enfin, une dernière catégorie d'études regroupe les analyses qui ont cherché à éclairer les dynamiques quant à la définition des territoires professionnels impliqués dans ce champ.

1.4. Les études sur la définition des territoires professionnels du sport-santé

Tout d'abord, plusieurs travaux ont cherché à rendre compte de l'émergence puis de la construction de la professionnalisation du groupe professionnel des enseignants en APA. Ces analyses ont mobilisé prioritairement la sociologie des groupes professionnels et plus précisément la théorie des « écologies liées » (Abbott, 2003) ainsi que la notion de « territoire » définie comme « la relation que les professionnels entretiennent avec un ensemble de tâches dont ils ont la charge, et de compétences exercées de façon quasi-exclusive » (Freidson, 1994, cité par Perrin, 2016 : 144). Les travaux s'intéressant au secteur de la diabétologie (Perrin *et al.*, 2008 ; Perrin 2008 ; Chantelat et Perrin, 2009) ont notamment permis d'éclairer l'émergence d'un nouveau groupe professionnel initialement nommé Educateur Médico-Sportif (EMS) (Laureyns, 2011) à la fin des années 1990, qui sera renommé dans les années 2000, « enseignant en APA ». Les auteurs montrent que celle-ci s'inscrit dans un contexte de « renouvellement des méthodes d'intervention dans le monde médical » (Perrin, 2019 : 75) qui s'orientent vers un travail en réseau de professionnels diversifiés afin d'envisager une prise en charge globale et holistique des personnes atteintes de diabète dans le cadre d'une véritable démarche d'éducation du patient. Plusieurs emplois d'EMS (dont la grande majorité ont une formation en APA-S) ont donc été réalisés sous l'impulsion de diabétologues que Chantelat et Perrin qualifient « d'innovateurs » (Chantelat et Perrin, 2009 : 252) dans des travaux que nous avons déjà évoqués. Dans le contexte de création d'une nouvelle professionnalité, les auteurs notent que les EMS ont dû construire leur rôle « d'éducateur du patient par l'AP en jouant de la proximité et de la distance vis-à-vis

du statut d'animateur sportif et du statut de « blouse blanche » (corps médical) » (Chantelat et Perrin, 2009 : 260). C'est ainsi que l'analyse de Chantelat et Perrin montre que ces professionnels ont, d'une part cherché à se distancier des éducateurs sportifs en se rapprochant du monde de la santé par l'acquisition de connaissances sur la pathologie, sur la maîtrise de certains actes médicaux et sur des compétences en ETP et d'autre part, à se distinguer de l'univers médical en faisant valoir un rôle « d'éducateur de santé ou, plus précisément, d'éducateur du patient par l'AP » (Chantelat et Perrin, 2009 : 261).

Dans la continuité de ces travaux, les analyses sociologiques de Lefèbvre (2010, 2011) et Lefèbvre, Perrin et Camy (2012) se sont particulièrement intéressées à la construction du territoire professionnel de l'intervention en APA-S dans d'autres réseaux de santé, les RéPPOP dont « l'objectif est de résoudre simultanément les questions d'ordre médical, psychologique et social en tentant de faire évoluer les modes et styles de vie des enfants (alimentation et activité physique en particulier) » (Lefèbvre *et al.*, 2012 : 44). Le terrain des RéPPOP est en ce sens intéressant pour étudier les stratégies de délimitation de territoires professionnels dans la mesure où il s'agit de structures réticulaires dans lesquelles des professionnels appartenant à différents mondes sociaux interviennent. Ainsi, les auteurs montrent que pour « proposer un suivi de l'obésité infantile avec des séances de pratiques physiques innovantes, les médecins coordonnateurs sont amenés à se tourner vers le monde de l'encadrement de l'AP » (Lefèbvre *et al.*, 2012 : 50). La construction du territoire de l'encadrement de l'AP dans les coordinations des RéPPOP se réalise, dans ce cadre, par un processus de concurrence entre les professionnels de l'APA-S, les éducateurs sportifs, les professionnels de santé et les paramédicaux. Lefèbvre *et al.* (2012) montrent alors, en référence à Freidson (1994), que les professionnels de l'APA-S vont segmenter leur champ d'intervention en deux territoires précis. Un premier est situé au niveau de la coordination où il s'agit de concevoir des programmes, de penser une organisation générale, de réaliser une gestion budgétaire et politique. Le second regroupe les professionnels de « terrain » qui vont être amenés à réaliser les séances d'AP. Ce deuxième territoire se trouve sous le contrôle du premier. Pour investir ces deux espaces, les auteurs montrent que les professionnels de l'APA-S vont chercher à valoriser leur « champ d'intervention en le différenciant du cadre sportif associatif ou paramédical (kinésithérapie, diététique) » (Lefèbvre *et al.*, 2012 : 52). Sont alors mises de l'avant leurs capacités « à jouer un rôle d'encadrement d'équipe, ou de dispositif, correspondant à leur formation universitaire » (Lefèbvre *et al.*, 2012 : 53). De plus, les sociologues montrent qu'ils vont s'engager dans un processus de différenciation grâce à la mise en évidence de cinq caractéristiques de leur activité professionnelle : « la mise en place

d'une évaluation fondée sur des savoirs de référence, l'individualisation des pratiques, une attention particulière à la participation active des jeunes, une approche intégrée de la prise en charge » (Lefèbvre *et al.*, 2012 : 53) et un « changement dans le rapport prescripteur-patient » (Lefèbvre *et al.*, 2012 : 54). La gestion de projets d'accompagnement est notamment mise en avant afin de se différencier des éducateurs sportifs tandis qu'est valorisée une approche culturelle et psychosociale de l'AP comme moyen de « gestion des conflits avec les kinésithérapeutes qui peuvent également proposer des séances de gymnastique hygiénique » (Lefèbvre, 2011 : 105). Par ailleurs, Lefèbvre *et al.* (2012), mettent en évidence qu'en fonction du contexte et de leurs perceptions de concurrences, les coordonnateurs APA-S recherchent plus ou moins la défense de leur territoire en privilégiant « la sollicitation de professionnels "pairs" issus d'une formation en licence STAPS APA-S » (Lefèbvre *et al.*, 2012 : 55). De plus, en référence à Abott (2003), les auteurs montrent que la construction de ce territoire professionnel, dans les cas des RéPPOP va passer par des stratégies « d'alliances » avec les médecins qui coordonnent les dispositifs et l'Université. En effet, comme nous l'avons déjà exposé plus haut par l'intermédiaire de divers travaux, le fonctionnement des réseaux de santé s'ancre dans approche globale et positive de la santé qui cherche à s'éloigner du modèle biomédical. Les médecins coordonnateurs sont alors intéressés par le développement de perspectives innovantes et sollicitent en ce sens des professionnels APA-S, notamment en situation de stage universitaire (Lefèbvre, 2011). Dès lors, « le positionnement APA-S s'accorde avec les attentes du médecin coordonnateur du réseau relatives à la recherche de compétences éducatives et d'encadrement des activités physiques. Il se construit une forme d'alliance entre le professionnel de l'APA-S et le médecin coordonnateur du RéPPOP » (Lefèbvre, 2011 : 102).

Plus récemment, dans le contexte de la mise en œuvre du PSSBE déclinée à l'échelle régionale par l'instruction du 24 décembre 2012 (République Française, 2012), Perrin (2016) analyse la manière dont les enseignants en APA, au travers de la Société Française des Professionnels en Activité Physique Adaptée (SFP-APA) s'inscrivent dans une dynamique de construction de leur territoire en élaborant un référentiel métier (Barbin, Camy, Communal, Fodimbi, Perrin et Vergnault, 2015). Pour l'auteure, cette démarche s'inscrit dans le cadre de ce qu'elle identifie comme une reconfiguration de l'approche dans le domaine du sport-santé par la mise en place du PSSBE par rapport aux années précédentes, approche qui avait été officialisée par le Plan National de prévention par l'Activité Physique et Sportive (PNAPS. Perrin, 2016). Dans cette précédente configuration, Perrin (2016: 144) note que « l'APA intégrée aux organisations de soins, avait pour objectif de combler les déficits de ressources

physiques, cognitives, affectives et sociales des patients fragilisés et éloignés des pratiques physiques et sportives, avant de construire avec eux un projet de pratique avec la maladie qui ait du sens dans leur cadre de vie. Cette étape qui respectait la division du travail selon les niveaux de qualification et de spécialisation conditionnait l'orientation sécurisée des patients vers une pratique autonome et pérenne avec des éducateurs Sport-Santé, par exemple ». Or, Perrin (2016) explique qu'avec l'institutionnalisation du PSSBE, le mouvement sportif est directement sollicité afin de produire une offre de pratique dans ce secteur grâce à des formations complémentaires qui permettent aux éducateurs sportifs d'accueillir des personnes atteintes de maladies chroniques. Dans ce contexte concurrentiel, l'analyse sociologique de l'auteure montre que les enseignants en APA, par l'intermédiaire de la construction de leur référentiel, vont chercher à « définir la spécificité et l'irréductibilité de leur intervention à celle des autres professionnels et à démontrer le fondement cognitif et éthique de leur profession » (Perrin, 2016 : 151). L'auteure rend tout d'abord compte des conflits de territoire avec les éducateurs sportifs et la volonté, pour les responsables de la SFP-APA, de clarifier la terminologie quant à la désignation des intervenants dans ce secteur. En effet, l'auteure montre que « la généralisation de la dénomination "éducateur sportif" à l'ensemble des professionnels a pour effet de gommer la différence dans les niveaux de qualification entre un éducateur sportif qui a une formation courte de niveau IV (Brevet Professionnel) et un enseignant en APA qui a une formation universitaire de niveau II (Licence en APA-S) » (Perrin, 2016 : 146). Perrin rend ainsi compte du fait que les professionnels en APA insistent sur l'importance de travailler à la diffusion de la dénomination « Enseignant en APA ». De plus, la sociologue montre que c'est également sur la notion « d'adaptation » que les enjeux de la délimitation du territoire professionnel des APA-S se cristallisent, notamment autour de la nécessité de faire la différence entre « l'APA », au singulier, qui désigne un concept et les « APA », au pluriel, qui qualifient les pratiques culturelles. D'autre part, cette étude met en évidence les conflits de territoire, avec les professions paramédicales et notamment la corporation des Masseurs Kinésithérapeutes (MK). L'auteure révèle que les enseignants en APA questionnent le positionnement du Conseil National de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes (CNOMK) et du Syndicat National des Masseurs Kinésithérapeutes Rééducateurs (SNMKR) qui revendiqueraient « un monopole de l'intervention en AP dans les structures de soin » (Perrin, 2016 : 147). Les enseignants en APA insistent alors sur le fait que leur « territoire se distingue de celui des professions paramédicales par la spécificité du support d'intervention : les activités physiques et sportives, ludiques ou artistiques adaptées, mais surtout par la nature de l'intervention qui relève de l'enseignement » (Perrin, 2016 :

147). L'affirmation de l'enseignement comme cœur de métier des enseignants en APA permet aussi de faire une différence par rapport à l'intervention des éducateurs sportifs qui s'inscrirait autour de compétences qui sont plutôt reliées à l'animation et à l'encadrement. Par ailleurs, l'analyse sociologique de l'auteure montre que la conception d'une intervention consistant à « réaliser des exercices répétitifs sans que les perceptions et l'analyse des personnes ne soient sollicitées » (Perrin, 2016 : 148) et qu'elles sont ensuite invitées chez elles à reproduire est rejetée par les enseignants en APA.

Les différents travaux de Perrin déjà cités plus haut, ainsi que ceux que nous venons de présenter (2008, 2013, 2016, 2019), ont finalement permis de penser les différentes conceptions et modèles d'intervention à l'œuvre dans le champ de l'APS dans un but de santé et mettent ainsi en évidence la complexité sous-jacente à la notion de sport-santé, qui dans le contexte contemporain, revêt le caractère polysémique que nous avons soulevé en introduction. L'auteure contribue en effet à modéliser ces conceptions et mettant en évidence un « espace de formes et des logiques d'intervention professionnelle » (Perrin, 2019 : 84) dans ce secteur. En posant la question « s'agit-il d'aligner le patient sur une norme d'exercice qui s'impose de manière descendante, ou de l'amener à construire de nouvelles normes de relation avec son corps et avec le monde, pour lui permettre d'entrer en mouvement dans les situations qui ont du sens pour lui ? » (Perrin, 2016 : 150), la sociologue permet de révéler que « deux grandes logiques s'affrontent » (Perrin, 2019 : 89). La première consiste à « s'appuyer sur la recherche expérimentale » (Perrin, 2019 : 89) afin de fixer des normes qui permettent de définir des situations de mise à l'AP auxquelles le patient est invité à se soumettre. L'individu apprend ces normes d'exercice et peut les reproduire par la suite en autonomie. Pour l'auteure, conception « repose sur une approche fonctionnaliste du corps et sur la conception de l'Homme libre de ses choix, rationnel dans ses décisions et réactif à la peur engendrée par le risque » (Perrin, 2019 : 89). La seconde logique va focaliser l'attention sur l'engagement dans la pratique d'une APA, qui n'est pas considérée comme allant de soi, « avant même de penser la question de la durée et de l'intensité des exercices » (Perrin, 2016 : 89). L'approche vise ici à développer la capacité des individus en les accompagnant dans la mise en œuvre d'un projet significatif pour eux et réalisable. Ces deux logiques vont alors surdéterminer la conceptualisation en deux dimensions concernant les modalités d'intervention en APS suivante que propose l'auteure (2013, 2016, 2019) :

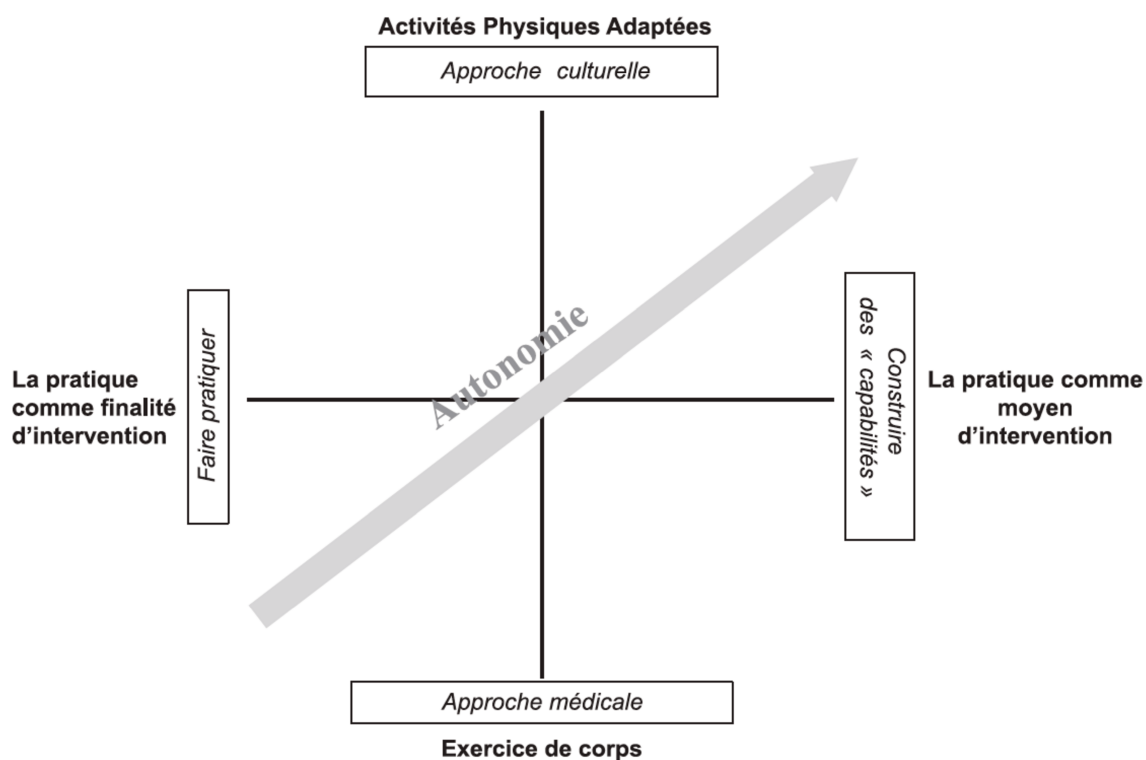


Figure 1 : Modalités d'intervention en activité physique et leurs différentes finalités (d'après Perrin, 2019 : 85)

La première dimension verticale concerne la manière dont les corps sont mis en mouvement. D'un côté, l'approche « médicale » va penser l'AP comme un exercice du corps qui recherche le développement essentiellement biologique de l'individu sans que cette pratique soit en lien avec le sens culturel et anthropologique que prennent les activités corporelles. Perrin (2019) prend l'exemple de l'exercice consistant à marcher 20 minutes sur un tapis de marche. De l'autre côté, l'approche culturelle va favoriser l'inscription dans des APS qui s'ancrent dans une culture, c'est-à-dire qui vont permettre de faire vivre des « tranches de vie » (Yonnet, 1985 ; Portes, 1999) de pratiquants. Perrin (2019 : 85) prend ici l'exemple d'une « randonnée qui intègre tout un ensemble de moments de culture ». La seconde dimension horizontale concerne les logiques de l'intervention. Sont opposées « une activité de travail qui fait de la pratique physique une finalité en soi (par exemple faire un nombre de pas à une certaine allure) » à une activité qui utilise des « APA comme moyen pour développer non seulement des aptitudes mais aussi des compétences (par exemple développer son aptitude à l'effort tout en apprenant à ressentir et repérer différentes intensités d'effort pour gérer son engagement physique avec un diabète) » (Perrin, 2019 : 85). L'auteure montre alors que chacun de ces pôles sont potentiellement plus investis par certains groupes professionnels que d'autres. C'est également ce que les écrits de Vieille-Marchiset (2019) mettent en exergue concernant

les modalités d'intervention des groupes professionnels intervenant dans le champ du sport-santé, qu'il nomme des « entrepreneurs de bien-être corporel » (Vieille-Marchiset, 2019 : 69). L'auteur explique que les professionnels de santé que sont les médecins du sport s'inscrivent dans des problématiques d'hygiène sociale s'appuyant sur la valorisation de l'AP au quotidien. Les kinésithérapeutes sont quant à eux particulièrement ancrés dans des formes d'intervention qui laissent la part belle aux gymnastiques médicales tout en cherchant à affirmer des « compétences d'encadrement sportif » (Vieille-Marchiset, 2019 : 152). Ces deux professions vont alors se rapprocher des dimensions « exercice du corps » et « la pratique comme moyen d'intervention » exposées dans la modélisation de Perrin citée plus haut. Vieille-Marchiset (2019 :152) postule que les éducateurs-sportifs, troisième entrepreneurs de bien-être corporel, vont quant à eux investir « des compétences d'animation sociale dans une dynamique de sportivisation douce ». Ils vont alors potentiellement plutôt s'inscrire dans une approche culturelle où la pratique est vue comme une finalité de l'intervention. Enfin pour l'auteur, le groupe professionnel des enseignants en APA s'ancre dans une conception « éducative et humaniste » (Vieille-Marchiset, 2019 : 96) où il s'agit de prendre en compte la personne dans sa globalité en mettant en place une intervention pédagogique la plus adaptée à la personne. Il s'agit alors d'une conceptualisation qui se rapproche des dimensions culturelles et « pratique comme moyen d'intervention » précédemment citées.

Sans penser une superposition automatique et inéluctable entre ces conceptions de l'intervention en APS dans un but de santé et les groupes professionnels qui s'engagent dans ce secteur d'activité, ces travaux nous semblent particulièrement intéressants tant ils ont l'avantage de pouvoir caractériser les différents traits de ce que peut revêtir actuellement la notion de sport-santé. Ils permettent en outre, de comprendre les enjeux des politiques publiques contemporaines en termes de définition et de délimitation des territoires professionnels dans un secteur en construction. En ce sens, ces travaux sont particulièrement utiles pour appréhender notre objet d'étude.

2. Bilan de l'état de l'art et définition de l'objet de recherche

Au final, l'attention portée à la sociologie française¹³ sur le sport-santé montre un

¹³ Nous nous sommes en effet concentrés essentiellement sur les travaux sociologiques français dans la mesure où nous étudions la mise en œuvre de politiques publiques spécifiques à ce contexte géographique.

engouement important dans la période contemporaine. Les recherches sont variées, tant du point de vue de leurs objets d'études que de leurs approches théoriques, et ont abordé de nombreux aspects de ce dossier. Que ce soit dans son aspect socio-historique, dans l'analyse de la construction des politiques publiques contemporaines de la mise en mouvement des populations et des divers dispositifs mis en œuvre, de la réception par les individus des incitations à l'APS pour sa santé, ou de l'analyse de la définition des territoires professionnels dans ce secteur, les travaux sociologiques ont largement permis d'éclairer le dossier du sport-santé.

Pour autant, nous identifions de grands chantiers qui restent encore à explorer dans ce dossier.

Dans le cadre de l'étude de l'action publique visant l'utilisation de l'APS comme outil de santé, notamment en ce qui concerne la prise en charge des patients atteints d'ALD, l'étude des étapes de la construction de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, des décrets et instructions qui y sont liés reste à explorer. La réception par les différents groupes professionnels de ces textes, qui cadrent l'action publique dans ce secteur, ainsi que les stratégies de défense territoriale à l'œuvre semblent un axe de recherche fécond.

Par ailleurs, comme nous l'avons vu, peu d'études se sont intéressées à l'orientation récente du mouvement sportif dans le champ du sport-santé. De nombreux dispositifs ont été mis en place dans plusieurs de fédérations, et il serait intéressant de retracer les enjeux de ces orientations tant au niveau du CNOSF que des dites fédérations.

D'autre part, notre état de l'art a permis de rendre compte que de nombreuses formations se développent dans le domaine du sport-santé, notamment depuis les orientations récentes des politiques sanitaires qui officialisent la prescription des APS par les médecins dans la loi. Ainsi une démocratisation récente de formations complémentaires de plusieurs opérateurs est à l'œuvre, engagées par des structures diverses, qu'il s'agirait de documenter.

Enfin nous identifions un quatrième chantier concernant l'étude spécifique des RSSBE. Ceux-ci apparaissent en effet comme des dispositifs importants des politiques contemporaines où plusieurs des questions évoquées dans notre revue de la littérature s'y trouvent posées, dans la mesure où ils visent à proposer une forme d'organisation interprofessionnelle et intersectorielle en travaillant à la collaboration entre le monde de la santé et le monde du sport conformément au cadre impulsé par le PSSBE, dans une démarche de prescription d'APS aux personnes qui en sont éloignées, selon la perspective mise en avant par la loi de modernisation de notre système de santé de 2016. En ce sens, ils se trouvent au

cœur de l'agenda politique contemporain en matière de sport-santé. Ainsi si le travail d'Illivi (2018) a permis de porter l'attention sur la genèse et la mise en œuvre du PSSBE en analysant finement l'instrumentation qui s'y déploie, l'étude ne s'attache cependant pas à poser la focale sur les dispositifs spécifiques que représentent les RSSBE et notamment aux processus de coordination en jeu au sein de ceux-ci.

Nous porterons ainsi l'attention, dans ce travail, sur l'un des dispositifs phares des politiques publiques contemporaines du sport-santé, les RSSBE. Ceux-ci se trouvent en effet au cœur d'une configuration actuelle qui vise à répondre aux problématiques d'éparpillement des actions et qui a pour ambition de faire dialoguer les mondes du sport, de la santé et du secteur médico-social dans le contexte de la prescription de l'APS comme thérapeutique non médicamenteuse, et ceci, dans l'objectif de réduire les inégalités d'accès à la santé. Dans une période contemporaine dont le contexte politique incite au travail collaboratif interprofessionnel, nous nous proposons d'étudier la manière dont ces structures vont répondre à cette incitation. C'est donc à l'étude des processus de coordination au sein des RSSBE ainsi que leurs conséquences sur leur travail des acteurs que cette étude est consacrée. Ainsi, notre objectif est de focaliser le regard sur les modes de fonctionnement des RSSBE au niveau local en nous concentrant sur l'analyse de l'organisation du fonctionnement des pratiques dans ceux-ci, dans une posture intermédiaire entre l'étude des processus politiques à l'œuvre dans la gouvernance des PSSBE tels qu'ils sont par exemple décrits par Honta (2016) et Honta et Ivilli (2017) ou celle des carrières des usagers, proposée par exemple par Barth *et al.* (2014) dans les réseaux diabète.

Afin d'inscrire notre objet dans la perspective plus globale des politiques de santé publique visant la mise en mouvement des personnes, nous nous attacherons, préalablement, à recontextualiser la mise à l'agenda politique progressive de la question du sport-santé depuis les années 1960. Cette mise en perspective globale s'impose comme une nécessité afin de mieux cerner les enjeux présents dans les processus de coordination des RSSBE. Cela sera également l'occasion de caractériser précisément la configuration contemporaine des politiques publiques dans ce secteur, recontextualisée dans son temps long.

Pour mener à bien ce projet et poursuivre la réflexion, le prochain chapitre présente nos ancrages théoriques qui nous permettront de problématiser notre objet de recherche.

CHAPITRE 2 : ANCRAGES THEORIQUES

Chapitre 2 : Ancrages théoriques

Ce chapitre vise à positionner théoriquement notre travail à la lumière d'études en sociologie de la santé, sociologie politique de la santé et sociologie de l'action publique. Sans nous inscrire dans une tradition sociologique unique, nous tentons de croiser plusieurs approches afin de problématiser notre objet tout en travaillant à garder une cohérence épistémologique. En outre, si nous présentons ici certaines notions théoriques que nous utiliserons par la suite dans l'étude de notre objet, cette démarche s'inscrit dans l'objectif d'éclaircir, d'un point de vue global, nos ancrages théoriques. Les chapitres suivants, dans lesquels nous présenterons nos résultats, seront l'occasion d'approfondir plus en détail les concepts sociologiques présentés sommairement ici.

1. Etudier la trajectoire socio-historique du dossier du sport-santé

Dans la perspective de retracer la trajectoire socio-historique du dossier du sport-santé et notamment de sa mise à l'agenda politique sur un temps long afin de comprendre le contexte dans lequel s'inscrivent les RSSBE, nous inscrivons nos réflexions dans deux traditions sociologiques de l'étude de l'action publique.

Tout d'abord, à l'image de Bossy (2010), qui étudie les politiques de lutte contre l'obésité, ou de Collinet, Schut, Pierre et Caluzio (2014) relativement aux politiques de prévention du vieillissement, nous nous ancrerons dans l'approche de Kingdon (1984) par les « courants » qui permet de penser la progressive mise en œuvre de l'action publique en matière de sport-santé sur un temps long.

Comme le synthétisent Collinet *et al.* (2014), pour Kingdon (1984), trois éléments doivent être réunis afin d'envisager l'ouverture d'une « fenêtre d'opportunité » dans le cadre de l'action publique. Le premier d'entre eux concerne la définition d'un ou de plusieurs problèmes qui vont être identifiés ou qualifiés de publics. En fonction des dossiers, ces derniers peuvent apparaître soudainement auprès du politique par l'intermédiaire d'un événement important ou par un processus progressif de reconnaissance s'organisant sur une temporalité plus longue (Gilbert *et al.*, 2009). Le deuxième élément, construit ultérieurement à l'émergence du ou des problèmes se rapporte à la disposition de solutions potentiellement capables de le/les résoudre. Celles-ci peuvent rester en suspens suivant une durée variable et

dépendent d'un ensemble hétéroclite de conditions. Le courant des politiques publiques s'appuie ainsi ici « sur l'idée d'une soupe primitive dans laquelle sont mélangés les ingrédients de l'action publique » (Collinet *et al.*, 2014 : paragr. 8). Cette étape alimente les réflexions jusqu'au troisième élément qui correspond à l'action du politique où, à travers la prise en charge par les acteurs de cette arène, s'ouvre une « fenêtre d'opportunité » rendant possible l'action publique. Cette approche avoisine le modèle séquentiel d'analyse des politiques publiques qui pense la mise en place d'une politique publique selon un certain nombre d'étapes (Hassenteufel, 2008). En ce sens, si elle peut-être critiquée, notamment en ce qui concerne la difficulté d'identifier de manière claire des séquences qui peuvent se chevaucher dans la réalité des processus concrets, elle n'en reste pas moins utile, a minima, pour comprendre l'évolution globale de la mise à l'agenda politique des problèmes publics et de leurs solutions. En ce sens, elle nous paraît à propos afin de comprendre la progressive mise à l'agenda politique du sport-santé.

Deuxièmement, l'approche cognitive des politiques publiques (Jobert et Muller, 1987) permet de penser le changement en mettant l'accent sur la fonction cognitive et notamment sur le rôle des idées dans l'étude de l'action publique (Muller, 1990 ; Surel, 2000 ; Hall, 1993). Les politiques publiques sont, dans cette perspective, pensées « comme la construction d'un rapport au monde particulier » (Muller, 1995 : 157). En ce sens, comme le souligne Muller (1990 :57), « élaborer une politique publique consiste donc d'abord à construire une représentation, une image de la réalité sur laquelle on veut intervenir. C'est en référence à cette image cognitive que les acteurs organisent leur perception du problème, confrontent leurs solutions et définissent leurs propositions d'action ». A ce titre, la notion de « référentiel » (Jobert et Muller, 1987) permet de disposer d'un outillage théorique permettant de caractériser précisément les représentations et les images de la réalité dans les politiques tout comme les phénomènes qui sont à l'œuvre pour passer d'une représentation à l'autre. En effet, un référentiel est défini comme « une structure de sens qui permet de penser le changement » (Muller, 1990 : 55) et décrit le « processus par lequel un groupe social construit une image de la réalité et une nouvelle conception de l'action publique dans un secteur considéré » (Muller, 1990). Dans ce contexte, les auteurs de cette perspective de recherche nomment « médiation », l'ensemble des processus de construction de ce rapport au monde (Muller, 1990).

Définissant plus précisément la notion, Muller (1990) précise que le référentiel articule quatre caractéristiques : des valeurs, des normes, des algorithmes et des images. Les valeurs sont

« les représentations les plus fondamentales sur ce qui est bien ou mal, désirable ou à rejeter » (Muller, 1990 : 58). Les normes, quant à elles, définissent « des écarts entre le réel perçu et le réel souhaité [...] et définissent des principes d'actions » (Muller, 1990 : 59). Les algorithmes sont, quant à eux, « des relations causales exprimées sous la forme « si...alors » qui expriment une théorie de l'action » (Muller, 1995 : 159). Enfin « les images sont de remarquables vecteurs implicites de valeurs, de normes ou même d'algorithmes. Elles font sens immédiatement sans passer par un long détour discursif » (Muller, 1995 : 159). Comme le souligne Surel (1995), cette approche vise à faire le lien entre la dimension symbolique et les processus concrets qui définissent les politiques publiques que la notion de médiation permet d'éclairer et dont, « l'émergence correspond à la cristallisation plus ou moins éphémère du système d'acteurs autour d'images et de normes partagées, qui légitiment la prise de décision et la mise en œuvre des politiques publiques » (Surel, 1995: 127). Dit autrement, « le médiateur est l'acteur, groupe ou individu, qui produit le référentiel [...]. En cela, il crée les conditions politiques de la définition d'un nouvel espace d'expression des intérêts sociaux, à partir d'un cadre de référence à la fois normatif et cognitif dans lequel les différents acteurs vont pouvoir mobiliser des ressources et nouer des relations d'alliances ou de conflits » (Muller, 1995 : 161). En ce sens, le médiateur s'inscrit dans un processus de décodage du monde pour le rendre intelligible et lui donner du sens, puis réalise une démarche de recodage afin de « définir des objectifs et actions visant à mettre en place une transformation du monde présentée comme inéluctable » (Muller, 1995 : 164).

En outre, les concepts de référentiel et de médiation sont inévitablement liés à la notion de pouvoir. En effet, selon Jobert (Jobert, 1992) ou Muller (1995), une dimension importante de la médiation relève du « couple champ intellectuel/champ de pouvoir » (Muller, 1995 : 189). Muller (1995 : 165) précise en effet que le mouvement de médiation est un « processus de prise de parole (production du sens) et un processus de prise de pouvoir (structuration d'un champ de forces). Le référentiel définit une sorte de cadre intellectuel qui permet de baliser l'intervention des différents acteurs dans un secteur donné ou un niveau global. Non seulement une politique publique produit du sens, mais elle produit aussi du pouvoir. Cela veut dire que dans un processus de médiation, on est toujours en présence d'un phénomène de construction de leurs intérêts par les groupes sociaux. Ainsi, lorsqu'on examine l'élaboration de politiques publiques, on s'aperçoit qu'à chaque fois, le représentant d'un groupe ou d'un acteur instaure une relation d'hégémonie ou de leadership dans le secteur. Ce groupe se fait alors reconnaître comme l'acteur dominant du secteur et fait accepter (plus ou moins difficilement) sa prétention au leadership par l'ensemble des acteurs concernés ». Ainsi, lors

du mécanisme de production du référentiel, les processus de médiation s'accompagnent de luttes de pouvoir entre acteurs dans la définition même du référentiel, qui peuvent conduire à des conflits ou alliances entre les groupes sociaux en présence.

Dès lors, l'approche cognitive des politiques publiques ainsi que l'outillage théorique qui en découle, permettant d'identifier, de caractériser et de comprendre les enjeux des politiques publiques dans un secteur donné, nous semblent particulièrement opportuns afin de penser l'action publique du sport-santé, notamment dans sa période la plus contemporaine.

2. Etudier des dispositifs collaboratifs

Afin d'étudier les RSSBE qui sont des dispositifs contemporains incitant au travail collaboratif interprofessionnel, nous ancrons nos réflexions dans plusieurs traditions sociologiques.

2.1. La sociologie des réseaux de santé : identifier des formes de coordination et les conditions de leur genèse

Nous l'avons vu dans l'état de l'art exposé dans le chapitre précédent, ce qui caractérise fondamentalement les RSSBE, est de proposer une organisation collective dans le champ du sport-santé, faisant collaborer des univers sociaux hétéroclites pouvant parfois être éloignés afin d'atténuer l'éclatement, la fragmentation et parfois la redondance des dispositifs au niveau local et ce, dans l'objectif de réduire les inégalités de santé. S'intéresser à des dispositifs tels que les RSSBE conduit alors à étudier une pluralité d'acteurs ainsi qu'aux liens qu'ils tissent les uns avec les autres dans une perspective de collaboration interprofessionnelle.

Premièrement, plusieurs travaux s'inscrivant dans le champ de la sociologie de la santé, et plus particulièrement des « réseaux de soin » (Bergeron et Castel, 2015 : 213), ont travaillé à mettre en lumière et à formaliser des modèles typiques de collaboration mis en place par différents réseaux de santé afin de favoriser une coordination formalisée (Robelet, Serré et Bourgueil, 2005). Dans cette tradition sociologique, nous entendons par coordination, en référence à Dodier (1993), le souci « d'ajustement réciproque des actions entre différents protagonistes » (Dodier, 1993 : 67) engagés dans le RSSBE, et les appuis et ressources

« internes ou externes à leur territoire d'action qu'ils mobilisent pour agir » (Haschard-Noé *et al.*, 2010 : 90).

Ces études cherchent à appréhender les réseaux de santé en tant que structures réticulaires reposant sur différentes « techniques » du réticulé (Musso, 2003). L'approche consiste ici à s'intéresser aux techniques et technologies déployées pour analyser ces formes de mises en lien qui apparaissent comme des modalités diverses de ce que Leutz (1999) nomme des niveaux « d'intégration » des secteurs médicaux et sociaux dans le champ de la coordination des réseaux de soin. L'auteur précise que le terme « intégration » recouvre un éventail de sens qui peut aller d'une coordination étroite des soins cliniques pour les individus à la création d'organisations de soins qui possèdent ou souscrivent un large soutien médical et social de prestations de service. Dans ces travaux, l'intégration est définie comme la recherche visant à relier le système de santé à d'autres systèmes de services humains afin d'améliorer les résultats (Leutz, 1999 : 77). Dit autrement, ces perspectives théoriques cherchent à caractériser les formes de coordinations inter-professionnelles, inter-organisationnelles et inter-sectorielles selon leur niveau d'intégration.

Reprenant cette approche heuristique pour l'étude des dispositifs collaboratifs en matière de santé, les travaux de Trouvé, Couturier, Saint-Jean et Somme (2010) mettent en évidence trois modalités de coordination en ce qui concerne l'organisation en réseaux dans le champ gérontologique français, qui mettent en lumière trois niveaux d'intégration. Certains dispositifs proposent une forme dite de « liaison » qui correspond essentiellement à la transmission et à la mise en forme d'informations. Ce mode de coordination, que l'on peut qualifier de « minimaliste » (Dodier, 1993 : 71), « repose sur une connaissance aussi complète que possible des acteurs, des services et des structures œuvrant dans le périmètre couvert par la coordination et ce, grâce à des rencontres régulières. Au cours de ces rencontres, les organisations ainsi que les équipes de cliniciens expliquent, mutuellement, leurs actions et les limites de celles-ci. Cette dynamique vise à permettre à chacun, à défaut de partager, au moins de comprendre la logique des uns et des autres, dépendamment de leur formation, de la structure à laquelle ils appartiennent et de la tutelle et du mode de financement de cette dernière » (Trouvé *et al.*, 2010 :40). D'autres vont proposer une organisation dite « pleinement intégrée » (Leutz, 1999 : 85, 88) dans laquelle « une structure unique a la responsabilité de fournir aux personnes l'ensemble du continuum de soins et de services. Au besoin, cette organisation centrale contracte avec certains prestataires extérieurs pour compléter son offre de services » (Trouvé *et al.*, 2010 : 33). Enfin, des dispositifs vont mettre en place des formes d'organisation par « co-ordination » (Leutz, 1999 : 84) dans lesquelles les

parties prenantes « mettent en place des mécanismes systématiques de collaboration pour trouver des solutions aux problèmes de discontinuité des interventions » (Trouvé *et al.*, 2010 : 43-44). Elle se réalise par une co-construction inter-sectorielle et inter-organisationnelle. Les auteurs qui s'inscrivent dans ces perspectives de recherche montrent que les acteurs s'ancrant dans chacune de ces modalités de coordination mettent en place des « techniques » du réticulé bien spécifiques qui nous permettront d'analyser les RSSBE.

Ces travaux nous questionnent alors sur la nature des modalités de coordination mise en place sur le terrain des RSSBE. Il sera important, partant de là, de caractériser ces formes d'intégration et de décrire les techniques et technologies employées pour cela.

Deuxièmement, d'autres travaux en sociologie des réseaux de santé vont, quant à eux, non pas s'attacher à caractériser les formes d'intégration ou de coordination, mais à identifier les conditions de création et de pérennisation dans le temps, de ces structures (Schweyer, Levasseur, Pawlikowska, 2002, Schweyer, 2005 ; Blanchard 2004 ; Robelet *et al.*, 2005). Dans le cadre des réseaux de soin, les études de Schweyer *et al.*, (2002) et Schweyer (2005) s'attachent notamment à montrer « l'ambiguïté structurelle entre les réseaux et leurs fondateurs, les effets de l'institutionnalisation des réseaux sur l'engagement des membres fondateurs ainsi que la confrontation des porteurs des réseaux aux contraintes administratives et gestionnaires » (Schweyer, 2005 : 89) de son institutionnalisation.

S'inscrivant dans le champ de la sociologie de l'action publique, les travaux de Bergeron, Castel et Noguez (2013) travaillent quant à eux à identifier les conditions de genèse et de diffusion d'un programme de prévention de l'obésité réunissant de nombreux monde sociaux. Les auteurs, après un état des lieux des perspectives théoriques concernant la notion d'entrepreneur, travaillent à développer une « sociologie de l'entrepreneur-frontière » (Bergeron *et al.*, 2013: 263) afin d'expliquer comment « des acteurs provenant d'univers sociaux différents parvenaient à coopérer, échanger ou se coordonner » (Bergeron *et al.*, 2013: 292). Il s'agit bien ici de mettre en évidence des récurrences dans les processus mis en place par les acteurs pour de la coordination à plusieurs niveaux d'intégration.

Ces deux perspectives de recherches complémentaires, qui s'attachent à décrire précisément comment des formes de travail collectives sont créées, sont riches d'enseignements pour nous et vont nous permettre de nous questionner sur les conditions de genèse des structures réticulaires interprofessionnelles que représentent les RSSBE.

2.2. La sociologie de la traduction pour éclairer les processus de coordination dans les dispositifs sport-santé

Sans nous inscrire totalement dans la tradition de recherche de la sociologie de la traduction, dans la mesure où nous n'en reprenons pas les méthodes, certains outils mobilisés par ce courant nous semblent particulièrement opérationnels pour questionner notre objet. Nous empruntons en effet à cette tradition de recherche des concepts qui nous semblent opportuns afin d'envisager la manière dont des acteurs issus d'univers hétérogènes pourraient se lier (médecins, dirigeants de fédérations sportives, éducateurs sport-santé du milieu sportif, enseignants en APA, représentants des usagers du système de santé...)

La sociologie de la traduction a été développée initialement par Callon et Latour dans le cadre de la sociologie des sciences. Comme le souligne Delalandre (2009), « elle permet de penser à la fois l'intrication du social et du cognitif et la mobilisation de l'hétérogénéité des acteurs impliqués » (Delalandre, 2009 : 53) dans le monde de la recherche scientifique. Partant du refus du recours à la nature comme explication du règlement des controverses scientifiques, Latour (2005) soutient l'idée selon laquelle science et nature ne sont pas à disjoindre et que les pensées dont le point de départ postulent l'existence de groupes sociaux, d'institutions et autres catégories sociales déjà constituées ne sont pas viables. Au contraire, les auteurs invitent à focaliser l'attention sur les alliances que forment les acteurs ou groupes d'acteurs pour faire accepter des faits scientifiques. Ce courant théorique insiste ainsi sur la manière dont les scientifiques sont capables ou non de mettre en place un ensemble d'opérations afin de fédérer des réseaux d'acteurs autour d'eux et ainsi imposer leurs conclusions scientifiques.

L'article fondateur de Callon (1986) concernant la constitution d'un savoir scientifique sur les coquilles Saint-Jacques de la baie de Saint-Brieuc, rend compte des concepts théoriques de la sociologie de la traduction. Le sociologue analyse, en effet, la manière dont trois chercheurs vont fédérer autour d'eux tout un ensemble d'acteurs hétérogènes afin qu'ils s'inscrivent dans le programme de recherche-action proposé par ces scientifiques visant à tester une nouvelle méthode de culture de coquilles Saint-Jacques alors en voie d'extinction. L'auteur montre que ce processus va passer par plusieurs étapes. Lors de la première, dite de « problématisation » (Callon, 1986 : 180), les chercheurs vont tâcher de définir l'objet de leurs recherches d'une manière à ce que les autres acteurs (marins-pêcheurs, les collègues scientifiques, les coquilles Saint-Jacques) trouvent un intérêt à cet objet, en

acceptent la définition, et se sentent concernés par le projet. Ce processus passe non seulement par l'identification de ces autres acteurs mais aussi par la définition de Points de Passage Obligés (PPO) qui décrit comment la problématisation formulée par les chercheurs doit être acceptée par l'ensemble des autres acteurs, dans leur propre intérêt. En ce sens, les PPO impliquent des « déplacements et détours à consentir et pour cela des alliances à sceller » (Callon, 1986 : 185). La deuxième étape concerne « l'intéressement » qui est défini comme « l'ensemble des actions par lesquelles une entité (ici les trois chercheurs) s'efforce d'imposer et de stabiliser l'identité des autres acteurs qu'elle a définie par sa problématisation » (Callon, 1986 : 185). Dit autrement, cette étape est celle où les « chercheurs scellent des alliances avec les acteurs associés à leur problématique » (Delalandre, 2009 : 54), notamment en les dissociant de potentielles autres alliances concurrentes. Ainsi, cette séquence s'appuie sur une interprétation des volontés et objectifs des acteurs auxquels on souhaite se lier. La troisième étape, « l'enrôlement (...) désigne le mécanisme par lequel un rôle est défini et attribué à un acteur qui l'accepte. L'enrôlement est un intéressement réussi » (Callon, 1986 : 189). A ce niveau, plusieurs mécanismes à l'œuvre dans l'enrôlement sont décrits par l'analyse sociologique de Callon : la violence physique, la séduction, la transaction et le consentement sans discussion. L'ultime étape est celle de la mobilisation où les divers acteurs sont liés les uns aux autres par l'intermédiaire de leurs porte-parole qui s'expriment pour eux, ce qui permet d'homogénéiser les points de vue. Dit autrement, dans l'étude de Callon, les trois chercheurs vont parler au nom de populations indénombrables et d'acteurs silencieux. Au final, le travail de traduction « est le processus par lequel le monde social et le monde naturel se co-construisent » (Delalandre, 2009 : 55). Ainsi, comme le souligne Callon (1986 :204), « traduire, c'est également exprimer dans son propre langage ce que les autres disent et veulent, c'est s'ériger en porte-parole. A la fin du processus, s'il a réussi, on n'entend plus que des voix parlant à l'unisson et se comprenant mutuellement ». La traduction permet alors de rendre compte du double mécanisme d'unification du discours d'acteurs séparés au départ et des déplacements, et ajustements nécessaires qui l'ont accompagné. Les outils conceptuels développés par cette tradition de recherche nous semblent particulièrement adaptés afin d'étudier les processus par lesquels les divers acteurs impliqués dans les RSSBE, qu'ils soient issus de l'univers de la santé, du sport, de l'APA-S... vont s'accorder pour produire un discours unifié.

De plus, en accordant une attention particulière aux inscriptions produites dans le processus de traduction, cette approche les place au cœur de la constitution des réseaux dans la mesure où elles circulent entre l'ensemble des acteurs. Ainsi, pour Callon (2006 : 268-269),

« le travail des chercheurs consiste à mettre en place des expériences pour faire “écrire” les entités qu'ils étudient, puis à mettre en forme ces inscriptions, et ensuite à les combiner, les comparer et les interpréter. Au terme de ces traductions successives, les chercheurs produisent des énoncés décrivant ce que sont capables de faire les entités sur lesquelles sont menées les expériences ». Ces inscriptions qui peuvent prendre la forme de figures, de chiffres, ou encore de graphiques constituent également des ressources pour les acteurs en constituant des informations « qu'il est possible de combiner et d'évaluer et qui permettent à ces centres de décider et d'engager des actions stratégiques mobilisant le réseau, en vue d'agir sur les états du monde » (Callon, 2006: 270). Est alors posé un regard particulièrement attentif sur les outils qui produisent ces inscriptions et qui peuvent, dans certains cas, matérialiser les réseaux. Sur notre terrain, cette orientation théorique semble intéressante dans la mesure où les acteurs au cœur des dispositifs de remise à l'APS que sont les RSSBE utilisent des outils produisant des inscriptions qui vont potentiellement servir les intérêts de chacun. Ainsi, les résultats des patients à des tests chiffrés peuvent servir aux bénéficiaires à évaluer leurs progrès, aux intervenants sport-santé à motiver les patients à pratiquer ou aux coordonnateurs à faire des bilans à remettre aux instances évaluatrices. En ce sens, les mots d'Akrich (2006 : 132) nous paraissent pertinents quant à notre objet quand elle soutient que « l'hypothèse que les objets techniques ne sont pas seulement des dispositifs de traduction mais aussi des “objets-frontière”, c'est-à-dire des dispositifs matériels liant les divers intérêts des acteurs impliqués ». L'auteure ajoute alors « en introduisant, à l'instar de Thévenot [Thévenot, 1990], cette exigence de coordination et en essayant de comprendre comment elle se distribue entre les acteurs et les objets, nous faisons l'hypothèse de voies de passage possibles entre l'analyse en termes de réseau et d'autres formes d'analyse sociologique : s'il est vrai que les objets techniques sont capables d'être à la fois une liaison et une barrière entre des espaces incommensurables, alors ils peuvent être considérés comme l'une des matérialisations possibles des compromis entre les cités des économies de la grandeur ». Ainsi, l'attention portée aux objets comme outil de coordination nous semble une approche particulièrement intéressante sur notre terrain.

Au final, les outils théoriques développés par la sociologie de la traduction nous paraissent particulièrement opérationnels pour penser les processus de coordination à l'œuvre au sein des RSSBE.

2.3. La sociologie de l'action publique

Plusieurs travaux ancrant leurs propos dans le champ de la sociologie de l'action publique nous permettent également de questionner puis de problématiser notre objet d'étude. Nous focalisons ici l'attention sur trois approches heuristiques complémentaires pouvant éclairer pertinemment notre terrain d'enquête : l'approche travaillant la question du gouvernement des corps ; le courant de l'instrumentation de l'action publique ainsi que les axes théoriques développés par la sociologie de la quantification.

2.3.1. *Le gouvernement des corps*

De nombreuses analyses concernant les politiques publiques de santé ont noté une focalisation contemporaine sur les comportements considérés comme étant à risque et qui peuvent potentiellement conduire au développement de pathologies chroniques chez les individus qui les adoptent (Peretti-Wattel, 2004 ; Berlivet, 2000). En ce sens, l'action publique sanitaire moderne va porter une attention croissante aux risques que les personnes produisent eux-mêmes par leurs habitudes de vie quotidiennes (l'inactivité physique par exemple), notamment dans le cadre d'une orientation forte de ces politiques vers des dispositifs de prévention, en particulier des ALD (Peretti-Wattel et Moatti, 2009 ; Moore et Fraser, 2006). Ces politiques de la nouvelle santé publique (Bergeron et Castel, 2015) incitent ainsi à une participation quotidienne des individus où il s'agit de protéger sa propre santé (Beck, 2001, Herzlich et Pierret, 1984 ; Peretti-Wattel et Moatti, 2009 ;)

Dans cette perspective, de nombreux travaux ont étudié la manière dont le corps est devenu tout à la fois un lieu d'exercice du pouvoir ainsi qu'un objet de gouvernement (Fassin et Memmi, 2004). L'expression « gouvernement des corps » est alors ici employée en référence à l'ouvrage classique de Fassin et Memmi (2004) dans le sens des pratiques qui impliquent une « immixtion des pouvoirs publics dans la relation privée de l'individu à son destin physique et ce, dans le cadre de la place croissante occupée par les questions du corps, de la santé et de la vie dans le gouvernement des affaires humaines » (Fassin et Memmi, 2004 : paragr. 2). En s'appuyant sur plusieurs travaux anthropologiques comme ceux de Lock et Scheper-Hughes (1996), qui postulent que le corps est pluriel en distinguant trois modalités corporelles – le corps individuel, le corps social et le corps politique –, les auteurs cherchent à poser la focale sur le corps politique « qui est le lieu de la régulation, de la surveillance et du

contrôle » (Fassin et Memmi, 2004 : paragr. 11). Les travaux critiques d'inspiration foucauldienne ont souvent mis en avant le concept de « gouvernementalité », c'est-à-dire l'ensemble des technologies de subjectivation déployées par les autorités politiques pour faire adopter aux populations certains comportements jugés bons pour la collectivité (Dubuisson-Quellier, 2016a ; Tesh, 1988, Miller et Rose, 2008 ; Petersen et Lupton, 1996). L'exercice de ce pouvoir se réalise non par l'interdiction ou par la contrainte, mais en agissant directement sur les phénomènes qui les provoquent afin de faire disparaître ces comportements (Foucault, 2004). Les mécanismes de sécurité fonctionnent ainsi par « une annulation progressive des phénomènes par les phénomènes eux-mêmes. Il s'agit en quelque sorte de les délimiter dans des bornes acceptables plutôt que de leur imposer une loi qui leur dit non » (Foucault, 2004 : 68). Ainsi, comme le soulignent Fassin et Memmi (2004, paragr. 21), « la subjectivité est donc le produit de la gouvernementalité et se dessine alors un gouvernement de soi par soi dans son articulation avec les rapports à autrui ». Selon cette perspective, les autorités publiques travaillent à modifier les conduites « par des procédures douces qui visent à faire intérioriser des normes » (Fassin et Memmi, 2004 : emplacement 245). Celles-ci impliquent alors le recours à des mesures et à des technologies incitatives davantage qu'à des injonctions moralisatrices à respecter. Dès lors, le « gouvernement des conduites individuelles » apparaît comme un nouveau paradigme de l'action publique (Dubuisson-Quellier, 2016a). Comme le soulignent Bergeron et Castel (2015 : 371), plusieurs travaux (Petersen et Lupton, 1996 ; Thanem, 2009 ; Nettleton, 1997 ; Levay, 2010 ; Miller et Rose, 2008) ont porté « une attention particulière à la façon dont les politiques de santé publique s'appuyaient sur la promotion et l'activation de “technologies de soi”, développées par des experts » et ont montré comment ces « technologies constituaient de puissants outils pour accompagner les individus vers des styles de vie plus sains afin de les transformer en “entrepreneur” de leur propre santé ». Ainsi, ces technologies de soi vont favoriser une autodiscipline dans laquelle l'individu est amené à se responsabiliser pour se prendre en main.

Divers processus ont été identifiés dans ces technologies gouvernementales mais Fassin et Memmi (2004) en retiennent trois qui nous paraissent particulièrement pertinents pour questionner notre objet.

Le premier s'ancre autour des formes de surveillance et d'auto-surveillance des corps

et des conduites corporelles¹⁴. Selon cette perspective, les transformations comportementales s'opèreraient non pas dans un rapport autoritaire, mais à travers des processus de normalisation douce dans lesquels les procédures d'auto-surveillance de soi prennent une place importante. Fassin et Memmi (2004 : paragr. 26) précisent, en effet, qu'« à l'intimation au nom de la loi tend à se substituer une obligation d'intérioriser la norme ». Gouverner va finalement se traduire par faire en sorte que chacun se gouverne soi-même. Bergeron et Castel (2015) expliquent à ce niveau que l'une des caractéristiques des technologies de gouvernement est de ne pas être « directement pilotées par les instances autrefois perçues comme centrales mais de se déployer à un niveau local, pour permettre un “gouvernement à distance“ » au moyen notamment des techniques d'auto-surveillance. Rail (1996 : 20), sur les questions de gouvernement des conduites par la mise en mouvement des personnes, insiste sur ce point lorsqu'elle étudie ce qu'elle dénonce comme « une violence de l'impératif du bien-être » dans nos sociétés modernes. L'auteure explique, en effet, que le travail du biopouvoir à l'œuvre se révèle par « l'attention croissante donnée à l'auto-observation, l'autodiagnostic et l'autotraitement du corps » qui passe entre autres par une auto-surveillance et une auto-quantification numérique de soi « rendues possibles grâce aux applications, à la biométrie, aux capteurs et aux dispositifs de surveillance qui sont ingérables, portables ou implantés » (Rail, 1996 : 22).

Le second processus concerne un gouvernement que l'on pense adapté aux « particularités de chacun, de chaque histoire, de chaque problématique » (Bergeron et Castel, 2015). Dit autrement, il s'agit d'un modèle dans lequel le « cas par cas devient un mode de gestion » (Fassin et Memmi, 2004 : paragr. 28) principal. Ainsi « casuistique et compassion, individualisation et psychologisation sont un complément des formes traditionnelles d'action s'adressant à des collectivités peu différenciées et mettant en œuvre des rationalités bureaucratiques » (Fassin, Memmi, 2004 : paragr. 27). En ce sens, Berlivet (2004), étudiant les campagnes de prévention concernant la consommation de tabac et d'alcool, parle d'un processus d'individuation de celles-ci par le CFES à partir du début des années 1980 par, notamment, l'introduction de savoirs issus de la psychosociologie. Il s'agit ici de caractériser un mode de gouvernement qui est de plus en plus individualisé.

Un troisième processus sur lequel Dubisson-Quellier (2016) insiste également, s'inscrit dans le fait de « responsabiliser les individus face aux effets collectifs de leurs

¹⁴Sur ce sujet, la revue de littérature de Castagnino (2018) réalise un exposé détaillé de la sociologie de la surveillance.

conduites » (Dubuisson-Quellier, 2016b : emplacement 439). La volonté, dans ces démarches de responsabilisation, n'est pas de « culpabiliser les acteurs, mais plutôt de les rendre réflexifs sur les conséquences de leurs actions individuelles sur la collectivité afin de légitimer le gouvernement de leur conduite » (Dubuisson-Quellier, 2016b : emplacement 447). En étant mieux informés des potentielles conséquences négatives de leurs actes, pour eux et pour la collectivité, les individus « seraient plus à même d'adopter des conduites favorables au maintien du bien commun » (Dubuisson-Quellier, 2016b : emplacement 448). L'auteure précise ainsi que les pouvoirs publics publient par exemple des documents mettant en avant des liens de causalité « entre décisions privées et problèmes publics » (Dubuisson-Quellier, 2016b : emplacement 450). Ce gouvernement des conduites des individus par une démarche de responsabilisation subjective est réalisé parce qu'il leur permet notamment de faire leurs choix en « connaissance de cause » dans la mesure où ils sont outillés par plusieurs instruments de mesure d'auto-évaluation d'eux-mêmes. Dans cette veine, plusieurs auteurs montrent que les politiques publiques de santé contemporaines cherchent à susciter des processus d'« agentisation » (Rose, 2001, 2007) définis par Bulot *et al.* (2007) comme le fait de se sentir auteur de ses propres actions, et visent la transformation des comportements individuels par les pratiques réflexives des individus.

Nous inscrivant dans ces perspectives théoriques de recherche concernant la question du gouvernement des corps, il convient de nous interroger sur l'opérationnalisation concrète de ces processus de gouvernementalité, notamment dans les dispositifs de sport-santé locaux.

Par ailleurs, commentant les travaux néo-foucauldien qui travaillent la question du gouvernement des corps, Bergeron et Castel (2015) mettent en garde, à la suite d'autres études (Nettleton, 1997 ; Fassin, 2000 ; Rabinow et Rose, 2006), à ne pas penser « un biopouvoir « tutélaire » qui déterminerait comment les individus conçoivent leur vie et qui s'imposerait irrémédiablement aux personnes » (Bergeron et Castel, 2015 : 372). Des phénomènes de résistance, de difficulté, et d'opposition face au biopouvoir seraient ainsi à l'œuvre dans le cadre d'une forme « gouvernementalité limitée » (Fassin, 2000) de la santé publique.

Dès lors, il sera important sur notre terrain, d'être attentif à de potentielles résistances au déploiement des techniques et technologies de gouvernement des conduites. Si les études citées précédemment s'intéressent à la réception de ces politiques par leurs destinataires, peut-on observer des formes de résistance chez les opérateurs mêmes de ces politiques locales ?

Les travaux cités, qui s'intéressent à la question du gouvernement du corps, se sont souvent attachés à critiquer cette ambition de la santé publique, considérée comme étant idéologique et normative (Lascoumes, 2007 ; Bossy et Briatte, 2011 ; Clavier, 2011 ; Berlivet, 2013 ; Rail, 2016) et nous paraissent alors riches d'apports pour penser et questionner notre objet et montrer comment s'opère le gouvernement des corps à l'œuvre dans le champ du sport-santé.

2.3.2. *Les instruments du gouvernement des conduites*

Si la notion de gouvernementalité permet de rendre compte des technologies de subjectivation déployées dans l'exercice du pouvoir, Dubuisson-Quellier précise que « Foucault reste assez peu prolix sur les instruments propres à cette forme d'exercice du pouvoir par l'État » (Dubuisson-Quellier, 2016b : emplacement 314). Le programme de recherche visant à penser l'action publique par ses instruments, fortement développé par Lascoumes et Le Galès (2004) à la suite des travaux pionniers de Hood (1986, 2007), cherche à pallier ce constat en s'attachant à poser la focale sur les aspects concrets et matériels de la relation qui s'établit entre gouvernants et gouvernés (Halpern, 2011, Halpern et Le Galès, 2011 ; Halpern *et al.*, 2014). Ces travaux travaillent alors à restituer la contribution normative des instruments qui « participent autant à la production de connaissances (par prélèvement et mise en forme d'informations), qu'ils orientent les conduites (modèles de comportement, passages obligés, routines) » (Halpern *et al.*, 2014 : emplacement 513). Nous intéressent à un dispositif particulier (les RSSBE) d'une politique publique, l'approche par les instruments nous semble particulièrement intéressante. Nous suivons la définition de Lascoumes et Le Galès, qui définissent un instrument d'action publique (IAP) comme un « dispositif à la fois technique et social qui organise des rapports sociaux spécifiques entre la puissance publique et ses destinataires en fonction des représentations et des significations dont il est porteur » (Lascoumes et Le Galès, 2004 : 12-13). L'instrumentation constitue, quant à elle, « l'ensemble des problèmes posés par le choix et l'usage des outils (des techniques, des moyens d'opérer, des dispositifs) qui permettent de matérialiser et d'opérationnaliser l'action gouvernementale. Il s'agit de comprendre non seulement les raisons qui conduisent à retenir tel instrument par rapport à tel autre, mais aussi à envisager les effets produits par ces choix » (Lascoumes et Le Galès, 2012 : 99).

Si la typologie proposée par Hood (2007) qui met en avant l'ensemble des IAP nous semble particulièrement opportune pour comprendre par exemple la politique interministérielle complexe des PSSBE déployée sur une région comme a pu le faire Illivi dans sa thèse de doctorat (2018), la grille de lecture proposée en conclusion des travaux regroupés par Dubuisson-Quellier (2016c) nous paraît plus appropriée afin de rendre compte de la manière dont s'effectue le processus de gouvernementalité en jeu dans les RSSBE. L'auteur propose de classer les instruments du gouvernement des conduites en trois catégories.

Une première catégorie vise à « construire une réflexivité des individus en mettant en regard leur action avec les externalités négatives qu'elle produit » (Dubuisson-Quellier, 2016c : emplacement 9236). Plusieurs instruments vont chercher à mettre en place cette réflexivité comme par exemple ceux d'autocontrôle, les campagnes d'information, d'éducation ou de sensibilisation.

Une deuxième catégorie regroupe les instruments modifiant les architectures du choix « en limitant l'accès à certaines possibilités, voire en forçant le choix vers des options, comme les automates, ou en jouant sur la présentation des options possibles pour orienter les comportements, comme les nudges » (Dubuisson-Quellier, 2016c : emplacement 9291).

Enfin, la troisième catégorie vise à « rationaliser les conduites en orientant leur décision par le biais d'une intervention sur les conditions de formulation de ce choix via l'incitation, la sanction économique, la construction d'outils de commensurabilité, ou de singularisation » (Dubuisson-Quellier, 2016c : emplacement 9335).

Quels sont les instruments déployés par l'action publique dans le cadre du gouvernement des conduites, notamment sur le terrain des dispositifs de collaboration interprofessionnelle que sont les RSSBE ? Quels sont leurs rôles à la fois cognitifs, en termes de catégorisation du réel, et normatifs, en ce qui concerne la définition des modèles de comportements légitimes ?

Si les critiques des travaux sur les IAP ont souligné une attention portée sur des dispositifs finalement vidés de leurs acteurs et de leurs conflits, les sophistications ultérieures de ce cadre théorique ont permis de lever ces objections (De Larminat, 2014 : Bezès, 2004 ; Le Bourhis, 2007). En effet, Le Bourhis et Lascoumes (2014) soulignent que de multiples résistances à la mise en œuvre des instruments « contribuent à en limiter la concrétisation ou à en exacerber certains effets, tandis que d'autres mobilisations favorisent l'impulsion d'une dynamique qui échappe à leurs concepteurs » (Le Bourhis et Lascoumes, 2014 : emplacement

597). Les auteurs identifient premièrement « trois espaces de résistances » qui renvoient chacun à des types d'acteurs, des formes de pouvoirs et des modalités d'interaction différente : « celui de la conception d'un instrument, celui de sa mise en œuvre et celui de son appropriation par les publics cibles » (Le Bourhis et Lascoumes, 2014 : emplacement 10452). Deuxièmement, inspirées par la classification d'Hirschman (1970), sont mises en évidence trois formes de résistance aux instruments : « le contournement qui est un évitement radical, un non-usage de la part des publics cibles principalement » ; « le détournement qui est une forme d'appropriation et de réinterprétation qui peut être assimilée à une résistance, généralement de la part des agents chargés de sa mise en œuvre, qui s'en saisissent pour l'asservir à leurs propres fins » ; « la neutralisation qui est une appropriation de surface, une simulation d'usage, lorsque l'évitement est rendu impossible » (Le Bourhis et Lascoumes, 2014 : emplacement 10584). Le tableau suivant permet de récapituler ces diverses résistances aux instruments :

Attitudes	Types de résistances	Espaces	Exemples de pratiques de résistances
VOICE	Contestation	- Conception - Mise en œuvre	- Affrontement d'experts, refus politique, concurrence sectorielle - Refus affiché de l'instrument, opposition ouverte à son existence et à son usage, désobéissance civile
		- Public cible	- Manifestations, protestations publiques, destruction de l'instrument
EXIT	Détournement-Contournement	- Conception - Mise en œuvre	- Ambiguïté intentionnelle dans une loi ou un règlement qui affiche un objectif tout en ouvrant la possibilité d'une non-réalisation - Usage « intelligent » cherchant à faire faire autre chose à l'outil, non remis en cause, ou à en modifier les effets dans un sens plus favorable. Appropriation utilitariste de l'instrument mis au service d'autres objectifs ; recyclage
		- Public cible	- Refus dissimulé de s'y soumettre, pratiques d'échappement ou d'évitement de l'instrument
	Neutralisation	- Conception - Mise en œuvre	- Introduction d'un vice de fonctionnement (taxation incitative fixée à un niveau inapte à agir sur les comportements) - Usage formel sans appropriation de l'outil (« pull sur la chaise ⁴¹ ») dans le but d'en annuler ou d'en réduire les effets
		Public cible	- Pratiques destinées à fausser les mesures ou les effets (si le contournement est impossible)
LOYALTY	Appropriation et naturalisation	- Tous	- Pratiques d'instruments devenus évidents, quasi invisibles ; comportements automatiques

Figure 2 : Diverses résistances aux instruments (d'après Le Bourhis et Lascoumes, 2014 : emplacement 10595)

L'espace de résistance concernant la mise en œuvre des instruments utilisés dans les RSSBE nous intéressera tout particulièrement. Il conviendra, sur notre terrain, d'être attentif à ces potentielles formes de détournement, de contestation de neutralisation ou d'appropriation de ces instruments, notamment chez les opérateurs territoriaux des politiques publiques du sport-santé.

2.3.3. *La sociologie de la quantification et du soi quantifié*

Gouverner les conduites des individus passant, entre autres, par une démarche de responsabilisation subjective de soi en permettant aux individus de faire leurs choix en « connaissance de cause », l'utilisation d'instruments de mesures d'évaluation et d'auto-évaluation quantifiée de soi (Trespéuch, 2016 ; Perrin-Heredia, 2016 ; Lazarus, 2016 ; Piganiol, 2016) s'avère être au cœur de cette démarche. A cet égard, Dubuisson-Quellier (2016b : emplacement 456) précise que « l'usage des enquêtes et des données chiffrées constituent (...) un ressort particulier du gouvernement des conduites, en faisant de la responsabilité et de la réflexivité des individus les premiers leviers du changement de pratique ». La sociologie de la quantification semble ici prendre une importance capitale dans la compréhension de ces phénomènes (Lascoumes et Le Gales, 2012, Halpern *et al.*, 2014). En effet, Halpern *et al.* (2014), en expliquant les sophistications du programme de recherche de l'étude de l'action publique par les instruments ultérieures à l'ouvrage dirigé par Lascoumes et Le Gales (2004), soulignent que « notre point d'entrée par les instruments et l'instrumentation de l'action publique nous a aussi permis d'ouvrir un dialogue avec la sociologie des nombres, des indicateurs, de la quantification et de la standardisation (...) Tous ces travaux sur les nombres et les statistiques, la quantification, l'audit, la standardisation, la commensuration, le benchmarking et les classements appréhendent les instruments comme des technologies de gouvernement associant savoir et pouvoir » (Halpern *et al.*, 2014 : emplacement 303).

Plusieurs sociologues ont en effet travaillé sur la prolifération de mesures, de données chiffrées et d'outils de quantification des individus comme instruments des politiques publiques. Ce champ sociologique est d'ailleurs en effervescence à l'heure actuelle, comme en témoigne, par exemple, la parution du numéro thématique récent de la revue *Réseaux*

consacré à la figure du « soi quantifié » (Dagiral, Licoppe, Martin et Pharabod, 2019 : 21) qui pose la focale sur le phénomène de l'automesure quantifiée des individus analysée du point de vue sociologique.

Tout d'abord, la sociologie et l'histoire de la quantification, grâce aux travaux de Desrosières (2008a, 2008b), de Porter (1995), d'Espeland et Stevens (2008), ou encore de Jany-Catrice (2012), notent l'importance croissante des mesures et des techniques quantitatives dans les pratiques de gouvernement. Ces travaux situent « plutôt leurs analyses à l'échelle des collectifs, des organismes institués, des États ou des groupes sociaux, et particulièrement sur les temps longs des transformations collectives » (Dagiral *et al.*, 2019 : 45). Desrosières (2003 : 53), étudiant le développement de la statistique, insiste notamment sur le fait que quantifier des qualités « sert à outiller des comparaisons (...) et à stimuler les acteurs en situant leurs performances sur des échelles normatives ». Il convient alors, selon l'auteur, de s'interroger sur l'identité des décideurs utilisant les mesures, sur leurs objectifs, sur les lieux où les métrologies sont élaborées et discutées, et sur la dimension politique des problèmes pour lesquels on utilise les quantifications. Pour Desrosières (2008a, 2008b), c'est également la question des conventions de la quantification qui doit être posée. L'importance des mesures chiffrées dans les pratiques de gouvernement s'explique en outre par le fait que « la crédibilité basée sur une "objectivité mécanique" peut circuler aisément dans différentes sphères ou dans différents secteurs ou aires géographiques » (Joly, 2012 : 24). Le chiffre aurait ainsi une fonction de coordination entre acteurs issus d'univers hétérogènes. Il s'agit de l'une des thèses défendues par Porter (1995) qui montre, par une analyse socio-historique du corps professionnel des ingénieurs au XIXe siècle, que les nombres permettent un langage commun entre différents acteurs. L'auteur, tout comme, Desrosières (2008a), met également en évidence le pouvoir des chiffres dans la confiance qui leur est accordée et de leur importance dans les processus de légitimité sociale (Morin, 1986). Jany-Catrice (2012), quant à elle, note, dans une perspective critique, que la progression des données chiffrées comme codification n'est pas nouvelle, et l'auteure de reprendre les mots de De Gaulejac (2011 : 188) pour qui « la métamorphose des activités singulières en une quantité mesurable engendre une quantophrénie aiguë, une véritable pathologie de la mesure ». Pour Jany-Catrice (2012), les mesures chiffrées peuvent en outre « mener à certaines dérives « ratiocratiques ». Dans cette veine, détaillant les formes et fonctions des chiffres, Espeland et Stevens (2008) insistent sur le pouvoir normatif des données et des indicateurs en mettant en exergue leur caractère disciplinaire et autoritaire. Si plusieurs travaux ont mis au jour les dérives potentielles de l'utilisation des données quantitatives (Bruno, 2010 ; Salais, 2010), Bidet et Jany-Catrice

(2017) invitent toutefois à nuancer la thèse d'une opposition ferme entre quantité et qualité dans la mesure où, au cours du processus de quantification, c'est également un travail d'exploration de ce à quoi nous tenons qui se joue : avant de quantifier, il faut convenir d'un principe de valeur. Les auteurs citent ainsi Dewey pour qui « la négation de la qualité ou l'indifférence à l'égard de la qualité que l'on attribue quelquefois à la quantité et au nombre (et une raison de leur dénigrement) n'est pas finale, mais est au contraire un moyen positif de la construction contrôlée de nouveaux objets et de l'institution de nouvelles qualités » (Dewey, 1993 : 292).

Par ailleurs, d'autres chercheurs se sont intéressés à la prolifération contemporaine de dispositifs par lesquels les individus produisent des données qui objectivent leurs propres comportements. Ceux-ci visent la production de « traces » (Ginzburg, 1980) de soi par soi. Les études sur le soi quantifié (Licoppe, 2013 ; Licoppe, Dreatta et Delanoe, 2013) déplacent alors l'échelle d'analyse par rapport aux travaux de sociologie et d'histoire de la quantification en prêtant « une attention plus grande à la manière dont les chiffres et les processus de quantification sont saisis, utilisés, à l'échelle individuelle, et sur des temps parfois courts » (Dagiral *et al.*, 2019 : 45). Dans ce champ d'investigation, plusieurs orientations ont été travaillées par les sociologues depuis le début des années 2010¹⁵, mais deux d'entre elles nous paraissent particulièrement opérationnelles quant à notre terrain d'enquête.

La première concerne la question des « effets performatifs et leur rôle dans la réflexivité » (Dagiral *et al.*, 2019 : 43) des individus (Licoppe *et al.*, 2013 ; Lupton, 2016a). Les outils impliquant un soi quantifié permettent à la fois une activité de connaissance et de construction de savoirs sur soi comme aide à la décision ainsi qu'une démarche « d'optimisation, d'exploration et de pilotage de soi-même favorisant l'encouragement et la stimulation des comportements » (Dagiral *et al.*, 2019 : 43). En ce sens, Cahour et Licoppe (2010 : 243) s'intéressent au développement de réseaux socio-techniques qui tendent à « banaliser des situations de confrontation des individus aux traces de leur activité » et travaillent à repérer les types de réflexivités en jeu chez les personnes ainsi que les « visées stratégiques de la part des concepteurs ». Dans le cadre plus spécifique de la santé, Nguyen-Vaillant (2010) se concentre quant à elle sur les carnets d'auto-surveillance des patients

¹⁵ Voir à ce propos la revue de littérature importante de Dagiral *et al.* (2019)

atteints de diabète. Elle montre que les patients disposent avec ces carnets « des appuis leur permettant d'être en mesure d'agir » (Nguyen-Vaillant, 2010 : 383), ce qui produit alors des mécanismes d'ajustement et d'attachement aux traces. Prenant pour objet la production et la circulation de métriques de soi (Granjon, Nikolski et Pharabod, 2011), Licoppe (2013) et Licoppe *et al.* (2013) travaillent sur l'expérience vécue des personnes équipées de « technologies réflexives » en montrant que l'expérience ordinaire devient pour celles-ci une « action instruite ».

La deuxième orientation s'inscrit dans le cadre de la pensée foucauldienne et de la question du pouvoir biopolitique en montrant que la quantification de soi joue un rôle important « dans les formes d'exercice du pouvoir politique sur les individus » (Dagiral *et al.*, 2019 : 44). Ajana (2017 : 6) précise à ce titre que « les pratiques du Quantified Self peuvent donc être considérées comme une instanciation d'une "biopolitique du soi", dans laquelle le corps est soumis à des techniques de gestion selon un ensemble de normes de forme physique concertées, telles que manger cinq fruits et légumes ou marcher 10 000 pas par jour, comme le recommande l'Organisation Mondiale de la Santé »¹⁶. Dans cette logique, plusieurs auteurs (Pharabod, Nikolski et Granjon, 2013 ; Moore et Robinson, 2016) s'attachent tout d'abord à montrer que les dispositifs de soi quantifié peuvent apparaître comme « relevant d'une forme de "managérialisation de soi", à travers laquelle les personnes intériorisent les impératifs gestionnaires comme des prescriptions "douces", au sens de ne pas paraître directement imposées par des autorités extérieures » (Dagiral *et al.*, 2019 : 31). En d'autres termes, les instruments du soi quantifié permettent de travailler au gouvernement des conduites par le développement de la responsabilité et des capacités d'agentisation des individus évoquées plus haut. D'autre part, ce phénomène de métriques de soi qu'il est convenu d'appeler le « self-tracking » (Granjon *et al.*, 2011 ; Régnier, 2018) s'inscrit, pour certains sociologues, dans la perspective d'une autosurveillance rendant « accessible aux individus et à d'autres une représentation d'eux-mêmes extérieure à leur propre expérience » (Dagiral *et al.*, 2019 : 31). Les personnes seraient alors plus susceptibles d'intérioriser des normes comportementales à travers l'évolution de leur pratique qui « paraît "guidée" de manière souple par les données du self-tracking » (Dagiral *et al.*, 2019 : 32). En ce sens, Pharabod (2019) montre par exemple à quel point les instruments tels que les podomètres disponibles dans des montres ou des téléphones par l'intermédiaire d'applications vont permettre un diagnostic de soi dans

¹⁶ Traduction réalisée par Dagiral *et al.*, (2019 : 44)

l'objectif de réussir à compléter les 10 000 pas quotidiens qui sont érigés comme une norme collective à atteindre par les acteurs concevant ces instruments ainsi que par les usagers.

Notre travail se situe au carrefour de ces différentes approches. Si nous n'étudions pas spécifiquement l'expérience des personnes face à leurs données chiffrées, nous mettons la focale sur la manière dont les acteurs du sport-santé, notamment les opérateurs des politiques publiques nationales à l'échelle territoriale, mettent au cœur de leurs dispositifs un gouvernement des corps par le chiffre par l'utilisation de divers instruments de quantification. Quels sont les objectifs de ces professionnels lorsqu'ils cherchent à traduire les corps en chiffres ? Ces quantifications ont-elles des fonctions de coordination entre les professionnels issus d'univers hétérogènes dans le cas de dispositifs interprofessionnels ? Des conceptions diverses autour de la mise en chiffres des personnes sont-elles présentes au sein de ces structures ?

D'autre part, si l'étude des instruments de l'action publique, notamment par l'angle des outils de quantification des individus, est intéressante du point de vue de ce que produit l'action publique, elle l'est également au regard du « pouvoir normatif » que ces instruments impliquent dans la mesure où ils définissent « des modèles de comportements légitimes » (Halpern *et al.*, 2014 : emplacement 508). La littérature sociologique travaillant la question de la norme semble alors pertinente quant à nos questionnements initiaux.

2.3.4. La sociologie de la norme

Les analyses sociologiques d'inspiration foucauldienne travaillant sur le gouvernement des corps et les techniques de gouvernementalité insistent sur la diffusion de modèles normatifs, c'est-à-dire des processus « qui instituent des normes » (Canguilhem, 2013 : 77) et qui sont diffusés tout à la fois par les institutions et les acteurs. Plusieurs travaux en sociologie de la santé ont travaillé la question de la norme et permettent d'interroger notre objet de recherche. Inscrivant ses propos dans le contexte théorique initié par Canguilhem (2013) et s'interrogeant sur l'évolution historique de la santé au moyen d'une focalisation sur le concept de norme, Klein (2008, 2010) distingue deux modèles normatifs pour la santé.

Dans le premier, qualifié de modèle « biologique », les normes de santé sont chiffrées statistiquement par les sciences médicales, et l'individu connaît son état de santé « en

vérifiant sur une fiche d'analyse de laboratoire que ses chiffres appartiennent bien à la fourchette statistique d'excès ou de défaut » selon une approche positiviste (Klein, 2008 : 217). Ainsi, dans cette perspective, le normal désigne une abstraction, c'est-à-dire une « moyenne » chiffrée. Ici, « la norme ne se déduit pas de la moyenne, mais se traduit dans la moyenne » (Canguilhem, 2013 : 137). Ce modèle est alors générateur de « normalisation », dans lequel la norme collective s'impose à l'individu (Cornu, 2009 : 29). Dans ce cadre, en termes d'éducation à la santé, un rapport descendant et prescriptif entre la norme et l'individu se met en place. Cornu (2009 : 36) explique ainsi que « dans une conception de la norme comme factuelle, on met en acte une valeur telle que la description se fait prescription ». Dans le champ de la lutte contre le surpoids et l'obésité, Romeyer (2015) défend l'idée que la norme concernant la minceur trouve une justification scientifique et médicale par l'utilisation par les professionnels de santé de l'indice de masse corporelle (IMC). L'auteure précise que « chacun est incité à tendre vers la tranche dite "normale". Le corps, sa forme et son poids trouvent une normalisation offrant une justification rationnelle aux stigmatisations car tout ce qui est au dessus ou au dessous est considéré "hors norme" et "déviant" par les professionnels de santé, mais aussi par l'ensemble des acteurs de la société » (Romeyer : 2015 : 56). Elle évoque, à ce titre, un processus de normalisation qui devient "nutritionnalisation" (Romeyer : 2015 : 56) dans lequel la norme collective statistique s'impose à tous.

A l'opposé de ce modèle de santé, Klein (2008, 2010) ou Herzlich (1969 : 178) évoquent celui de « psycho-social » en référence aux réflexions de Canguilhem qui récusent tout sens objectif de la normalité et postulant « qu'il n'y a de normalité que subjective » (Klein, 2008 : 218). Ainsi, « le normal n'existe pas en soi, dans une construction intellectuelle, mais se fait jour dans les expériences vécues des individus » (Klein, 2008 : 218). Dit autrement, à l'inverse du mécanisme de normalisation, la normativité définit le processus de capacité de création de nouvelles normes par l'individu. Dans cette perspective, en passant de la normalisation à la normativité « l'action (auprès du malade, auprès des élèves), change de sens : d'une volonté d'amener ou de ramener l'individu à la norme, elle devient un travail qui étaye dans le sujet sa capacité à instituer sa propre norme vitale, jusque dans la vie de la pensée » (Cornu, 2009 : 34). Canguilhem (2013 : 140) précise en effet que « si l'on peut parler d'homme normal, déterminé par le physiologiste, c'est parce qu'il existe des hommes normatifs, des hommes pour qui il est normal de faire craquer les normes et d'en instituer des nouvelles ». Dans ce cadre, c'est la normativité qui fait la santé « du point de vue de l'expérience vécue, c'est-à-dire cette capacité du vivant à se redéfinir au cours de son évolution » (Canguilhem, 2013 : 130). En termes d'éducation à la santé, l'approche n'est plus

verticale sous la forme de normes prescrites à l'individu qu'il se devrait d'atteindre, au contraire, il s'agit de s'intéresser à l'expérience vécue pour comprendre le « sens » d'un comportement (Cornu, 2009 ; Klein, 2008), ce qui s'accompagne alors de méthodologies d'investigation plus qualitatives.

Pour autant, si la distinction entre normalisation et normativité est utile à la compréhension des phénomènes en jeu, Klein (2008) invite à se méfier de l'écueil d'une vision disjonctive (Morin, 1990). En effet, comprendre la santé du point de vue du sujet, consiste à comprendre les articulations tissées par l'individu entre ces deux types de normes. Dans cette perspective, Klein (2008 : 220) précise que « se sentir en bonne santé s'articule souvent avec le fait de se savoir en bonne santé ». Dès lors, comme le souligne Le Blanc (2002 : 221), « la normalisation est une normativité instituée tandis que la normativité est une normalisation contestée ». De plus, la notion de gouvernementalité foucauldienne qui décrit le passage d'une imposition de normes surplombantes à une généralisation plus tacite, complexifie la dualité présentée dans la mesure où une forme de normalisation peut se propager de manière diffuse en prenant les aspects d'une normativité (Cornu, 2009). Il sera intéressant d'être attentif à ces entrelacements de modèles normatifs sur notre terrain.

Peut-on repérer des modèles normatifs particuliers dans ces dispositifs ? Des conceptions hétérogènes coexistent-elles et si oui, comment sont-elles conciliées par les opérateurs territoriaux ?

Finalement, notre travail s'ancre théoriquement dans plusieurs traditions sociologiques qui nous permettent de problématiser notre objet tout gardant une cohérence épistémologique.

3. Problématique

Au final, nous soutiendrons l'idée selon laquelle à partir des années 1960, la thématique de l'APS comme outil de santé publique va subir un phénomène de déconfinement et être progressivement mise à l'agenda politique, impliquant de plus en plus d'acteurs issus d'univers hétérogènes, pour finalement aboutir à un référentiel sectoriel contemporain des politiques dites du « sport-santé » qui se caractérise par une incitation au travail intersectoriel, collaboratif et coordonné afin de lutter contre les inégalités de santé. Certaines structures, les RSSBE notamment, vont répondre à cette incitation et se révéler

comme des dispositifs représentatifs du référentiel contemporain. Focalisant l'attention sur les modes de fonctionnements collaboratifs et en nous concentrant sur l'analyse de l'organisation du fonctionnement des pratiques dans ceux-ci, nous soutiendrons l'idée selon laquelle les acteurs travaillant à la mise en œuvre de ces structures vont progressivement proposer des formes de coordination intégrées entre acteurs issus d'univers variés, qui s'appuient sur des instruments de gouvernement des conduites spécifiques afin de favoriser une liaison interprofessionnelle dans le but de répondre aux difficultés d'éclatement, de redondance et de fragmentation des actions concernant la prévention de la santé par l'APS. La concrétisation de ces coordinations intégrées est le fruit de processus d'intéressements et d'enrôlements de la part d'entrepreneur-frontières capables de fédérer des acteurs issus d'univers variés et d'imposer des Points de Passage Obligés (PPO). Pour autant, cette nécessité de coordination débouche sur des dissonances avec les objectifs affichés, notamment en ce qui concerne les modèles normatifs d'éducation à la santé en jeu. Une forme de gouvernement des corps éloignée des ambitions de départ semble se jouer pour répondre à la volonté de réunir ces mondes pluriels. Les professionnels impliqués tentent alors de s'ajuster à ces divergences en s'inscrivant dans des formes diverses de résistance aux instruments déployés.

Pour soutenir cette problématique, nous nous appuyons sur des méthodologies spécifiques aux deux parties de notre travail. Nous présentons ces aspects en introduction de chacune d'entre elles.

PREMIERE PARTIE : LA TRAJECTOIRE SOCIO-HISTORIQUE
DU SPORT-SANTE

INTRODUCTION DE LA PREMIERE PARTIE

Introduction de la première partie

Cette partie, constituée du chapitre 3 du présent document, vise à recontextualiser de manière générale la mise à l'agenda politique progressive de la question des APS comme outil de santé publique depuis les années 1960 selon une démarche séquentielle. L'expression « APS comme outil de santé publique » est ici choisie dans le but d'être neutre car les termes de sport-santé ne sont pas encore évoqués en ces termes au début de la période. Sans prétendre à une exhaustivité qui nécessiterait un travail doctoral entier sur la question, nous souhaitons, plus modestement, identifier les grandes étapes de ce processus d'institutionnalisation progressif afin de comprendre le contexte dans lequel s'inscrivent les RSSBE.

Nous montrerons que la mise à l'agenda politique (Kingdon, 1984) de la prise en compte de l'APS dans les politiques de santé publique en France s'effectue à partir de la constitution progressive d'un corpus de savoirs scientifiques et d'une communauté épistémique (Haas, 1992) à partir de la fin des années 1950 sur la question des liens entre AP et maladies chroniques et de l'action d'entrepreneurs de cause (Neveu, 2015) contribuant progressivement à faire sortir la question du cadre restreint de l'arène académique pour déconfiner le problème et ses solutions (Gilbert *et al.*, 2009; Henry, 2009). En effet, comme le souligne Zittoun (2013, 2017), pour qu'une proposition soit utilisée en tant qu'instrument politique, il faut que celle-ci puisse être présentée par les acteurs qui la portent comme une solution « vraisemblable » à un problème. La sociologie politique des problèmes publics s'attache de manière classique à la mise en évidence des séquences du mouvement qui portent un problème de son émergence jusqu'à sa mise en politique. L'analyse séquentielle en trois étapes pensée par Kingdon (1984) permet de rendre intelligible une trajectoire complexe. Nous avons pour ambition de détailler comment, depuis les années 1960, l'AP est devenue progressivement un des éléments importants des moyens préconisés dans le cadre des plans, programmes et lois de santé publique.

Nous montrons tout d'abord que l'idée de l'utilisation des APS comme outil de santé publique qui n'est pas encore qualifiée de « sport-santé », est accolée au problème des maladies cardio-vasculaires (MCV) qui émerge et est construit à partir des années 1960. La sphère scientifique multiplie les études tout au long des années 1950-1980, contribuant à rendre « crédible » la pratique d'une APS comme solution au problème des MCV. Dans cette

perspective, la Fédération Française de Cardiologie (FFC) disposant d'une légitimité importante va s'installer comme un acteur central pouvant être qualifié d'entrepreneur de cause et va jouer un rôle important dans le déconfinement du dossier. Nous montrons par la suite que les premières mises en politique de la question de l'AP comme outil de santé publique sont instituées en France dans les années 1980 sous la forme de grandes campagnes d'éducation à la santé, pour répondre principalement au problème de santé publique que représentent les MCV. A partir des années 1990, la proposition va rencontrer l'émergence de nouveaux problèmes sociaux dont l'importance va trouver un fort écho dans les médias : ceux de l'obésité, du diabète, de la sédentarité et de la dépendance, renforçant le recours à l'APS comme outil de prévention primaire, secondaire et tertiaire. Ce processus de couplage va passer par une reconfiguration des entrepreneurs de cause impliqués qui vont se multiplier, impliquer divers secteurs et amener à une fragmentation des actions dans le secteur désormais qualifié du « sport-santé ». La proposition va alors pouvoir s'imposer dans les différents textes relatifs au cadrage des politiques de santé publique dont l'ultime étape sera celle d'un plan qui lui est spécifiquement dédié ainsi que son inscription dans un texte de loi au milieu des années 2010. Nous mettons en évidence que cette dernière configuration va définir un « référentiel sectoriel » (Jobert et Muller, 1987) des politiques sanitaires visant la mise en mouvement des personnes et qui se caractérise par une volonté de l'Etat d'inciter à une collaboration intersectorielle entre les divers acteurs se positionnant dans ce champ, notamment par un rapprochement des mondes de la santé et du sport, dans l'objectif de diminuer les inégalités de santé au moyen du développement de l'APS comme thérapeutique non médicamenteuse dans le cadre d'une démarche de prescription. Certains dispositifs, tels que les RSSBE, vont être représentatifs de ce nouveau référentiel sectoriel, dans la mesure où ils vont en partie l'inspirer mais également être renforcés par sa mise en place.

Méthodologie :

Pour réaliser ce projet de démonstration, nous avons constitué et analysé un corpus hétérogène afin d'investiguer différentes arènes et reconstituer la trajectoire socio-historique et politique du « sport-santé » qui ne peut être séparée de la sphère scientifique d'une part et médiatique d'autre part afin de comprendre les processus de confinement et de déconfinement des propositions (Henry, 2009).

Pour cela, nous avons constitué un double matériel empirique constitué de sources écrites regroupées en plusieurs corpus de textes ainsi que de sources orales.

1. Les sources écrites

1.1. Investiguer la sphère scientifique

Nous avons travaillé à explorer la sphère scientifique sur la question de l'APS comme outil de santé en constituant deux corpus.

1.1.1. L'inventaire des thèses

Le premier corpus, qualifié de « systématique » par opposition à « occasionnel » (Quidu, 2011), a consisté à réaliser un inventaire des thèses françaises produites autour de la question de l'APS comme outil de santé depuis 1940 afin d'appréhender, en partie, son évolution dans la sphère scientifique française, à l'instar de Blondel et Commo (2003), Berthelot, Martin et Collinet (2005) ou Delalandre (2009) sur d'autres thématiques. Cet inventaire s'est appuyé sur des sources écrites et informatiques en utilisant, respectivement, le catalogue des thèses reproduites, publié par l'Atelier National de Reproduction des Thèses (ANRT) pour la période 1940-1980 et le Système universitaire de Documentation (SUDOC) pour la période 1980-2014, ce dernier étant très incomplet avant cette époque. Pour le premier outil, la méthode a consisté à lire le titre de chacune des thèses dans le catalogue et d'inscrire celles sélectionnées dans un fichier Microsoft Excel® afin d'en faciliter le traitement. Pour le second outil, nous avons utilisé une recherche informatisée par une association de mots clés qui était « sport et santé » et « activité physique et santé ». Nous avons ensuite parcouru les titres des thèses répertoriés par l'outil numérique et les avons compilés dans notre fichier Microsoft Excel®. Pour chacune des thèses, ont été relevés le titre, l'auteur, la date de publication ainsi que la discipline de rattachement (médecine, pharmacie, odontologie, lettres, STAPS). De plus, afin d'affiner l'analyse, nous avons essayé de caractériser la thématique principale de chacune des thèses relativement à son titre ou à son résumé lorsque celui-ci était disponible. Nous avons ainsi pu catégoriser ces thématiques, en les construisant de manière inductive relativement aux pathologies traitées ainsi qu'aux types de populations étudiés.

L'inventaire de ces thèses a un intérêt dans la mesure où il permet d'avoir en partie accès, d'un point de vue quantitatif, à l'intérêt que porte la sphère scientifique française à cette question, aux thématiques majoritairement investiguées dans ce champ ainsi qu'aux disciplines de rattachement. Pour autant, la constitution de ce corpus n'est pas exempte de limites. La première d'entre elle concerne le choix, difficile, d'inclure ou non une thèse dans l'inventaire. Ne souhaitant pas donner une définition *a priori* du « sport-santé » dans la mesure où, comme nous l'avons précisé plus haut, il s'agit d'une notion floue, aux contours peu stabilisés et mobilisée différemment par les différents acteurs du dossier, nous avons choisi de la considérer dans son sens le plus large. Ainsi, nous avons par exemple retenu les thèses relatives à la traumatologie et l'accidentologie sportive, qui sont importantes dans le corpus constitué, dans la mesure où elles sont relatives à la question de la mise en mouvement des personnes dans un but de santé, notamment dans ses aspects potentiellement néfastes pour les corps. D'autre part, comme le remarque Delalandre (2009 : 100) « la dénomination de ce que l'on appelle thèse recouvre des objets » diversifiés. Il existe en effet, des thèses d'exercice en médecine ou en pharmacie, des thèses de doctorat d'université ou d'Etat. La question posée était de savoir si nous prenions en compte ou non les thèses d'exercice dans les aires médicales, dans la mesure où elles finalisent un cycle d'étude de formation de professionnels et ne sont pas des travaux destinés à la poursuite d'un cursus de recherche. Nous avons fait le choix de les conserver dans notre corpus tout en spécifiant qu'il s'agissait de « thèse d'exercice » dans la mesure où la sphère médicale semblait être particulièrement productrice de travaux sur cette thématique. Au final, nous avons recensé 2888 thèses entre 1950 et 2014 traitant de la relation APS – santé.

1.1.2. Les études scientifiques

La constitution d'un corpus représentatif de la recherche scientifique sur la question de l'APS comme outil de santé est une tâche difficilement envisageable tant la production internationale sur ce sujet est pléthorique. Une analyse systématique n'étant pas réalisable nous avons opté pour la constitution d'un corpus qualifié d'« occasionnel-provoqué » (Quidu, 2011 : 69). Il est occasionnel par contraste avec systématique étant donné qu'il a été constitué progressivement grâce à des renvois intertextuels. Mais il est provoqué, par contraste avec accidentel, puisque nous avons cherché à repérer les études « exemplars » (Soler, 2014) du champ considéré. Les travaux épistémologiques de Soler (2014) mettent en effet en évidence

que, dans un secteur scientifique donné, certaines études, revues de littérature ou méta-analyses agissent comme des références incontournables en étant souvent reprises par les travaux ultérieurs. Ainsi, sur la base des bibliographies mobilisées dans les documents de nos diverses sources écrites, nous avons identifié des études importantes, fréquemment citées, que nous avons par la suite étudiées (n= 51). Cette méthode fut particulièrement intéressante pour la période 1960-1995 étant donné la possibilité de repérer des études largement citées dans le recoupement des différents corpus de texte. En revanche, elle l'est beaucoup moins à partir du milieu des années 1990 dans la mesure où les nombreux rapports d'expertises, plans et programmes produits font référence à des études toujours plus conséquentes rendant le processus de recoupement plus complexe. Cette difficulté rend ainsi compte d'une des limites de notre travail en ce qui concerne l'exploration de la sphère scientifique à partir du milieu des années 1990.

L'analyse de ces études, revues de la littérature et méta-analyse a consisté à repérer les thématiques les plus investies à une période donnée, à identifier les zones d'ombre de la production scientifique sur la thématique à un instant t ainsi qu'à discerner les grandes approches épistémologiques épousées.

Les références des études scientifiques de ce corpus que nous citons dans le présent texte sont disponibles en annexe I de cette thèse.

1.2. Investiguer la sphère publique

Afin d'investiguer la manière dont la thématique du sport-santé au sens large a été diffusée dans la sphère publique, c'est-à-dire hors des arènes scientifiques et politiques, nous nous sommes appuyés sur deux corpus systématiques de textes.

Le premier a été constitué en parcourant l'ensemble des articles de la revue *La Santé de l'Homme* qui deviendra *La santé en action* en 2012 éditée tour à tour par le Centre National d'Éducation Sanitaire Démographique et Sociale (CNESDS), le Comité Français d'Éducation Sanitaire et Sociale (CFESS), le Comité Français d'Éducation pour la Santé (CFES), l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES) et enfin, par

Santé publique France¹⁷, entre 1960 et 2000, afin de retracer la trajectoire socio-historique de l'APS comme facteur de santé dans le champ de l'éducation sanitaire à destination des professionnels. Cette revue, créée en 1942, est l'une des seules revues françaises consacrées à la prévention, à l'éducation et à la promotion de la santé. Comme le souligne le Comité Départemental d'Education pour la santé (CODES) du Gard, « la vocation première de cette revue est de transmettre à ses lecteurs des connaissances vulgarisées dans le champ de la prévention, de l'éducation et de la promotion de la santé, afin qu'ils se les approprient. Elle entend également rester un outil d'aide à la pratique et à l'action, en perpétuant la présentation d'initiatives qui ont fait leurs preuves »¹⁸. Ainsi, *La Santé de l'Homme* est reconnue comme un outil de transfert de connaissances auprès des professionnels du champ sanitaire mais aussi d'aide à la pratique et laissant la place à des publications réalisées par des professionnels et des experts dans leur domaine. Jusqu'en 2013, la revue propose six numéros par an puis quatre à partir de cette date. L'ensemble de ces textes est disponible aux archives de la Bibliothèque Nationale de France¹⁹, mis à part les numéros de l'année 1996, auxquels nous n'avons donc pas eu accès. La constitution de ce corpus a consisté à parcourir l'ensemble des articles et à repérer les passages où la relation APS-santé, Sport-santé, APA-santé était évoquée. Lorsqu'elle l'était, nous avons relevé le numéro et l'année de parution du numéro, le titre de l'article, les noms et prénoms du ou des auteurs ainsi que leur profession et leur rattachement institutionnel quand ils étaient indiqués. Nous avons également précisé pour chacun de ces articles si l'argumentation portait principalement sur la relation APS-Santé ou si celle-ci était secondaire.

Pour chacun des articles, nous avons synthétisé l'argumentation en étant particulièrement attentifs aux thématiques traitées par les auteurs concernant la place et le rôle de l'APS dans un objectif de santé, aux dispositifs et actions cités, aux acteurs ou institutions évoqués, aux savoirs mobilisés, aux études scientifiques citées ainsi qu'aux événements marquants dans l'argumentation (cela peut, par exemple, être relatif à la parution d'un plan de santé publique ou un rapport d'expertise portant sur la question de l'APS dans un but de santé) ainsi qu'aux conceptions des liens APS-santé.

¹⁷ Le CFESS remplace le CNESDS en 1952. Le CFES prend la suite du CFESS en 1972. L'INPES succède au CFES en 2002. En 2016, l'INPES est intégrée à Santé Publique France avec l'Institut de Veille Sanitaire (InVS), l'Établissement de Préparation et de Réponse aux Urgences Sanitaires (EPRUS) et le groupement d'intérêt public Adalis (addiction, drogue, alcool info service).

¹⁸ CODES du Gard à l'URL suivante : http://www.codes30.org/actualites/actualite_detail.php?ref=172&titre=la-revue-la-sante-de-l-homme-change-de-nom-et-devient-la-sante-en-action

¹⁹ Côte 4-T-2321, notice bibliographique : <https://catalogue.bnf.fr/ark:/12148/cb343506186>

La constitution de ce corpus n'est, là encore, pas exempte de limites. En effet, face à l'ampleur du corpus potentiel, nous avons décidé de borner l'étude au début des années 1960 en s'appuyant sur l'historiographie déjà présente dans ce champ de recherche, et notamment du travail de Radel (2012) cités dans la revue de littérature du présent document. Ce choix est questionnable, notamment en ce qui concerne la question des « confinements » dans l'étude de la constitution des problèmes publics (Gilbert et Henry, 2012). D'autre part, la constitution du corpus est fatalement liée à la capacité du chercheur à repérer les passages où la relation APS – santé est évoquée. S'il est aisé de les appréhender dans certains articles consacrant des paragraphes entiers à la question, cette démarche est beaucoup moins évidente lorsque cette thématique est traitée de manière réduite au sein de l'argumentation.

Au final, nous avons constitué un corpus de 338 articles de la revue *La Santé de l'Homme* entre 1960 et 2000 traitant de manière principale ou secondaire la question de l'APS et/ou du sport et/ou de l'APA dans un but de santé. Les références des articles de ce corpus sont regroupées en annexe II du présent document (les articles cités dans le texte sont également visibles dans cette annexe).

Le deuxième corpus permettant de comprendre la diffusion de la thématique du sport-santé dans la sphère publique a consisté, à l'instar des travaux ancrés dans le courant de la sociologie pragmatique (Chateauraynaud, 2011) mais sans en reprendre les outils socio-informatiques d'analyse, à explorer la presse française nationale généraliste. Nous avons pour cela utilisé l'outil informatique « Europresse », qui est un moteur de recherche par mots-clés permettant d'avoir accès aux articles numérisés de la presse généraliste et spécialisée aux échelles locale, régionale, nationale et internationale. Face à l'ampleur du champ des possibles ouvert par cet outil, nous avons limité la recherche à la presse française nationale en sélectionnant les critères de sélection « France » et « Presse généraliste nationale » permise par l'outil. En ce qui concerne les mots-clés utilisés, nous avons utilisé les termes « sport », « activité physique », « santé ». Relativement à l'association de ces termes, nous avons usé de la fonction « et » permise par l'outil afin de sélectionner les articles dans lesquels le contenu faisait apparaître à la fois les entités « sport » et « santé », puis « activité physique » et « santé ». Suite à cette recherche, nous avons relevé 1976 articles. Pour autant, certains d'entre eux pouvaient seulement évoquer les notions de « sport » ou « d'activité physique » indépendamment l'une de l'autre sans liens véritables dans l'argumentation. Nous avons donc parcouru l'ensemble de ces articles pour repérer ceux qui traitaient véritablement de la question de l'APS et du sport dans un objectif de santé. Nous avons finalement constitué un

corpus de 512 articles de la presse généraliste française traitant de cette thématique depuis 1990 jusqu'en 2014.

La profondeur historique qu'« Europresse » propose ne permet en effet que de remonter à 1990 (Les articles du journal *Le Monde* ne sont par exemple numérisés qu'à partir de 1987) et est particulièrement complète à partir du milieu des années 1990. Notre corpus se compose d'articles émanant des journaux suivants : *Aujourd'hui en France*, *L'Equipe*, *l'Humanité*, *La Croix*, *La Tribune*, *Le Figaro*, *Le Monde*, *Les Echos* et *Libération*.

L'analyse appliquée à ce corpus n'a pas été réalisée de manière quantitative dans la mesure où le corpus global des articles croît au fil des années du fait de l'incorporation progressive de nouveaux journaux dans la base de données, ce qui amènerait à des interprétations faussées en termes de chiffres mesurant la production d'articles consacrés à ce sujet. Nous avons ainsi privilégié une analyse qualitative similaire à celle adoptée pour les articles de la revue *La Santé de l'Homme*. En ce sens, pour chacun des textes, nous avons synthétisé l'argumentation et avons été particulièrement attentifs aux thématiques traitées, aux dispositifs et actions cités ou présentés dans les textes, aux acteurs prenant la parole dans ces médias écrits, aux événements marquant la trajectoire de ce dossier ainsi qu'aux savoirs mobilisés. Les références des articles de ce corpus systématique sont disponibles en annexe III du présent document (les références citées dans le texte sont également visibles à ce niveau)

Nous considérons l'étude de ces deux corpus comme un des indicateurs permettant de mettre en évidence l'émergence et l'importance que prend cette thématique dans l'arène publique et sa constitution en tant que cause socialement et politiquement mobilisatrice.

1.3. Investiguer l'arène politique

1.3.1. Un corpus hétérogène de textes politiques

Pour investiguer l'arène politique, et retracer la trajectoire socio-historique de la mise à l'agenda du sport-santé, nous avons constitué un corpus à partir des textes marquants qui intègrent la question de l'APS comme facteur de santé depuis les années 1980 émanant de l'Etat français. Nous avons ainsi réuni un ensemble de plans et de programmes émis par différents ministères traitant spécifiquement ou secondairement cette thématique (n= 22). Ce

corpus se compose également de divers rapports d'expertise commandités par ces ministères auprès de différentes commissions et d'agences d'expertise mais également des rapports sur lesquels s'appuient les textes politiques comme ceux de la Haute Autorité de Santé (HAS) par exemple (n= 37). Ce recueil de textes s'est constitué progressivement sur la base des renvois intertextuels des documents consultés de manière systématique (articles de presse et de la revue *La Santé de l'Homme*).

Dans l'objectif de comprendre la configuration contemporaine des politiques publiques sanitaires du sport-santé, nous avons porté plus spécifiquement l'attention au PSSBE et ses déclinaisons régionales ainsi qu'à la loi de modernisation du système de santé de 2016 déjà évoquée dans la mesure où, au cours de l'enquête, il s'est avéré qu'il s'agissait de deux composantes novatrices dans les politiques de santé visant la mise en mouvement des personnes.

Concernant le PSSBE, nous avons étudié les circulaires et communications en conseil des ministres ayant présidé à son institutionnalisation. De plus, nous avons constitué un corpus comprenant les textes de présentation des premiers PRSSBE institués au niveau régional qui s'échelonnaient sur la période 2013 – 2016 ainsi que les premiers bilans publiés. Ces documents étaient disponibles sur les sites Internet des ARS et DRJSCS. Du point de vue de l'analyse, nous avons étudié chacun des textes dans l'objectif de comprendre les types de dispositifs et actions phares mis en place en région (n= 38)

Concernant la loi de modernisation du système de santé, nous avons compilé et étudié le contenu de diverses circulaires, instructions interministérielles et décrets en lien avec la mise en place de l'article 144 portant sur la question de la prescription de l'AP aux patients atteints d'ALD, qui nous a semblé, au cours de l'enquête, marquer un tournant dans la trajectoire globale du dossier (n=7). Afin de comprendre les enjeux liés à l'institutionnalisation de cet article de loi et notamment dans le but d'appréhender le sens de l'action publique en construction, en référence aux perspectives de l'analyse cognitive des politiques publiques (Muller, 2000), nous avons également extrait et analysé les débats parlementaires autour de la proposition d'amendement ayant finalement conduit à l'article de loi, débats qui ont eu lieu à l'Assemblée Nationale et au Sénat (n=5). Les comptes rendus des séances parlementaires sont en effet mis à disposition du public en ligne²⁰. L'analyse focalise

²⁰Disponibles à l'URL suivante :<https://www.legifrance.gouv.fr/>

l'attention sur l'argumentation des promoteurs de l'amendement ainsi que sur les études, dispositifs et savoirs sur lesquels ils s'appuyaient pour soutenir leur propos. Nous avons également été attentifs à la contre-argumentation lorsqu'elle était présente.

1.3.2. Un corpus complémentaire

Afin de compléter l'analyse du référentiel sectoriel en construction et notamment dans le but de comprendre à travers quels mécanismes « se déploient [...] les processus de médiation (c'est-à-dire d'articulation du champ cognitif et du champ de pouvoir) » (Muller, 1995 : 195), nous avons constitué un corpus de textes explicitant les positions de groupes professionnels en tension au moment de l'enquête, dans le processus d'élaboration de la loi de modernisation du système de santé relativement à l'article 144 ainsi que ses décrets d'application. Nous avons ainsi exploré une série d'écrits publics (n=12) provenant des porte-parole de deux corporations principalement en tension : les MK et les enseignants en APA. Concernant les premiers, nous avons exploré les articles publiés dans la revue *KinéPointPresse* entre 2015 et 2017. Cette revue est éditée par l'Association de Presse et d'Édition en Kinésithérapie (APEK) de manière trimestrielle et représente « l'organe de communication du Syndicat National des Masseurs Kinésithérapeutes Rééducateurs » en expliquant ses actions²¹. En ce sens, comme il est inscrit dans la présentation de cette revue sur son site Internet, elle « expose le discours des représentants nationaux du SNMKR »²². La revue s'adresse principalement aux professionnels de cette corporation et cherche à relater « l'actualité socio-professionnelle »²³ d'un point de vue syndical. Durant la période 2015-2017, cette revue va publier une série d'articles relatifs aux conditions de mise en place de l'article de loi concernant la prescription de l'AP par le médecin traitant ainsi qu'aux conditions d'élaboration des décrets d'application de cette loi. Ces écrits, faisant ouvertement état des tensions avec d'autres groupes professionnels impliqués, nous les avons compilés et en avons étudié le contenu. En ce qui concerne la corporation des enseignants en APA, nous avons également constitué un corpus regroupant un ensemble de documents publics produits par des porte-parole de la corporation et traitant spécifiquement de la question de la mise en

²¹APEK, à l'URL suivante : <http://kinepointpresse.fr/>

²²APEK, à l'URL suivante : <http://kinepointpresse.fr/>

²³APEK, à l'URL suivante : <http://kinepointpresse.fr/>

place de la loi et de ses décrets d'application. Ces documents, produits avant et après la parution des décrets d'application de la loi prennent la forme d'articles ou de communications produits par la Conférence des Directeurs et Doyens de structures STAPS (C3D), de l'Association Francophone en Activités Physiques Adaptées (AFAPA) et de la Société Française des Professionnels en Activités Physiques Adaptées (SFP-APA).

L'analyse portée sur ces documents s'est attachée à poser la focale sur le discours des acteurs, et notamment sur l'argumentation qu'ils déploient concernant les modalités de mise en place de la démarche de prescription de l'APS ainsi que sur la contre-argumentation fournie en retour et ce, pour chacun des groupes.

Les références de ce corpus que nous citons dans le texte, sont visibles à l'annexe IV du présent document.

2. Les sources orales

Afin de mieux appréhender les enjeux liés aux politiques publiques de santé dans le secteur considéré, notre dispositif méthodologique se complète de sources orales. Nous avons en effet participé à divers espaces d'échanges entre les acteurs, à l'occasion de colloques et de journées d'études où étaient réunis à la fois des experts, des scientifiques, des professionnels, des acteurs politiques et des dirigeants impliqués dans le domaine du sport-santé. Ces moments sont particulièrement intéressants pour le sociologue dans la mesure où ils représentent des « forums hybrides » (Callon, Lascoumes et Barthe, 2001) où sont mis en présence des acteurs issus d'univers hétérogènes qui peuvent parfois être en tension. Le choix de ces événements s'est fait sur la base de deux critères : ils devaient laisser la place à des interventions d'acteurs hétérogènes (comme précisé ci-avant) d'une part, et un temps de question de la part du public devait être permis afin d'avoir accès aux potentielles controverses (Collinet et Terral., 2013) entre acteurs, d'autre part. De plus, nous avons ciblé plus particulièrement des événements où V. Fourneyron était invitée à présenter la démarche qu'elle a portée dans la constitution du PSSBE et de l'article de loi concernant la prescription de l'AP et d'autre part où X. Bigard intervenait pour présenter publiquement les conclusions du rapport remis à la DGS par le groupe de travail « Activité physique et prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques : quelles compétences pour quels patients ?

Quelles formations ? » qu'il a dirigé entre janvier 2015 et juin 2016 (Bigard, 2016). Ce choix a été fait afin de comprendre les enjeux des politiques contemporaines du sport-santé.

Concernant le recueil des informations, celui-ci s'est fait par l'intermédiaire d'un carnet de terrain (Paugam, 2007) dans lequel nous avons relevé des informations relatives à la philosophie générale des dispositifs présentés, aux objectifs des acteurs quand ceux-ci étaient présentés ainsi qu'aux argumentations des groupes en présence dans le cas de désaccords ou de controverses.

La liste de ces journées d'études et colloques est présentée en annexe V du présent document.

CHAPITRE 3 : LA MISE A L'AGENDA POLITIQUE
PROGRESSIVE DU SPORT-SANTE

Chapitre 3 : La mise à l'agenda politique progressive du sport-santé

1. Déconfinement et premières mises à l'agenda politique (1960 – 1990)

La pratique des activités physiques (AP) dans un but de préservation et de restauration de la santé des individus est un fait largement attesté depuis l'Antiquité (Rieu, 2010). Depuis Aristote, conseillant la gymnastique pour la santé en évitant les excès, en passant par la méthode d'éducation physique à visée hygiéniste de la Ligue Française d'Éducation Physique (LFEP) (Collinet, 2000), « c'est une certitude, l'activité physique contribue largement à préserver et à améliorer la santé » (Caby et Blondel, 2008 : 29). Ce lien entre AP et santé semble donc ancien ; il est le fruit de travaux scientifiques (comme par exemple les travaux des médecins hygiénistes du XIXe, tels que Ferdinand Lagrange), de représentations sociales (Bruant, 2000) mais il est aussi mobilisé comme un slogan de nature politique servant différentes institutions. Pour autant les effets du sport proprement dit²⁴ sur la santé ont été largement discutés et contestés depuis son émergence au milieu du 19^{ème} siècle. D'abord regardé avec méfiance, ce n'est qu'assez tardivement qu'il a pu être pris en compte comme un outil important au service de la santé (Rieu, 2010). Au final, ce n'est véritablement qu'à partir des années 1960 qu'un champ épistémique commence à se solidifier autour de la relation APS-santé et que la sphère des politiques publiques va véritablement intégrer l'APS comme enjeu central dans la prévention de maladies dites de « civilisation » (Radel, 2012.). Si un certain nombre de travaux socio-historiques ont étudié l'émergence et la diffusion du rôle de l'AP dans la prévention de certaines pathologies particulières (Merlaud, 2012 ; Ferez et Thomas., 2012 ; Terret et Perrin., 2007 ; Fuchs, 2011a ; Cazal, 2012), nous souhaitons pour notre part travailler ici à identifier l'émergence et la constitution de cette thématique globale en tant que « cause » (Chateauraynaud, 2011), c'est-à-dire en tant que thématique socialement et politiquement mobilisatrice.

1.1. La question de l'APS dans un but de santé subit une publicisation importante à partir des années 1960

²⁴ Entendu comme une activité à visée compétitive et performative

L'ensemble des indicateurs analysés nous amène à considérer que la trajectoire de la question de l'APS comme facteur de santé prend une inflexion particulière au milieu des années 1960 pour être mise sur le devant de la scène publique et diffusée au plus grand nombre.

En effet, si la sphère de l'Éducation Physique et Sportive (EPS) travaille depuis le début du siècle à la promotion de l'AP (pensée comme une EP méthodique et rationnelle) pour préserver et améliorer la santé des élèves, notamment autour des travaux du Dr Tissié (Saint-Martin, Travaillot, Lebecq et Morales, 2012) et de la Ligue Française d'Education Physique (LFEP), peu de propositions sont faites quant à l'éducation physique de l'adulte en général dans un souci de santé publique (Lebecq *et al.*, 2013) avant le milieu des années 1960, notamment de la part du corps médical. Ainsi concernant le champ de l'éducation pour la santé, Radel (2012) montre que les films à vocation sanitaire édités par les différentes structures qui s'investissent dans ce domaine et qui se développent à partir des années 1950 témoignent très clairement d'un faible intérêt pour l'APS avant le milieu des années 1970. L'étude systématique des articles, travaillant la question des liens entre Activité Physique et Sportive (APS) et santé –de manière centrale ou secondaire – dans la revue *La santé de l'Homme*, va dans le même sens. Leur nombre reste assez faible jusqu'au début des années 1970, puis celui-ci augmente de manière draconienne. Nous recensons ainsi 43 articles évoquant cette relation entre 1960 et 1970, ce chiffre atteignant 73 pour la décennie 1970-1980 puis 127 entre 1980 et 1990. Le nombre d'articles centrés spécifiquement sur la relation APS-santé est également révélateur : de 27 articles entre 1960 et 1972, ce chiffre passe à 50 entre 1973 et 1983, puis à 73 entre 1984 et 1993 :

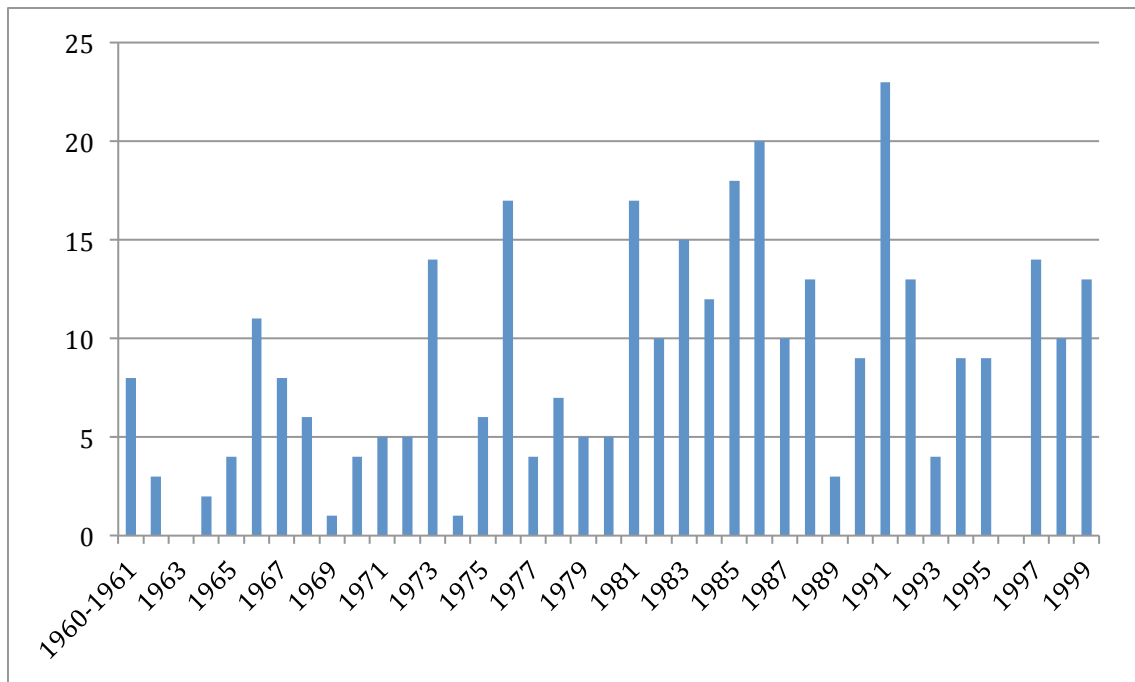


Figure 3 : Nombre d'articles évoquant l'APS comme facteur de santé dans la revue *La Santé de l'Homme*, 1960 – 2000

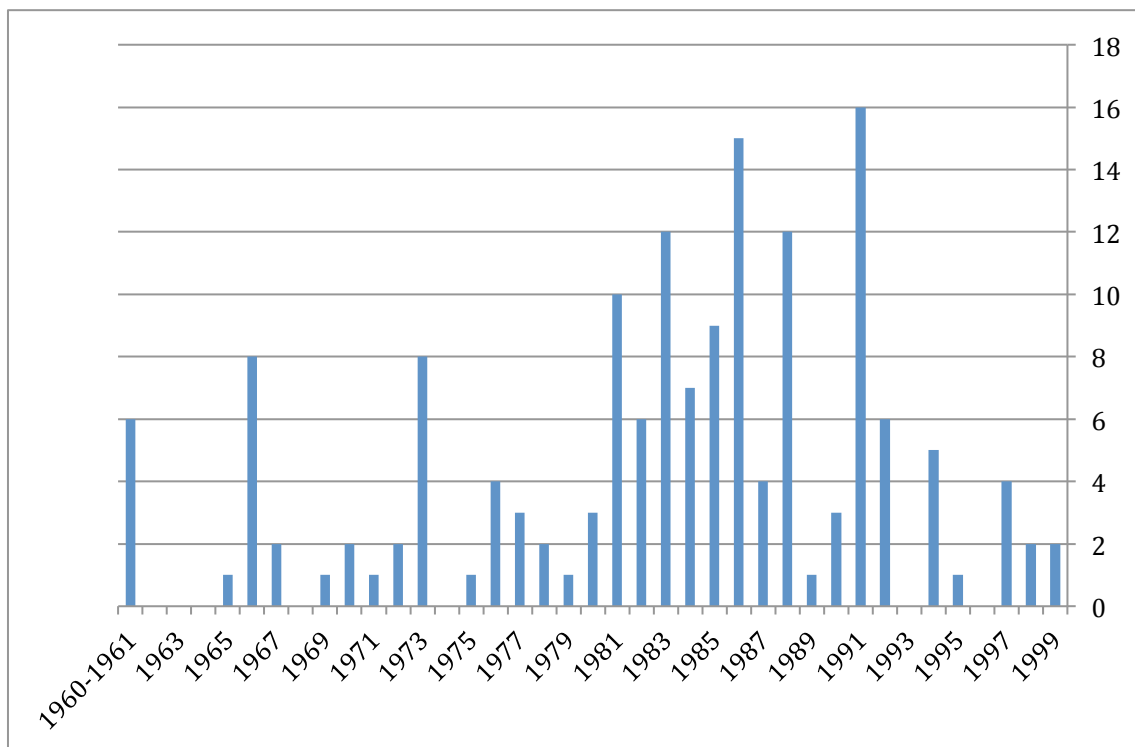


Figure 4 : Nombre d'articles traitant spécifiquement de l'APS comme facteur de santé dans la revue *La Santé de l'Homme*, 1960-2000

D'autre part, l'évolution du nombre de thèses françaises faisant une place à cette thématique est également à noter. Nous avons en effet relevé 64 thèses soutenues entre 1940 et 1950, 101 entre 1950 et 1960, ce chiffre s'élevant à 137 entre 1960 et 1970 pour atteindre 461 dans la décennie 1970²⁵. L'idée que l'APS puisse être un outil de santé publique semble donc se diffuser massivement auprès des médecins français (la quasi-totalité des thèses relevées sont des thèses de médecine) à partir du milieu des années 1960 et dans la décennie 1970. Cependant, cette question commence à être massivement travaillée dès le début des années 1950 dans l'arène scientifique internationale. Ainsi, en 1953, Morris, Heady, Raffle, Roberts et Parks (1953), dans le cadre de l'épidémiologie des pathologies cardiaques des travailleurs, émettent l'hypothèse selon laquelle l'AP pourrait jouer un rôle dans la pathogénèse des cardiopathies ischémiques ouvrant tout un champ de recherche autour de la question de l'AP comme outil de santé publique (nous pouvons par exemple citer les études de Brown, Davidson, McKeown et Whitfield, 1957 ou de Breslow et Bruell, 1960). Ainsi, une communauté épistémique travaillant cette thématique s'ouvre véritablement dans l'arène scientifique internationale au début des années 1950 par l'intermédiaire d'une série d'études en épidémiologie des pathologies cardiaques des travailleurs.

Au final, l'ensemble de ces indicateurs amène à mettre en évidence un certain confinement de la question de l'APS comme facteur de santé publique dans l'arène scientifique, ne subissant pas une diffusion massive auprès du grand public avant le milieu des années 1960.

1.2. L'ouverture d'une fenêtre d'opportunité pour la promotion de l'APS comme facteur de santé au travers de la prise en charge des maladies cardio-vasculaires (MCV).

1.2.1. L'identification des MCV comme problème de santé publique

Pour qu'un problème soit porté sur la scène politique et entre dans l'agenda politique, il faut au préalable qu'il ait été constitué en tant que tel. Les processus sont pluriels et dépendent des cas singuliers étudiés dont la littérature brossée par exemple par Hassenteufel (2008) ou plus récemment par Neveu (2015) nous donne de nombreuses illustrations.

²⁵ Il est à noter que ces chiffres ne sont qu'indicatifs dans la mesure où ils seraient, dans l'idéal, à rapporter à l'ensemble des thèses produites en France chaque année.

Pouvoir s'agripper à un problème qui monte est une occasion à saisir pour les porteurs d'une solution. Kingdon (1984) parle ici d'une opération de couplage entre un problème et sa solution. Au cours de la période 1960-1980, l'APS va progressivement être accolée au problème de santé publique des MCV et être portée en tant que proposition méritant une inscription au répertoire des solutions disponibles pour le politique. Les promoteurs de ce que l'on n'appelle pas encore le sport-santé s'appuient en effet sur le fait que les années 1960 sont marquées par une bascule quant aux problèmes sanitaires majeurs où les préoccupations liées aux maladies infectieuses (tuberculose, poliomyélite...) diminuent pour laisser progressivement la place aux maladies métaboliques et dégénératives (Hazemann, 1967) et à ce qui va devenir « le fléau n°1 » (Froment, 1967) à savoir les MCV et plus particulièrement, l'athérosclérose. Ainsi, sont par exemple mobilisées dans un rapport du Conseil de la Coopération Culturelle du Conseil de l'Europe spécifiquement dédié à la problématique du AP pour la santé (Réville, 1970), les statistiques internationales de l'OMS du milieu des années 1960 qui montrent que les principales causes de décès, dans les pays industrialisés sont les maladies du cœur et des vaisseaux, et les accidents vasculaires cérébraux qui, additionnés, sont responsables de 45 % des décès (OMS, 1967). Loin de se cantonner à un phénomène international éloigné des problématiques françaises, le cas des MCV va progressivement être identifié comme un véritable fléau national (Leclainche, 1971 ; Di Matteo, 1976). Ainsi, dès 1960, la sphère de l'éducation à la santé, par l'intermédiaire du CFESS, fait de « la prévention des maladies chroniques et notamment des affections cardiovasculaires » (Delore, 1960 : 3) un de ses objectifs prioritaires. Son organe de diffusion, la revue *La santé de l'Homme* multiplie ainsi dès les années 1960, et de manière exponentielle, le nombre d'articles et de numéros spéciaux²⁶, amenant à considérer une prévalence importante d'un certain nombre de maladies dites de « civilisation », c'est-à-dire liées au mode de vie moderne, dont l'ensemble des pathologies cardiaques en sont la figure de proue (Calo, 1960) et qui, en 1964, représentent 44 % de l'ensemble des causes de décès en France (Aujoulat, 1964). Ce chiffre ne fera que progresser amenant, entre autres, les membres de l'Académie de médecine (Leclainche, 1967) à porter ce problème sur le devant de la scène et à faire pression auprès des pouvoirs publics afin de voir ces pathologies, notamment l'athérosclérose, reconnues comme un véritable « problème public » nécessitant une attention prioritaire de l'Etat (Froment, 1967). L'argumentaire s'appuie ainsi sur une montée statistique

²⁶ Par exemple : *La Santé de l'Homme*, 151, 1967 ; *La Santé de l'Homme*, 173, 1971.

des taux de mortalité et de morbidité mais également sur des préoccupations économiques dans la mesure où ces affections impactent la collectivité par un coût important (Perrin, 1967). Ainsi, la lutte contre les MCV est définitivement mise à l'agenda politique français à partir de 1970 dans les principales options du VIème plan de Santé (Leclainche, 1971). Au niveau international, l'OMS fait, par exemple, de l'année 1972 « l'année du cœur » (Aujoulat, 1972). Les années 1960-1970 sont ainsi marquées par le déconfinement (Henry, 2009) du problème des maladies cardio-vasculaires qui accède à l'espace public et devient une préoccupation centrale des pouvoirs publics.

D'autre part, comme l'expliquent Gilbert *et al.*, (2009 : 15), l'émergence d'un problème de santé publique est le résultat de processus de mobilisation et d'actions collectives qui ont pour enjeu la définition du problème lui-même et qui contribuent « à légitimer ou non le cours de l'action publique tel qu'il se déroule ». En ce sens, le problème des MCV va être défini et construit par la sphère médicale de manière singulière, sur la base d'un paradigme épidémiologique alors en plein développement à cette période, comme le souligne Merlaud (2012), conduisant à légitimer certaines solutions. De grandes études prospectives de cohortes sont ainsi mises en place aux Etats-Unis au tournant des années 1950 dans une perspective d'épidémiologie cardio-vasculaire et vont permettre de préciser la définition du problème en identifiant un certain nombre de facteurs susceptibles d'augmenter la probabilité de développer une pathologie cardiaque. À ce titre, l'enquête de Framingham, qui commence en 1947 dans le cadre de l'US Public Health Service (USPHS) dont les premiers résultats sont diffusés à partir des années 1960 (Dawber, Kannel et Mc Namara, 1964), s'installera comme une étude « exemplar » au sens de Soler (2014) dans la mesure où elle sera fortement relayée par l'ensemble des publications postérieures et influencera massivement la compréhension du problème des MCV²⁷. Cette étude, ainsi que celle dite des « sept pays » en Europe (Keys, 1970), va ainsi faire de la notion de facteur de risque « un nouveau cadre paradigmatique » (Perretti-Watel, 2004) « pour penser la maladie et sa prise en charge par le milieu médical » (Cazal, 2012 : 13), et s'imposer comme un schéma conceptuel hégémonique, marquant fortement l'éducation pour la santé en France comme le précise Roussille (2002). Est ainsi repéré et diffusé, par le CFESS puis par le CFES, le rôle néfaste de certains facteurs quant à la probabilité de développer l'athérosclérose tels que le tabac, l'hypertension artérielle, le diabète, l'obésité ou encore la sédentarité (Aujoulat, 1972). Cazal (2012 : 13) précise à ce

²⁷ Pour une étude historique de la constitution de cette enquête épidémiologique, voir : Giroux (2008) ; Aronowitz (2011), Peretti-Watel (2004).

propos que, « dans un contexte sociétal où le risque prend une part de plus en plus considérable dans les modes de pensée et d'action [Beck, 2001], la statistique permet de quantifier, d'ordonner le réel et structure le mode d'intervention des politiques de santé publique et de recherche médicale ». Dit autrement, « l'approche des facteurs de risque » permet de délimiter clairement « ce qui fait problème et ainsi justifier une prise en charge par l'institution » (Cazal, 2012 : 13). En définissant le problème de cette manière, la sphère médicale étend ainsi sa légitimité sur les comportements susceptibles d'atténuer les MCV conduisant ainsi à une « sanitisation du social » (Fassin, 2008). Au final, la période 1960-1970 est caractérisée par l'identification et la construction du problème des MCV en termes de facteurs de risque susceptibles de les développer. Dans ce cadre, le manque d'APS est dénoncé ouvrant ainsi une « fenêtre d'opportunité » pour certains acteurs qui vont militer pour une reconnaissance de l'APS comme facteur de santé. La trajectoire de cette question subit ainsi à partir de ce moment, une véritable inflexion et est mise sur le devant de la scène publique.

1.2.2. Promouvoir l'APS pour prévenir les maladies cardio-vasculaires en profitant d'une fenêtre d'opportunité et en comblant la faiblesse des assertions scientifiques

C'est en s'appuyant sur le cadrage du problème des MCV sur la base d'un paradigme épidémiologique en termes de facteurs de risque que la sphère médicale construit, tout en se l'appropriant, l'idée selon laquelle la pratique des APS est indispensable pour lutter contre ces maladies. La corporation des médecins est en effet hégémonique sur la question à cette période comme en témoignent, d'une part, le fait que l'immense majorité des thèses françaises produites sur la question pour la période 1960-1985 sont des travaux d'exercice en médecine, pharmacie et odontologie, et d'autre part, que la quasi-totalité des articles diffusés sur cette problématique par *La Santé de l'Homme* émanent de cette corporation²⁸. En identifiant certains modes de vie potentiellement favorables à la survenue d'une maladie cardiaque, il en est alors déduit que la pratique d'une APS est une solution au problème des MCV. En témoignent, au niveau national, le nombre d'articles travaillant cette relation qui

²⁸ Sur les 99 articles signés travaillant spécifiquement ou en partie la thématique de la pratique physique et sportive en lien avec la santé entre 1960 et 1980, 79 sont écrits par des médecins.

croît de manière exponentielle dans la revue *La Santé de l'Homme* à partir de la fin des années 1960, ainsi que les premiers textes de cadrage des politiques publiques du « Sport pour Tous » au niveau européen qui insistent sur cette thématique (Astrand, 1969 ; Réville, 1970), ou le nombre important de thèses françaises de médecine travaillant spécifiquement la question des liens entre APS et fonction cardio-vasculaire à partir du milieu des années 1970. Plus précisément, nous avons relevé 10 articles, dans la revue *La Santé de l'Homme* traitant spécifiquement ou en partie cette thématique entre 1960 et 1970, soit 21 % de l'ensemble des articles évoquant la relation APS-Santé. Ce chiffre monte à 30 pour la période 1971 – 1981, soit 40 % des articles traitant du lien entre APS et santé pour passer à 146 entre 1982 et 1992, ce qui représente 30 % de la totalité des articles APS-santé. Les grandes études épidémiologiques vont ainsi permettre de dénoncer les conséquences néfastes de la sédentarité (qui est synonyme à cette période de l'inactivité physique) qui va devenir un facteur de risque à part entière et ainsi rendre le raisonnement extrêmement clair : pour prévenir les MCV, il faut promouvoir l'APS comme comportement bénéfique pour sa santé. À ce titre, l'analyse du discours médical permet d'éclairer la manière dont ces acteurs vont construire cette idée. Tout d'abord, dans la majorité des cas, le fait qu'aucune étude ne témoigne, par un travail longitudinal, que la pratique d'une APS permet effectivement de prévenir l'athérosclérose, n'est mentionné et ne s'impose pas comme une limite à la promotion de la pratique dans ce cadre²⁹. En effet, les travaux épidémiologiques *exemplars* sont essentiellement descriptifs ; la sédentarité étant identifiée comme facteur de risque, et non « expérimentaux », où l'on cherche à vérifier que la suppression ou l'atténuation des facteurs précédemment individualisés a pour conséquence la diminution du risque impliqué (Froment et Million, 1976). La plupart des études de référence sont ainsi transversales et rétrospectives ; dans celles-ci sont comparées des populations « actives » (travailleurs actifs le plus souvent) à des sujets inactifs, ce qui laisse des incertitudes quant à l'intervention d'autres variables non contrôlées (il en va ainsi des études de Moris *et al.*, de 1953 ou de Champan, Goerke, Dixon, Loveland et Philips de 1957 qui sont fortement relayées à cette époque). Par ailleurs, ces études, produites en grand nombre dans les années 1950-1970, laissent place à certains biais méthodologiques qui viennent affaiblir la robustesse des assertions : imprécision

²⁹ Ce n'est en effet qu'en 1984 que la revue *La Santé de l'Homme* (n°254, 1984) indique : « On savait déjà que l'absence d'exercice physique nuit à la santé et favorise l'apparition de maladies cardio-vasculaires. Mais aucune enquête n'avait encore établi que la pratique d'un sport permet effectivement de prévenir ce type de maladie. Et bien, c'est chose faite ! Le *Journal of the American Medical Association* vient de publier les résultats d'une étude sur 17 000 hommes d'âges moyen ou avancé ».

des questionnaires, légèreté de la différence entre métiers physiquement actifs et inactifs, problème des changements de profession des enquêtés... Ainsi, la solidité épistémique des études sur lesquelles s'appuient les promoteurs de l'APS comme facteur de santé reste faible mais ces écueils sont, dans la majorité des cas, passés sous silence. C'est en comblant cette faiblesse qualitative par un faisceau important d'études de natures différentes que les acteurs vont renforcer la robustesse de leur argumentaire et contribuer à le rendre tangible. En effet, sont multipliées les références aux études rétrospectives, transversales et descriptives qui laissent à penser un rôle positif de l'APS sur la prévention des MCV et ceci, dans des orientations variées. Ainsi, si de nombreuses études montrent la moindre prévalence d'infections coronariennes et d'infarctus chez les sujets adultes actifs, des écrits s'intéressant aux personnes âgées sportives ou anciennement sportives sont également utilisés (par exemple : Rook, 1954 ; Karvonen, Kihlberg, Määttä, et Virkajärvi, 1956 ; Longueville, Melon, Wintrebert et Hennape, 1965 ; Diaz, 1973). La sphère médicale convoque également systématiquement les travaux en médecine sportive scandinaves, allemands, américains et français étudiant les retentissements physiologiques de programmes d'entraînement chez les sujets sportifs et chez les sujets sédentaires (Saltin, Blomqvist, Mitchell, Johnson, Wildenthal et Chapman, 1968 ; Kilbom, Hartley, Saltin, Bjure, Grimby et Astrand, 1969) afin de chiffrer les bénéfices que peut apporter l'APS sur le fonctionnement physiologique de l'organisme. Enfin, pour renforcer l'argumentaire et pallier ces failles, les études qui témoignent de l'aspect « thérapeutique » de l'AP sur les MCV dès 1970 sont également largement convoquées (par exemple : Katz, 1967 ; Hollmann, 1965 ; Varnauskas, Bergman, Houk et Björntorp, 1966). Ainsi, en multipliant les références à des études scientifiques travaillant différentes facettes de la relation APS-santé, les acteurs comblent les faiblesses qualitatives des travaux pris isolément. Au final, du point de vue de l'argumentation, c'est la question de la tangibilité des faits qui est ici travaillée. Il s'agit en effet, pour les acteurs, de rendre tangible l'idée selon laquelle l'APS peut être bénéfique pour la prévention et la thérapeutique des MCV. En suivant Chateauraynaud (2011 : 252), la notion de tangibilité renvoie à la manière dont les acteurs tentent de réduire l'incertitude de leur discours en recourant à différentes formes d'administration de la preuve. L'une d'entre elles consiste à « exprimer la consistance du recoupement de multiples versions. [...] Il ne s'agit pas seulement de recouper des témoignages mais de croiser des sources indépendantes, de façon à établir une convergence de vues ». Consciente des faiblesses méthodologiques et épistémologiques des études rétrospectives et transversales qui servent majoritairement à l'argumentation, c'est sur cette modalité d'administration de la preuve que la sphère médicale travaille à rendre tangible

l'idée selon laquelle la pratique régulière d'une APS permet de réduire le risque de développer une pathologie cardiaque. La faiblesse probatoire est comblée par une recherche de convergence d'études émanant de perspectives diverses. Au final, malgré les incertitudes, l'argumentaire est rendu suffisamment robuste pour que dès le début des années 1970, l'APS soit promue massivement comme une solution au problème de santé que représentent les MCV.

1.2.3. La Fédération Française de Cardiologie : entrepreneur de cause essentiel en France

En France, la FFC s'installe comme l'acteur principal du déconfinement de la sphère purement scientifique (Radel, 2012). Pensé dans la lignée des travaux de Becker (1985) ou de Gusfield (2009) sur les entrepreneurs de morale, comme un entrepreneur de cause (Neveu, 2015), cet acteur joue un rôle central concernant la trajectoire de la proposition globale de l'APS comme outil de santé publique en France. Cette société savante médicale cadre ainsi la question des liens entre APS et MCV et joue le rôle de définisseur primaire (Hall, Critcher, Jefferson, Clarke et Roberts, 1978) en se constituant en communauté épistémique (Hass, 1992) de référence pour cette question. Dans l'espace que représente le domaine de l'APS-santé naissant au début des années 1970, la FFC va ainsi devenir omniprésente et s'installer comme l'acteur central et légitime portant cette cause dans la période considérée, comme le souligne Radel dans sa thèse de doctorat (2012). En étant l'un des seuls groupes sociaux à faire des recommandations pratiques en termes d'APS pour le grand public français dans une perspective sanitaire et à les diffuser largement, la sphère des cardiologues va occuper une place de choix dans ce dossier. En effet, si le raisonnement épidémiologique permet d'envisager l'APS comme facteur de prévention des MCV, encore faut-il pouvoir outiller cette relation par des recommandations pratiques. Or, peu d'indications sont diffusées avant le milieu des années 1970 au grand public comme en témoignent les articles de *La Santé de l'Homme* qui, à cette période, relaient l'idée selon laquelle le manque d'APS est un facteur de risque de contracter une pathologie cardiaque et encouragent à la pratique physique mais sans vraiment donner de conseils précis. Le nombre de ces articles augmente à partir des années 1970 pendant lesquelles certains cardiologues vont multiplier les écrits et diffuser l'idée de l'importance pour les populations de pratiquer une APS, à la fois dans un but de prévention des MCV, mais également dans une perspective de réadaptation cardiaque. Se diffuse alors

l'idée, controversée dans les années 1960, que certains patients atteints d'une MCV peuvent et doivent pratiquer une APS pour améliorer leur rééducation et prévenir une éventuelle récurrence, suite à la diffusion des travaux de cardiologues pionniers comme Broustet, Bricaud et Emeriau, entre autres (Broustet, Bricaud et Emeriau, 1976). Ces auteurs, membres de la FFC, mettent en place les principes d'une rééducation des coronariens par l'APS et vont produire, à partir du milieu des années 1970, un ensemble de documents préconisant certaines APS en fonction des profils de santé qui vont par la suite être généralisés à l'ensemble de la population. Comme le repère Radel (2012), ces outils tels que le tableau élaboré par le docteur Jean-Paul Broustet (Souyris-Rolland, 1986)³⁰ seront parmi les seuls permettant une opérationnalisation pratique des conseils en termes d'APS-santé et vont être diffusés auprès des populations. Cette pénétration du discours à orientation médicale dans l'espace public participe du déconfinement de la proposition. En effet, la FFC possède un capital social qui lui permet de faire circuler son savoir dans de nombreux espaces pertinents, notamment celui politico-médiatique par l'organisation des premiers événements de masse visant la promotion de l'AP. Comme l'a étudié Radel (sous presse : 3), elle organise, dans cette veine, "la Semaine du cœur" en 1974 (Jouve, 1972 ; Faivre, 1976), ou "les Parcours du cœur" en 1976 (Radel, sous presse : 3 ; Faivre, 1976³¹), événements qui sont encore d'actualité dans la période la plus moderne et largement relayés par la presse nationale (*Le Figaro*, no 18233, samedi 22 mars 2003, p. 52 ; *La Croix*, no 39213, mardi 28 février 2012, p. 24...) Les indications rédigées par la FFC sont aussi largement diffusées telles que les « dix commandements du sportif amateur »³². Elle s'installe alors comme l'acteur central à cette période sur la question de question de l'APS dans un but de santé et va incarner le discours légitime sur cette question³³.

D'autre part, la FFC nous semble également s'installer comme un acteur de premier plan à cette période dans la mesure où elle ancre pleinement son argumentaire dans le discours dominant sur la question et qu'elle contribue en retour à le renforcer. Bergeron

³⁰ Dans ce tableau, l'auteur classe les APS susceptibles d'être les plus favorables pour la santé des pratiquants et en déconseille la pratique de certaines.

³¹ G Faivre, Président de la Fondation Nationale de Cardiologie (FNC) évoque dans un article de la revue *La Santé de l'Homme* en 1976 (no 205) l'organisation d'un parcours du cœur dans 14 villes ayant rassemblé plus de 10 000 participants.

³² Voir par exemple la brochure : « Le Sport bien-être en Aquitaine. Guide du Sport pour Tous » (Ministère de la Jeunesse et des Sports, 1986)

³³ Pour une analyse complémentaire, nous renvoyons le lecteur à Radel (sous presse) où l'auteur montre la mainmise de la FFC dans l'organisation des parcours du cœur vis-à-vis des autres institutions investies dans le champ de la lutte contre la sédentarité.

(2008 : 350) indique que « qualifier un problème, ce n'est guère découvrir une réalité objective cachée. C'est plutôt présenter une réalité sous un jour particulier. Et ces opérations de traduction ou de transcodage ne sont pas neutres, elles participent à la désignation des experts légitimes ». La sociologie de l'action publique et notamment de la construction des problèmes de santé publique (Gilbert *et al.*, 2009) montre classiquement que la manière dont un problème est qualifié n'est jamais anodine et participe à la désignation des acteurs légitimes ainsi que des solutions à mettre en place. Or, comme nous l'avons vu plus haut, à partir du milieu des années 1960, la question de la lutte contre l'inactivité physique et de la promotion de l'APS est majoritairement cadrée par la sphère médicale afin de répondre au problème des MCV lui-même défini selon un paradigme épidémiologique où l'importance des facteurs de risque (dont le manque d'APS) est soulignée. Dès lors, dans la mesure où la FFC s'inscrit logiquement comme la communauté spécialiste des MCV, le fait que la question de l'APS en lien avec la santé soit publicisée majoritairement dans le cadre de la prévention de ces pathologies offre la possibilité aux cardiologues de s'inscrire comme les experts légitimes du lien entre APS et santé. D'autre part, en affiliant totalement son argumentation à une approche épidémiologique et en publicisant la question de l'APS comme solution pour lutter contre le facteur de risque que représente la sédentarité (Desmare, 1976), la FFC s'impose là encore comme l'acteur central et légitime sur la question. Ainsi, celle-ci s'ancre pleinement dans le discours dominant concernant la question de l'APS comme facteur de santé, et participe également à la diffusion et à la promotion de ce cadrage du problème faisant de cet acteur un des « premiers diffuseurs » de l'APS comme outil de santé publique.

Enfin, la capacité de la FFC à s'installer comme un acteur de premier rôle en tant qu'entrepreneur de cause s'explique également par la légitimité dont jouit cette institution, forgée autour de deux aspects. Composée de médecins-cardiologues, la fédération profite du prestige que possède la médecine à cette période. Le corps médical « bénéficie en effet du statut d'autorité scientifique et publique, et le médecin s'impose comme un prescripteur d'images [Lefèbre, 2009] ou d'attitudes morales [Berlivet, 1997] » (Radel, 2012 : 136). Ainsi, la FFC et ses cardiologues jouissent du statut d'experts légitimes sur les questions de santé, installant ces acteurs comme des porteurs de causes de premier plan sur la question de la pratique de l'APS comme facteur de santé publique. D'autre part, c'est également sa capacité à compiler, traduire, relayer, mais également à produire des savoirs scientifiques jugés robustes quant au rôle bénéfique de l'APS sur la santé des populations, qui lui permet de s'inscrire comme une corporation incontournable sur cette question. Ainsi, les cardiologues vont compiler et traduire les études internationales qui se multiplient dans les

années 1960-1980 afin de relayer ces connaissances à la fois auprès de leurs pairs mais également du grand public. A titre d'exemple, l'ouvrage de Plas (1976) résume l'ensemble des travaux en médecine et en physiologie du sport étudiant l'influence de la pratique physique sur la fonction cardiaque tout comme celui de Broustet (1973), qui insiste plus spécifiquement sur les travaux s'intéressant aux bienfaits de l'APS pour les patients atteints de pathologies cardiaques. Les cardiologues de la FFC, par l'intermédiaire de ces ouvrages pionniers, travaillent à diffuser les connaissances scientifiques de l'époque auprès de leurs pairs³⁴. Mais c'est également auprès d'un public plus large que la FFC traduit et diffuse les connaissances construites par la sphère scientifique. En témoignent certains articles de la revue *La Santé de l'Homme* ou du *Guide du cœur et de l'effort physique* (Souyris-Rolland, 1986) dans lesquels les premiers résultats de l'importante étude épidémiologique de Framingham mettant en évidence le manque d'APS comme facteur de risque des MCV, sont relayés (Tassy, et Jouve, 1976 ; Million et Froment, 1971). Ainsi, en tant que diffuseurs principaux des connaissances scientifiques auprès de leurs pairs comme du grand public, les médecins-cardiologues renforcent leur légitimité en tant qu'entrepreneurs de cause. C'est aussi en tant que producteur de connaissances scientifiques que la FFC renforce sa légitimité. En effet, ces cardiologues vont être parmi les premiers producteurs de savoirs français travaillant explicitement le rôle de l'APS dans les maladies coronariennes (par exemple : Broustet, Du bec, Bouloumie et Baron 1973 ; Talbot, 1973). La France accuse, en effet, un certain retard en termes de recherche épidémiologique. Comme le soulignent Froment et Million (1976), il faudra attendre 1967 pour voir se développer des enquêtes françaises marquantes de ce type telles que l'étude Parisienne du Groupe de Recherche sur l'Epidémiologie de l'Athérosclérose (GREAA) dont les premiers résultats ne seront diffusés à grande échelle qu'en 1981 (Ducimetière, Richard, Claude et Warnet, 1981). C'est également dans le domaine des liens entre APS et santé que ce retard s'inscrit dans la mesure où les études les plus marquantes, souvent citées, sont pour la plupart d'origine anglaise, américaine ou scandinave.

³⁴Plas (1976 : 1) écrit par exemple : « Ce travail aura atteint son but s'il permet aux médecins du sport de disposer de connaissances de physiologie cardiaque suffisantes pour guider les athlètes et aux cardiologues (qui ne sont pas tous encore des sportifs) de connaître suffisamment le sport pour guider les cardiaques dans la pratique enfin reconnue utile d'activités physiques contrôlées et justement évaluées ».

1.3. Publicisation du lien APS-santé au travers de campagnes de prévention et première mise en politique (1980-1990) :

Sortie du confinement de la sphère scientifique, après les phases « d'identification du problème » et de couplage d'une solution à ce problème participant à la « soupe primitive » qui, selon Kingdon (1984), consiste en « l'existence de solutions susceptibles de résoudre le problème préalablement défini et où sont mélangés les ingrédients de l'action publique » (Collinet *et al.*, 2014 : paragr. 8), la question du rôle de l'APS comme outil de santé publique (en particulier dans la prévention des MCV) est mise en politique au début des années 1980. En effet, comme le soulignent Combaz et Hoibian (2015 : 53), « À partir des années 1980, on observe, dans la plupart des pays industrialisés, une relance des politiques de préservation de la santé incitant chaque individu à la pratique des activités physiques », et les auteurs de préciser « que la relation entre activité physique et amélioration de la santé se trouve à nouveau constituée en tant que problème public inscrit à l'agenda politique » (Combaz et Hoibian, 2015 : 53).

Ainsi, est publié en 1980, un rapport intitulé « Activités physiques, sport et santé » rédigé par le Bureau médical du ministère de la Jeunesse, des Sports et des Loisirs dirigé par le Docteur Henri Périé (Périé, 1980). Avant cette période, la mise en politique de la proposition n'est pas travaillée comme le souligne un extrait de ce texte :

« Malgré l'affirmation répétée de l'excellence du sport pour la santé, très peu de responsables semblent réellement convaincus, ni les pouvoirs publics concernés qui n'ont pu, dans ce domaine, engager des actions systématisées, ni les fédérations sportives, plus préoccupées de techniques et de résultats sportifs » (Périé, 1980 : 2).

Se basant sur un ensemble d'études scientifiques d'orientation épidémiologique, médicale et physiologique, les auteurs de ce rapport soulignent les méfaits de la sédentarité liés aux conditions de vie moderne et argumentent pour la mise en œuvre de politiques publiques intégrant l'APS comme outil de santé :

« Améliorer ou amener à un niveau le plus élevé possible la condition physique et la santé de chacun devrait être considéré comme une cause nationale et une priorité du gouvernement » (De Butler, 1980 : 83).

L'argumentation est largement construite autour de la possibilité, par l'augmentation du niveau de pratique physique dans la population, de réduire les coûts budgétaires en santé publique selon une logique de prévention. Si l'AP est reconnue comme une solution préventive à plusieurs problèmes sanitaires (diabète, obésité, santé mentale...), c'est véritablement autour des MCV que l'argumentation porte dans ce rapport, traduisant le processus de couplage de la proposition à un problème qui émerge. La FFC apparaît d'ailleurs de manière singulière dans ce rapport, deux de ses membres, les docteurs Broustet et Degeorges écrivant deux articles, ce qui témoigne, là encore, de son influence majeure sur ce dossier (Broustet, 1980 ; Degeorges, 1980).

Le lancement des premières mises en politique de la proposition « APS comme outil de santé publique » va donner lieu à des campagnes de prévention mises en place par le CFES en partenariat avec le ministère de la Santé et d'autres acteurs tels que la FFC durant la période 1980-1990. Cette mise en politique de la question de l'APS se construit selon deux orientations distinctes : des campagnes spécifiquement centrées sur le problème des MCV ; des campagnes d'éducation à la santé plus globales, qui ont notamment été étudiées en détail par Radel (2012). Ainsi, dès 1980, le CFES organise pour la première fois, une campagne d'éducation à la santé « globale », c'est-à-dire non centrée exclusivement sur un problème de santé particulier nommé « Dynamisme santé », campagne qu'ont notamment étudiée (Radel et Morales, 2013). En effet, conscient des insuffisances des campagnes précédentes, le CFES décide au début des années 1980, de changer de stratégie comme le souligne Jacques Barrot, ministre de la Santé et de la Sécurité sociale en 1980, dans un entretien retranscrit dans un article de *La Santé de l'Homme* :

« Le public n'a pas toujours perçu les objectifs communs aux différents thèmes qui ont été abordés successivement. Aussi, au lieu de concevoir des campagnes d'information cloisonnées, nous allons développer une approche plus globale, plus positive et plus continue. » (Savy, 1980 : 5)

Comme l'a montré Radel dans sa thèse de doctorat (2012), cette première campagne globale cherche à répondre à deux objectifs qui sont « de promouvoir une vision positive de la santé et mettre l'accent sur la responsabilisation de chacun par le slogan “votre santé dépend aussi de vous“ » (Radel, 2012 : 286). L'auteur montre que c'est dans ce cadre que l'APS est pour la première fois utilisée dans les campagnes de santé et qu'elle apparaît de manière secondaire dans la première phase de la campagne qui vise, par des spots télévisés et des brochures, à inciter les personnes à éviter un certain nombre de comportements néfastes et à les remplacer

par une attitude plus bénéfique notamment en pratiquant de l'AP, mais sans indications précises pour organiser sa pratique. Au final, comme le notent Radel et Morales (2013), cette première campagne reste une première mise en politique timide de la question de l'APS. Plus tard, Radel (2012) montre que les différents dispositifs menés en 1984 (« Bougez-vous la santé »), puis en 1985 (« Bouge ton cœur »), vont mettre en avant de manière plus affirmée la promotion d'un mode de vie actif. Le premier est mis en place dans le cadre d'une collaboration entre le CFES, le Ministère de la Jeunesse et des Sport et la Fédération Nationale de la Mutualité Française et « de nombreuses actions et rassemblements sportifs de masse sont prévus dans toute la France » (Radel, 2012 : 245). Radel (2012 : 245) souligne ainsi que le « CFES décline l'éventail des possibilités médiatiques qui sont les siennes : spots télévisés, complétés par des actions de terrain locales, un affichage public et un ensemble important de documents écrits largement diffusés ». L'auteur montre également que « cette campagne est marquée par la large diffusion d'une brochure "cœur sport santé" produite par la FFC, diffusée à plus de deux millions d'exemplaires et destinée à favoriser l'entrée dans une pratique physique régulière et mesurée » (Radel, 2012 : 245). C'est sur l'effet protecteur et mélioratif de l'AP dans la fonction cardiaque que l'argumentaire est porté. Le deuxième « Bouge ton cœur » est mis en place par le CFES, le Ministère de la Santé et la FFC. L'objectif est de lutter contre le développement des affections cardiaques notamment en luttant contre le manque d'APS, les excès concernant la nutrition ou la consommation de tabac. Radel, (2012 : 246) montre ainsi que « des spots télévisés sous le slogan "*bouge ton cœur*" sont diffusés sur les trois chaînes nationales, des dépliants sont distribués aux associations, distribués aux associations, PME, responsables politiques locaux et nationaux ainsi qu'au grand public, des affiches et des autocollants ».

Au final, l'APS comme outil de santé publique, qui n'est pas encore qualifiée de sport-santé, subit dans la période 1960 – 1990 un couplage au problème des MCV qui émerge et est construit à partir des années 1960. Les travaux scientifiques se multiplient, ce qui contribue à rendre « crédible » la pratique d'une APS comme solution au problème des MCV. La FFC, disposant d'une légitimité importante, va s'installer comme un acteur central « entrepreneur de cause » et va jouer un rôle crucial dans le déconfinement du dossier. La fin de la période se caractérise par les premières mises en politique de la question de l'APS comme outil de santé publique en France sous la forme de grandes campagnes d'éducation à la santé, pour répondre principalement au problème de santé publique que représentent les MCV.

2. Renforcement de la mise à l'agenda et définition d'un référentiel sectoriel contemporain

2.1. Mise à l'agenda politique (1990-2017)

2.1.1. Le couplage à plusieurs problèmes de santé publique

Au cours des années 1990, la médiatisation du rôle de l'APS va rencontrer l'émergence de nouveaux problèmes sociaux dont l'importance va trouver un fort écho dans les médias : ceux de l'obésité, du diabète, du cancer, de la dépendance et de la sédentarité, renforçant le recours à l'APS comme outil de prévention. La proposition « APS comme outil de santé publique » va alors être couplée à plusieurs problèmes publics et être définitivement mise en politique en tant que solution légitime.

L'APS comme outil préventif central va s'imposer dans les différents textes relatifs au cadrage des politiques de santé publique. En effet, son rôle dans la santé, objectivé par des travaux scientifiques de plus en plus nombreux³⁵, va trouver un souffle puissant dans la mise au point de plans et de programmes de santé publique dont le versant préventif sera central. Desrosières (2003) explique à ce niveau qu'à partir des années 1990, l'Etat libéral « se caractérise par l'extension des domaines relevant d'une responsabilité collective poussant à élargir le spectre de la prévention » (Collinet *et al.*, 2014 : paragr. 1). Cette focalisation sur le domaine préventif sera alors liée à l'éducation pour la santé tout au long de la vie (Berlivet, 2013) dans un paradigme plus global d'une « culture du risque » (Giddens, 1991 : 244) où ce dernier est devenu « une idéologie » (Peretti-Wattel et Moatti, 2009 : 22) et dans laquelle l'épidémiologie contemporaine permet de repérer des « conduites à risque ». Ainsi « l'individu est promu acteur de sa propre santé, décideur autonome auquel il incombe, une fois qu'il aura été convenablement informé par les actions de prévention, de prendre soin de son « capital santé » et de gérer les risques qui menacent son bien-être » (Perretti-Wattel et Moatti, 2009 : 23). De plus, comme le souligne Collinet *et al.*, (2014 : paragr. 1), la prise en compte de la dimension socio-économique de la santé – et non plus seulement privée et

³⁵ Pour une revue générale classiquement citée, INSERM (2008)

individuelle – va imprégner les institutions mobilisées autour de la prévention aux différentes échelles de la gouvernance mondiale et nationale et contribuera à la multiplication des mesures ». Ainsi, si l'on reprend le modèle de la soupe primitive de Kingdon (1984) qui permet de cerner trois flux fondamentaux dans la mise à l'agenda et étant entendu que le flux de problèmes est constitué, on peut défendre l'idée que le flux politique favorable est en partie causé par le fait que les politiques sanitaires françaises vont passer progressivement, à partir des années 1970, d'une dimension principalement curative à des modes d'actions préventifs (Bossy, 2010 ; Collinet *et al.*, 2014). Dans cette soupe primaire hétéroclite, on peut signaler aussi un contexte général de volonté de réduction des dépenses de santé et de financement de l'assurance maladie qui va ajouter aux problèmes des maladies chroniques (MCV, Obésité, diabète principalement) étendu au cancer, celui de la prévention du vieillissement et notamment de la dépendance qui cristallisera les préoccupations politiques dans les années 2010 (Collinet et Delalandre, 2015).

Si les études épidémiologiques vont montrer, au cours des années 1990, une diminution de l'ampleur du problème que représentaient les MCV par rapport aux décennies précédentes, la FFC conservera toutefois une place importante dans la cause APS comme outil de santé, dans la mesure où son discours sera toujours visible dans la sphère médiatique. Ainsi plusieurs médecins-cardiologues membres de la FFC vont continuer de promouvoir l'APS, dans un but de santé tout au long de la période et faire un ensemble de recommandations auprès du grand public³⁶. Il en va ainsi par exemple de plusieurs de leurs membres tels que Jean-Paul Broustet, Claude Le Feuvre, Claire Mounier-Véhier ou François Carré³⁷. Pour autant, l'étude de nos différents corpus montre que la proposition « APS comme outil de santé » va, à partir des années 1990, être couplée à d'autres problématiques et notamment celle de l'obésité amenant à une reconfiguration qui se traduit par une multiplication des entrepreneurs de cause.

³⁶Nous pouvons par exemple citer les articles de presse suivants : *Le Monde*, mercredi 5 septembre 1990, p.13 ; *Le Figaro*, no 18233, samedi 22 mars 2003, p. 52 ; *Le Figaro*, no 18508, samedi 7 février 2004, p. 56 ; *La Croix*, no 37778, mercredi 20 juin 2007, p. 16 ; *La Croix*, no 39433, samedi 17 novembre 2012, p. 8 ; *Le Figaro*, no 21289, lundi 14 janvier 2013, p. 12 ; *Aujourd'hui en France*, lundi 1er avril 2013 ; *Aujourd'hui en France*, vendredi 14 mars 2014, p. 3 ; *Aujourd'hui en France*, dimanche 30 mars 2014, p. VII ; *Le Figaro*, no 21701, jeudi 15 mai 2014, p. 11 ; *La Tribune*, no 5471, lundi 2 juin 2014, p. 86.

³⁷Claude Le Feuvre est cardiologue et fut président de la FFC entre 2011 et 2015 ; Claire Mounier-Véhier est cardiologue et fut présidente de la FFC entre 2015 et 2019 ; François Carré est cardiologue et médecin du sport, membre de la FFC.

En effet, comme le souligne Bossy (2010), le problème de l'obésité en tant que tel monte progressivement à partir des années 1990 pour être définitivement mis à l'agenda politique français au début des années 2000. Dans ce cadre, si un travail sur la modification des habitudes alimentaires des populations est rapidement identifié comme une solution, la question de l'APS, quant à elle, est accolée massivement à ce problème au milieu des années 2000 (Merlaud *et al.*, 2012). La sphère scientifique va, en effet, mettre en évidence le rôle de l'inactivité physique dans la prévalence de l'obésité dès les années 1970 mais, des controverses existant dans la littérature scientifique (par exemple dans les études de Waxman et Stunkard, 1980 ; de Dietz et Gortmaker, 1985 ; de Ravussin, Lillioja, Anderson, Christin et Bogardus, 1986 ; de Romieu, Willet et Stampfer, 1988), celles-ci vont progressivement se stabiliser au cours des années 1990, période pendant laquelle des études et des revues de la littérature phares vont être produites (par exemple Bouchard, Depres et Tremblay, 1993 ; Grilo, 1994). De plus, l'analyse de la presse française généraliste montre une médiatisation importante des liens entre la pratique d'APS et la prévention de l'obésité qualifiée « d'épidémie du siècle » par l'OMS (*La Croix*, mardi 14 mars 2000, p. 24 ; *Le Monde*, lundi 13 octobre 2003, p. 13) ou encore de « fléau » (*Le Figaro*, no 21162, jeudi 16 août 2012, p. 6) à la fin des années 1990³⁸. Les articles vont relayer au grand public l'importance de la lutte contre l'inactivité et la sédentarité pour prévenir l'obésité et ainsi promouvoir à la fois la pratique régulière d'une APS et des comportements actifs au quotidien comme une des solutions à ce problème, tout au long des années 2000³⁹. La médiatisation de ce lien en France sera notamment réalisée à l'occasion de la diffusion des résultats de plusieurs études. Ainsi, les conclusions de la recherche Intervention auprès des Collégiens centrée sur l'Activité Physique et la Sédentarité (ICAPS)⁴⁰ et de l'implantation de ce programme dans plusieurs

³⁸ On peut ainsi lire dans le numéro 340 de *La Santé de l'Homme* en 1999 : « Le congrès international sur l'obésité, qui s'est tenu en septembre à Paris, a été l'occasion d'entendre ce cri d'alarme : l'épidémie progresse, nous croulons sous l'excès de graisse. Les médecins constatent, affligés, leurs moyens classiques d'aides thérapeutiques sont impuissants à enrayer l'épidémie mondiale qui s'affiche comme un fait de société » (Locard, 1999 : 16).

³⁹ Nous pouvons par exemple citer les articles de presse suivants : *Les Echos*, mercredi 4 octobre 2000, p. 5 ; *Le Monde*, lundi 18 octobre 2004, p. 9 ; *Le Figaro*, no 18864, mercredi 30 mars 2005, p. 11 ; *Le Monde*, mercredi 14 septembre 2005, p. 30 ; *Libération*, no 8093, mercredi 16 mai 2007, p. 15 ; *Le Figaro*, no 19679, jeudi 8 novembre 2007, p. 33 ; *Le Monde*, mercredi 3 septembre 2008, p. 28 ; *Le Monde*, vendredi 2 octobre 2009, p. 22.

⁴⁰ Le programme ICAPS est une étude « portant sur 1 000 élèves admis en 6e à la rentrée 2002, répartis par tirage au sort en deux groupes, et suivis pendant quatre ans. Dans la moitié des collèges [...], les élèves ont conservé leur activité physique habituelle. Dans les quatre autres établissements [...] un programme de promotion de l'AP, intégrant l'environnement dans lequel l'adolescent évolue et les obstacles à l'adoption d'un mode de vie actif, a été mis en place. L'objectif était de favoriser la pratique d'une AP, dans l'enceinte de l'école mais également en dehors de l'établissement, aussi bien pendant les loisirs que dans la vie quotidienne » (Étude

régions sera l'occasion pour son initiatrice, la Professeure Chantal Simon⁴¹, de véhiculer l'idée de l'importance des modes de vie actifs et de la pratique d'APS dans un but de prévention de l'obésité (par exemple dans les articles de presse suivants : *Le Figaro*, no 19679, jeudi 8 novembre 2007, p. 33 ; *Le Monde*, samedi 14 décembre 2013, p. SPH6 ; *Le Monde*, samedi 1er février 2014, p. SPH6 ; *Le Monde*, samedi 22 mars 2014, p. SPH6). La médiatisation de l'APS comme une des solutions sera aussi véhiculée lors de la publication des résultats des enquêtes SU.VI. MAX⁴²(par exemple dans les articles de presse suivants : *Le Figaro*, no 18315, vendredi 27 juin 2003, p. 40; *L'Humanité*, vendredi 22 août 2003, p. 14), Obépi-Roche⁴³(par exemple dans *Le Monde*, jeudi 19 novembre 2009, p. 24)et Fleurbaix-Laventie⁴⁴(par exemple dans *Libération*, no 7097, samedi 6 mars 2004, p. 41). Ce sera l'occasion pour plusieurs experts, tels que les docteurs Jean-Michel Oppert⁴⁵ou Jean-Michel Borys⁴⁶, de promouvoir médiatiquement le lien entre APS et prévention de l'obésité. Celui-ci sera aussi mis à l'œuvre dans le cadre de la diffusion des actions mises en place dans le contexte des différents PNNS (par exemple dans les articles de presse suivants : *Le Figaro*, no 18512, jeudi 12 février 2004, p. 20 ; *Libération*, no 7097, samedi 6 mars 2004, p. 41; *Le Figaro*, no 18315, vendredi 27 juin 2003, p. 40; *L'Humanité*, vendredi 22 août 2003, p. 14 ; *Le Monde*, jeudi 19 novembre 2009, p. 24). En outre, l'étude du corpus des articles de la revue *La Santé de l'Homme* témoigne également de ce glissement d'un couplage de la proposition

ICAPS, 2007 : 308-309). Cette étude va donner lieu à un programme mis en place en collaboration avec l'INPES (Rostan, Simon et Ulmer, 2011).

⁴¹ Chantal Simon est Professeure des universités en nutrition à la faculté de médecine et de maïeutique Lyon Sud et Praticien hospitalier au CHU de Lyon.

⁴²Merlaud (2012 : 45) explique que : « L'étude SU. VI. MAX (Supplémentation en vitamines et minéraux anti-oxydants) est un essai d'intervention randomisé [...] dont l'objectif principal visait à évaluer l'impact pendant 8 ans d'un apport quotidien d'antioxydants à des doses nutritionnelles, sur l'incidence des cardiopathies ischémiques et des cancers, et sur la mortalité. Cette étude a également permis de disposer d'une banque de données sur la nutrition et la santé ».

⁴³ Les études Obépi-Roche ont été réalisées entre 1997 et 2012 « auprès de l'échantillon permanent de 20 000 ménages ordinaires, dans le cadre d'une collaboration Inserm-Produits Roche. L'étude a consisté en un questionnaire postal envoyé à chaque foyer demandant à tous les individus de plus de 15 ans, vivant au foyer, de reporter leurs poids et taille. Il était demandé aux individus qui en avaient la possibilité de se peser sur une balance avant de reporter leur poids, et aux adolescents de moins de 20 ans de se faire mesurer contre un mur. » (Charles, Eschwege et Basdevant, 2008 : 258).

⁴⁴ L'opération Fleurbaix Laventie Ville Santé est une étude qui se concentre sur la population de deux communes françaises qui a été étudiée pendant quinze ans (1992-2007) visant une mobilisation des populations, des élus, des acteurs économiques, de l'Education Nationale et du système de soins dans une approche globale et pluridisciplinaire. Comme le souligne Le Guen (2005), l'expérience a consisté « à promouvoir un programme d'éducation nutritionnelle en milieu scolaire visant à influencer sur les comportements de toute la famille, puis une politique de prévention et de prise en charge individualisée de l'obésité. [...] Trois mille personnes ont bénéficié d'un bilan de santé et d'une analyse critique de leur mode de vie. Elles se sont vu recommander des règles d'hygiène et de diététique individualisées afin qu'elles soient incitées à adopter des comportements allant dans le sens d'une meilleure santé ».

⁴⁵Jean-Michel Oppert est médecin endocrinologue chef du service de nutrition de l'hôpital Pitié-Salpêtrière.

⁴⁶Jean-Michel Borys est médecin endocrinologue et diabétologue.

« APS comme outil de santé » depuis le problème des MCV vers celui de l'obésité. En effet, si certains articles montrent que l'APS dans un but de santé est également promotionnée en lien avec le problème de l'obésité avant les années 1990, ce n'est que de manière très ponctuelle à la fin des années 1970 et au final, dans le cadre de la lutte contre les facteurs de risque de contracter une MCV (par exemple dans Apfelbaum, Darius, Revailaud, 1978). Le tableau suivant indique la proportion d'articles parus dans *La Santé de l'Homme* traitant de la relation APS-obésité ainsi que la relation APS-MCV entre 1960 et 2000 :

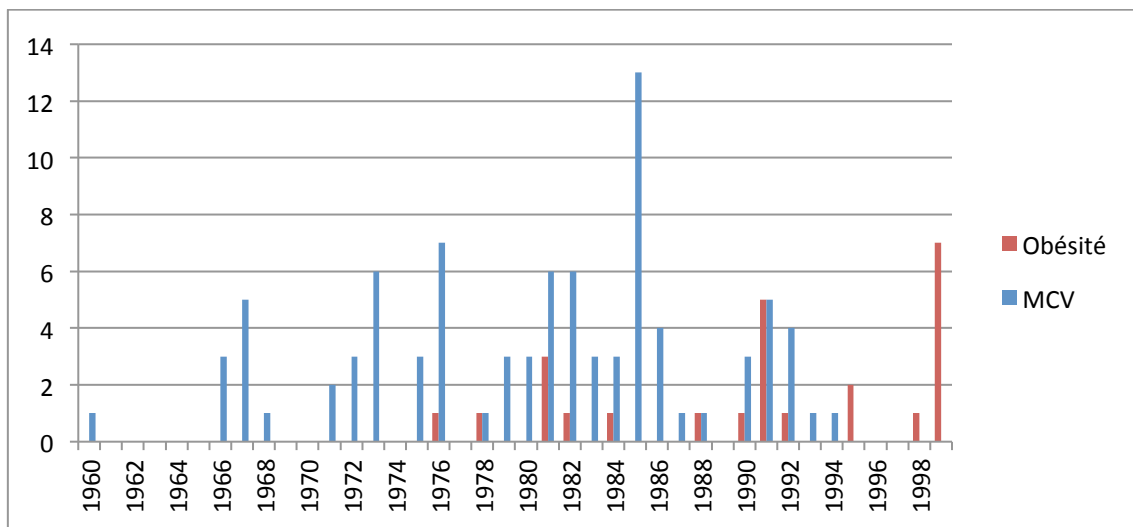


Figure 5 : Nombre d'articles de la revue *La Santé de l'Homme* traitant spécifiquement des relations APS - MCV et APS – Obésité

On peut ainsi constater que c'est au cours des années 1990 qu'un basculement s'opère et où l'APS comme outil de santé va subir un véritable couplage à la question de la prévention de l'obésité, notamment dans la revue *La Santé de l'Homme*. Celle-ci consacre notamment deux numéros thématiques à la question de l'obésité et du surpoids en 1991 et 1999 (*La Santé de l'Homme*, 1991 ; *La Santé de l'Homme*, 1999) où seront soulignés les liens entre APS et prévention de l'obésité et du surpoids (par exemple, Fricker, 1991, ou Locard, 1999).

En outre, l'APS comme outil de santé va également être progressivement couplé à la problématique du diabète tout au long de la période 1990-2015, comme ont pu le montrer Terret et Perrin (2007) dans des travaux que nous avons déjà évoqués dans notre revue de littérature. Les auteurs ont en effet mis en évidence que si quelques initiatives rares sont mises

en place à partir des années 1960⁴⁷, ce n'est véritablement qu'à partir des années 1980 que l'idée que la pratique d'APS permettrait de prévenir ou de gérer son diabète sera plus largement diffusée. Avant cela, il est noté que le corps médical est encore méfiant quant à cette association. L'analyse historique des auteurs montre que la période 1985 à 1995 va se caractériser par un accroissement important de cette thématique, notamment grâce au développement de l'ETP, dans le contexte plus général d'un renouvellement de l'organisation dans le champ de la santé qui va développer de nouveaux dispositifs en réseau. Ainsi, à partir des années 1990, de nombreuses actions sont mises en place et est ainsi massivement développée l'idée de l'importance d'une APS pour prévenir le diabète ainsi que de son rôle central dans l'éducation globale du diabétique⁴⁸. Les auteurs notent que ces actions vont notamment être portées par des diabétologues innovateurs comme Etienne Mollet ou Vincent Coliche. Terret et Perrin, (2007) montrent alors que ce mouvement va se renforcer au milieu des années 1990 avec la création de l'Union Sport et Diabète (USD) pour fédérer les actions en faveur du développement des pratiques physiques pour les diabétiques en regroupant les principales structures travaillant sur la question. L'étude de notre corpus relatif aux articles de la revue *La Santé de l'Homme* va dans le même sens. Dans la période 1960-1980, nous ne relevons que quatre articles traitant explicitement de la relation APS-diabète alors que ce chiffre doublera pour la période 1980-2000. Avant les années 1980, du point de vue de l'argumentation, de manière similaire à la problématique de l'obésité, la promotion de l'APS dans le cadre du diabète, quand elle est présente, s'inscrit dans la prévention des MCV dans la mesure où celle-ci est un facteur de risque susceptible d'augmenter la fréquence des accidents cardiaques (par exemple, Réville, 1980). D'autre part, nous remarquons que l'APS à cette période, lorsqu'elle est envisagée, l'est moins en tant qu'outil central d'éducation du patient ou de prévention du diabète que travaillée de manière à montrer sa compatibilité avec la vie du diabétique (par exemple dans Rambert, 1971 ou dans Talbert, 1971). A partir du milieu des années 1980, nous notons que les articles traitant la relation APS-diabète vont avoir pour objet de promouvoir l'APS quotidienne dans un but de prévention mais également dans une perspective d'éducation thérapeutique du diabétique (par exemple, Berthelier, 1991). Sont

⁴⁷ Les auteurs notent notamment que dans les années 1960, l'association « Aide aux Jeunes Diabétiques (AJD), diffuse à plusieurs reprises des comptes-rendus d'expériences où, souvent dans le cadre des « Maisons pour jeunes diabétiques », des adolescents et jeunes adultes s'adonnent à une pratique physique remarquable par son intensité ou sa durée » (Terret et Perrin, 2007 : 9).

⁴⁸ Les auteurs évoquent ainsi par exemple les stages « Sport et diabète » lancés à partir de 1987, le programme expérimental de l'ASAVED, la création en 1989 d'un journal francophone dédié aux relations entre sport et diabète : *Le Défi*.

notamment relayés les dispositifs de séjours éducatifs mis en place par l'Association Française des Diabétiques (AFD) où l'APS prend une place importante (par exemple, De Mondenard, 1991 ; Preiss, 1999). L'analyse de notre corpus presse est également révélatrice de ce couplage puisqu'un nombre conséquent d'articles de presse vont relayer au grand public, notamment à partir des années 2000, l'importance d'une APS dans un but préventif mais aussi d'éducation du patient diabétique⁴⁹. C'est ainsi le cas de certains acteurs déjà cités qui vont argumenter en faveur d'une APS régulière tels que les docteurs Chantal Simon, Jean-Michel Oppert, Jean-Michel Borys, François Carré mais aussi Roland Krzentowski, Jean-François Toussaint et Gilbert Peres⁵⁰. En outre, la presse généraliste va également relayer plusieurs actions notamment au sein des dispositifs en réseau (par exemple, *Le Monde*, samedi 27 avril 2013, p. SPH6), dans le cadre d'actions menées par le monde sportif (par exemple, *L'Équipe*, jeudi 3 mai 2007, p. 12 ; *La Croix*, no 39978, samedi 6 septembre 2014, p. 8), ou le secteur médico-social (par exemple, *Le Monde*, mercredi 18 mai 2011, p. 24 ; *La Croix*, no 40017, mercredi 22 octobre 2014, p. 3).

D'autre part, l'étude de nos différents corpus montre également que la proposition APS comme outil de santé publique va connaître un couplage plus récent au problème du cancer amenant à sa publicisation politico-médiatique. Ce couplage va émerger dans la presse française généraliste à partir du milieu des années 2000 (par exemple, *L'Humanité*, vendredi 22 août 2003, p. 14 ; *Libération*, no 7097, samedi 6 mars 2004, p. 41) pour subir une inflexion importante au début des années 2010⁵¹, où plusieurs experts vont porter, dans la sphère publique, l'idée selon laquelle la pratique régulière d'une APS serait particulièrement efficace dans la prévention primaire et secondaire de certains cancers et permettrait d'améliorer la qualité de vie des patients lors des traitements. C'est notamment le cas d'oncologues et de

⁴⁹Entres autres nombreux exemples : *Le Figaro*, no 18233, samedi 22 mars 2003, p. 52 ; *Le Figaro*, no 18512, jeudi 12 février 2004, p. 20 ; *Libération*, jeudi 13 septembre 2007, p. 6 ; *Le Figaro*, no 20762, mercredi 4 mai 2011, p. 11 ; *Le Figaro*, no 21716, lundi 2 juin 2014, p. 13.

⁵⁰Roland Krzentowski est médecin du sport, de médecine physique et de réadaptation. Jean-François Toussaint est médecin, professeur de physiologie. Gilbert Peres était médecin du sport et chef de service de physiologie et médecine du sport CHU Pitié-Salpêtrière.

⁵¹Entre autres exemples : *Le Monde*, mardi 21 février 2012, p. 23 ; *La Croix*, no 39213, mardi 28 février 2012, p. 24 ; *Aujourd'hui en France*, mardi 26 juin 2012 ; *Le Monde*, mercredi 25 juillet 2012, p. 21 ; *Les Echos*, no 21302, mardi 30 octobre 2012, p. 14 ; *Le Figaro*, no 21229, vendredi 2 novembre 2012, p. 11 ; *Aujourd'hui en France*, samedi 3 novembre 2012 ; *Le Figaro*, no 21289, lundi 14 janvier 2013, p. 12 ; *Le Monde*, mercredi 30 octobre 2013, p. SCH2 ; *Le Figaro*, no 21617, mercredi 5 février 2014, p. 9 ; *Le Monde*, samedi 1er mars 2014, p. SPH6 ; *Le Figaro*, no 21716, lundi 2 juin 2014, p. 13 ; *Aujourd'hui en France*, jeudi 12 juin 2014, p. 14 ; *La Croix*, no 39906, jeudi 12 juin 2014, p. 22 ; *La Croix*, no 40017, mercredi 22 octobre 2014, p. 3.

médecins tels que les docteurs Thierry Bouillet, Martine Duclos ou Jean-Luc Grillon⁵², dont les avis seront médiatisés. Ce couplage visible dans la presse sera particulièrement à l'œuvre au moment de la diffusion de l'expertise collective de l'INSERM de 2008 (*La Croix*, no 38020, jeudi 3 avril 2008) dans laquelle sont recensées les études scientifiques montrant les relations entre AP et prévention et traitement de certains cancers (INSERM, 2008), de la parution d'un rapport de l'Académie de médecine en 2012 (*Le Figaro*, no 21229, vendredi 2 novembre 2012, p. 11) qui fait également état de ces connaissances scientifiques (Bazex, Pène et Rivière, 2012), tout comme la note de l'Institut National du Cancer (INCa) en 2012 (INCa, 2012), du troisième plan cancer lancé en 2014 (Plan cancer 2014-2019, 2014) qui prend en compte le bénéfice de l'APS dans le traitement contre la maladie (par exemple, *Le Monde*, samedi 1er mars 2014, p. SPH6). En outre, le croisement de différentes expertises collectives et revues de littérature sur ce sujet montre que les études scientifiques conduisant à établir l'effet bénéfique de l'APS sur la prévention primaire et secondaire de certains cancers sont surtout produites à partir du début des années 2000 (Latino-Morel *et al.*, 2012 ; Descotes et Bouillet, 2012), ce qui contribuera à sa mise à l'agenda politico-médiatique.

Par ailleurs, la sédentarité va également être identifiée à partir du début des années 2000 comme un véritable problème de santé publique en tant que tel. La sphère scientifique va en effet mettre en évidence une différence entre la sédentarité et l'inactivité physique (par exemple : Biddle, Gorely, Marshall, Murdey et Cameron, 2004 ; Jans, Proper et Hildebrandt, 2007 ; Pate, O'Neill et Lobelo, 2008 ; Owen, Healy, Matthews et Dunstan, 2000 ; Thorp, Owen, Neuhaus et Dunstan, 2011) amenant cette première à être progressivement définie comme un comportement « caractérisé par une dépense énergétique inférieure ou égale à 1,5 équivalent métabolique⁵³, en position assise, inclinée ou couchée, en période d'éveil. Elle correspond aux temps passés assis à regarder la télévision, à travailler devant un ordinateur, à utiliser une tablette ou un téléphone, à lire, à écrire, à dessiner, à peindre, à faire ses devoirs, à l'école, dans un bus, dans une voiture ou dans un train. L'inactivité physique correspondant quant à elle à un niveau d'activité physique insuffisant pour répondre aux recommandations »

⁵² Thierry Bouillet est oncologue et co-fondateur de l'association Cami Sport et Cancer. Martine Duclos est endocrinologue, médecin du sport, professeur des Universités et Praticien Hospitalier. Jean-Luc Grillon est médecin du sport, médecin conseiller de la DRDJSCS de Bourgogne Franche-Comté.

⁵³ MET (Metabolic Equivalent of Task). « Le MET est le rapport du coût énergétique d'une activité à la dépense énergétique de repos. Un MET correspond à la dépense énergétique d'un individu au repos (assis à lire) et représente une consommation d'oxygène d'environ 3,5 ml O₂ / kg / min (1,2 kcal/min pour une personne de 70 kg). L'utilisation des METs revient donc à évaluer le coût énergétique d'une activité en multiple du métabolisme de repos. » (Langlois, 2017)

(Tremblay *et al.*, 2017 cité par Langlois, 2017 : 22). Ces études vont montrer qu'une APS suffisante ne protégeait pas des effets délétères de la sédentarité sur la santé et que malgré une activité physique suffisante, le risque de mortalité augmentait avec le temps passé assis d'une manière sédentaire. Ainsi, au cours des années 2000 et 2010, plusieurs lanceurs d'alerte, c'est-à-dire « des personnes physiques ou morales qui entendent attirer l'attention sur un danger ou sur un risque, actuel ou potentiel » (Leclerc, 2015 : 194) vont qualifier la sédentarité comme un véritable problème de santé publique, leurs discours étant notamment relayés par la presse nationale⁵⁴. Ce sera notamment le cas au moment de la parution du PNAPS en 2008 (Toussaint, 2008) où le Professeur Jean-François Toussaint, président de la Commission Prévention, Sport et Santé ayant rédigé ce plan, va qualifier la sédentarité « d'épidémie » (*La Croix*, no 38248, vendredi 2 janvier 2009, p. 6). C'est aussi le cas du Professeur François Carré qui dénonce la sédentarité qu'il qualifie de véritable « danger » (Carré, 2013) et fait des prévisions alarmantes agissant comme des « prises sur le futur » (Chateauraynaud et Debaz, 2013 ; Collinet *et al.*, 2014) si la population française conserve un fort niveau de sédentarité (par exemple dans *Le Figaro*, no 21563, lundi 2 décembre 2013, p. 12 ; *La Tribune*, no 5471, lundi 2 juin 2014, p. 86 ; *Le Figaro*, no 21555, vendredi 22 novembre 2013, p. 15). Est notamment créé en 2015 un Observatoire National de l'Activité Physique et de la Sédentarité (Onaps) par le Ministère en charge des sports et le Centre national pour le développement du sport (CNDS) qui vise, par une approche scientifique, à mesurer les effets de la pratique physique et de la sédentarité sur la santé des populations et dont le premier colloque insistera sur la différence entre inactivité physique et sédentarité (Onaps, 2016).

Si cet aperçu n'est pas exhaustif, on le voit, que ce soit dans les sphères scientifique ou médiatique, la proposition « APS comme outil de santé » va s'installer comme une solution plausible et de plus en plus mobilisée afin de répondre à un ensemble de problèmes qui seront qualifiés de problèmes publics (Zittoun, 2017) à partir des années 1990 et ainsi être portée à l'agenda politique.

⁵⁴ Entre autres nombreux exemples : *Le Figaro*, no 18512, jeudi 12 février 2004, p. 20 ; *Le Figaro*, no 20037, mercredi 31 décembre 2008, p. 11 ; *La Croix*, no 38248, vendredi 2 janvier 2009, p. 6 ; *Le Figaro*, no 21555, vendredi 22 novembre 2013, p. 15 ; *L'Équipe*, mercredi 12 mars 2014, p. 16 ; *La Tribune*, no 5471, lundi 2 juin 2014, p. 86 ; *Aujourd'hui en France*, jeudi 12 juin 2014, p. 14 ; *Le Figaro*, no 21793, lundi 1er septembre 2014, p. 9 ; *Le Figaro*, no 21229, vendredi 2 novembre 2012, p. 11 ; *Le Monde*, jeudi 19 novembre 2009, p. 24.

2.1.2. La mise à l'agenda politique dans les rapports d'expertises, plans et programmes de santé publique

La prise en compte de l'APS dans les politiques de santé publique en France sera d'abord visible dans des rapports d'expertises produits par plusieurs agences de santé qui vont se multiplier au cours de la période. Ceux-ci seront révélateurs des différents couplages que nous avons évoqués et insisteront sur les effets néfastes de l'inactivité physique et de la sédentarité sur ces problèmes pour faire des recommandations autour du développement de l'APS comme solution pertinente, à la fois en prévention mais également comme thérapeutique.

Ainsi, le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) souligne dans ses différents rapports et ce, dès 1994, les dangers de l'inactivité physique et la nécessité d'une activité physique régulière (Ministère des Affaires sociales de la Santé et de la Ville, HCSP, 1994 ; Ministère du Travail et des Affaires sociales, HCSP, 1996 ; Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, HCSP, 1998 ; Hercberg et Tallec, 2000), notamment dans un but de prévention des maladies chroniques. En mai 1999, le secrétaire d'Etat à la Santé et à l'action sociale et le ministre de l'Emploi et de la Solidarité saisissent le HCSP pour étudier les liens entre habitudes nutritionnelles et état de santé des Français, afin de mieux comprendre la prévalence des maladies cardiovasculaires en France. Le rapport, publié en 2000, qui sera la base de la mise en place du PNNS, souligne ainsi le rôle de l'inactivité physique et de la sédentarité (qui ne sont pas différenciées) dans le développement des MCV, de l'obésité, du diabète et de certains cancers amenant à des recommandations en termes d'APS pour l'ensemble de la population (Hercberg et Tallec, 2000).

L'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) va également insister, au cours des années 2000, sur la nécessité d'une modification des modes de vie vers davantage d'APS pour ce qui concerne la question de l'obésité et du diabète, à la fois comme prévention et comme thérapeutique non médicamenteuse (AFSSAPS, 2005 ; AFSSAPS et HAS, 2006). Dans cette perspective, la Haute Autorité de Santé (HAS) va produire plusieurs rapports, visant notamment à développer la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses par les professionnels de santé, dans lesquelles l'APS prend une place de choix et ceci dans le cadre de la prise en charge des patients atteints d'hypertension artérielle (HAS, 2011), du diabète de type 2 (AFSSAPS et HAS, 2006), de pathologies chroniques de manière générale ou de troubles du sommeil (HAS, 2011) qui concluront « que la pratique

d'activités physiques doit être développée en population générale, mais aussi chez les patients souffrant de pathologies chroniques pour lesquelles elle doit être considérée comme une thérapeutique à part entière » (HAS, 2011 : 14). L'Académie Nationale de Médecine (Pène et Touitou, 2009 ; Bazex *et al.*, 2012) tout comme l'INCa (INCa, 2012) iront également dans ce sens comme précisé plus haut. L'INSERM va également produire plusieurs rapports d'expertises collectives en lien avec la problématique de l'obésité (INSERM, 2000) ou portant spécifiquement sur l'AP (INSERM, 2008, 2019).

De plus, les rapports sur la prévention du vieillissement publiés notamment en 2013 (Aquino, Gohet, Mounier, Comité Avancée en âge, 2013 ; Pinville, 2013) sont unanimes sur le rôle préventif de l'APS –un rapport est même entièrement consacré à ce sujet (Rivière, 2013)– tout comme les rapports portant spécifiquement sur la prévention du surpoids et de l'obésité (Boyer, 2008 ; De Danne, 2009).

Sur la base de ces divers rapports, la proposition « APS comme outil de santé publique » sera visible dans tout un ensemble de plans de santé publique affirmant définitivement sa mise en politique au début des années 2000 et constituera le troisième temps du modèle de Kingdon (1984), à savoir l'action du politique.

Ainsi, concernant le vieillissement, le Plan solidarité grand-âge de 2006 (Plan solidarité grand âge 2007-2012, 2006) impulsé par l'épisode de la canicule se fixe entre autres pour « objectif de mettre en place une politique de prévention pour corriger tous les facteurs de risque d'entrée dans la dépendance et permettre une longévité active et en bonne santé » (Plan solidarité grand âge 2007-2012, 2006 : 24) et intègre la nécessité d'une pratique régulière d'APS. Préconisations qui prendront une place importante dans le Plan national Bien-vieillir (PNBV 2007-2009, 2007) proposant neuf mesures visant à promouvoir l'APS chez les personnes âgées. Les plans suivants, notamment le plan Alzheimer 2008-2012 (Ménard, 2007) et le Plan National d'Action de Prévention de la Perte d'Autonomie (PNAPPA, 2015), lancé en 2015, reprendront ces idées. Les plans concernant la nutrition (PNNS 1 2001-2005 ; PNNS 2 2006-2010 ; PNNS 3 2011-2015) ne dérogent pas à la règle en insistant sur la place de l'APS. Ce sera également le cas des plans obésité (Plan obésité 2010-2013, 2010) et cancer (Plan cancer 2009-2013, 2009) tout comme celui consacré aux maladies chroniques (Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011, 2007), ainsi que le Plan National Santé Environnement (PNSE 2009-2013, 2009). De plus, notons le rapport préparatoire du PNAPS (Toussaint, 2008) élaboré par une Commission Prévention Sport et Santé présidée par le Professeur Jean-François Toussaint

dont le travail fut marquant même si le plan ne fut pas mis en place (Perrin, 2019), qui préconise seize mesures afin de développer l'APS et lutter contre l'inactivité physique et la sédentarité. On observe ainsi, à partir des années 2000, une véritable mise à l'agenda politique de l'APS comme outil de santé publique qui est identifié comme une solution à tout un ensemble de problèmes sanitaires.

Cette mise à l'agenda politique va s'organiser selon trois directions principales. La première vise à mettre en place un ensemble de mesures afin de promouvoir l'APS dans une logique de prévention primaire dans le but d'élever le nombre de personnes dont la pratique physique atteint les seuils recommandés par les expertises internationales. En ce sens, le PNNS 2 (2006-2010) se fixe entre autres pour objectif :

« D'augmenter l'activité physique quotidienne par une amélioration de 25 % du pourcentage des personnes, tous âges confondus faisant l'équivalent d'au moins une demi-heure d'activité physique d'intensité modérée, au moins cinq fois par semaine (soit 75 % des hommes et 50 % des femmes) » (PNNS 2 2006-2010, 2006 : 8).

La deuxième direction a pour objectif de favoriser le développement de l'APS, et notamment de l'APA dans une logique de prise en charge de patients atteints de pathologies, notamment chroniques. Le PNNS 3 (2011-2015) incite ainsi à développer :

« L'activité physique adaptée pour les personnes particulièrement vulnérables, qu'il s'agisse de populations défavorisées, en situation de handicap, de personnes atteintes de maladies chroniques, ou de personnes âgées » (PNNS 3 2011-2015, 2011 : 26).

La troisième orientation est de favoriser un aménagement du territoire favorable aux déplacements actifs et à la pratique d'AP dans le cadre du développement de la capacitation des personnes et ce, notamment pour lutter contre la sédentarité dorénavant différenciée de l'inactivité physique. Le PNAPS recommande ainsi de :

*« Développer la capacitation, les modes de vie actifs par un travail sur l'environnement :
Afin d'intégrer ces actions dans le cadre environnemental, la commission recommande de prendre en compte la santé dans les politiques publiques*

d'aménagement du territoire et d'urbanisme en favorisant la mobilité à force humaine dite mobilité douce ou mobilité « active ». Pour ce faire, la commission propose que l'aménagement de l'espace collectif soit conçu de manière à ce que chacun puisse facilement augmenter sa dépense énergétique par des activités intégrées dans ses pratiques quotidiennes avec une amplification des expériences facilitant l'usage partagé du vélo, la sécurisation des parcours et un accroissement des zones urbaines en limitation de vitesse à 30 km/h, voire 20 km/h dans certaines zones centrales, afin de faciliter la mixité d'usage et d'inciter à la marche et aux déplacements à vélo. Elle propose de développer les mesures favorisant l'intermodalité, articulant grandes et petites distances, de créer ainsi les conditions de remplacement des transports motorisés individuels non indispensables, d'intégrer la mobilité active dans les chaînes de déplacements et de prendre en compte ces effets dans les critères de subventionnement d'ouvrages et d'équipements » (Toussaint, 2008 : 19).

Ainsi, tout au long des années 2000, la trajectoire de la proposition « APS comme outil de santé publique » va être massivement mise à l'agenda politique par l'intermédiaire d'un ensemble de plans et de programmes émis par plusieurs ministères.

Une nouvelle étape sera franchie lorsqu'un plan va lui être spécifiquement dédié ainsi qu'un article de loi, par l'intermédiaire du PSSBE (République Française, 2012) et de l'article 144 de la loi de modernisation du système de santé de 2016 (République Française, 2016a) qui vont définir un référentiel sectoriel sur cette thématique, que nous allons étudier.

2.1.3. Définition d'un référentiel contemporain des politiques publiques du sport-santé

L'aboutissement contemporain de la mise à l'agenda politique de la question de l'APS dans un but de santé va déterminer, selon nous, la création d'un nouveau référentiel sectoriel par la combinaison de la mise en place du PSSBE en 2012 et de la loi de modernisation du système de santé en 2016. En tant que plan et loi spécifiques sur la question de l'AP et du sport dans un but de santé, ces deux textes marquent une inflexion notoire dans la trajectoire politique de ce dossier.

L'approche cognitive des politiques publiques (Muller, 1990) développée en premier lieu par Jobert et Muller (1987) offre à ce titre des outils permettant, par la notion de référentiel, de caractériser les « représentations et les images de la réalité » (Muller, 1990 : 57) à l'œuvre dans les politiques tout comme les processus impliqués dans cette construction. En effet, pour rappel, la notion de référentiel peut globalement se définir comme « une structure de sens qui permet de penser le changement » (Muller, 1990 : 55). Dit autrement, il s'agit d'« une représentation, d'une image de la réalité sur laquelle on veut intervenir » (Muller, 1990 : 57). Ainsi, cette notion décrit le processus par lequel un ou des groupes sociaux construisent une image de la réalité et une nouvelle conception de l'action publique dans un secteur considéré. Et les auteurs de nommer « médiation » l'ensemble de ces processus de construction de ce rapport au monde. L'utilisation de cet outil théorique nous paraît particulièrement féconde afin de comprendre la dynamique globale des politiques contemporaines visant la pratique d'une APS dans un but de santé.

Nous montrons, dans cette section qu'un nouveau référentiel des politiques sanitaires visant la mise en mouvement des personnes se met en place dans la période contemporaine et se caractérise par une volonté de l'Etat d'inciter à une collaboration intersectorielle entre les acteurs se positionnant dans le champ du sport-santé, notamment par un rapprochement des mondes de la santé et du sport, dans l'objectif de diminuer les inégalités de santé au moyen du développement de l'APS comme thérapeutique non médicamenteuse dans le cadre d'une démarche de prescription.

2.1.3.1. Diversité des entrepreneurs de cause, multiplicité des actions et fragmentation

Depuis les années 1960-1980 où la FFC s'installait comme l'entrepreneur de cause central sur la thématique de l'APS dans un but de santé, qu'elle a notamment permis de déconfiner de la sphère scientifique, le nombre d'acteurs s'impliquant dans ce champ s'est progressivement largement développé au cours du temps. Notre revue de littérature des travaux sociologiques ayant investi cette thématique, ainsi que la section précédente du présent chapitre où nous avons mis en évidence les différentes séquences de la mise en politique, nous ont déjà permis d'entrevoir cette multiplicité d'acteurs qui mettent en place de nombreux dispositifs et actions. C'est également ce que révèle l'étude des articles de la presse

généraliste ainsi que ceux de la revue *La santé de l'Homme* traitant cette thématique depuis les années 1990.

Ainsi, de nombreux dispositifs et actions se sont développés aux niveaux national, territorial et local et sont issus de plusieurs univers. Le monde du sport et notamment le mouvement sportif s'est engagé dans ce domaine depuis plusieurs années, notamment par l'intermédiaire de l'investissement historique de la FFEPGV qui fonde son identité sur cette thématique (Lebecq *et al.*, 2013) et qui organise notamment en 1997 les premiers « jeux européens sport-santé » à Lyon (*Libération*, samedi 21 juin 1997, p. 20), ou encore la Fédération française de la randonnée pédestre (FFRandonnée) qui travaille également sur cette thématique (*Le Figaro*, no 16325, lundi 10 février 1997, p. 24). Depuis le début des années 2000, nombre de fédérations sportives se sont également positionnées dans cette perspective. En effet, en 2002, les Etats Généraux du Sport sont lancés par le ministre des Sports Jean-François Lamour dans lesquels une commission sport-santé émet des propositions dans le sens de proposer des formations complémentaires aux éducateurs sportifs afin qu'ils puissent proposer des créneaux sport-santé, c'est-à-dire non compétitifs et orientés spécifiquement sur des objectifs de santé et de bien-être pour des populations sédentaires ou atteintes de pathologie au sein des fédérations (Lamour et Sérandour, 2002) en adaptant la pratique sociale de référence. Sont ainsi progressivement mis en place plusieurs dispositifs au sein de différentes fédérations afin de proposer ces créneaux. Citons notamment certains d'entre eux relayés par la presse nationale tels que le « coach-athlé-santé » de la FFA mis en place à partir de 2006 (*Les Echos*, no 20217, vendredi 18 juillet 2008, p. 8), le « nager-forme-santé » de la Fédération Française de Natation (*La Croix*, no 38758, Dossier, samedi 4 septembre 2010, p. 4) ou le « basket-santé » plus récemment (Perrier et Perrin, 2017). L'analyse de notre corpus presse montre en effet une inflexion forte de l'intérêt du monde sportif sur cette thématique en orientant la politique fédérale vers ce secteur à partir du milieu des années 2000 où plusieurs représentants du CNOSF vont communiquer médiatiquement en ce sens. Il en va ainsi par exemple de Denis Masseglia au moment de sa nomination au poste de Président du CNOSF en 2009 (*Les Echos*, no 20542, vendredi 30 octobre 2009, p. 9) ou encore en 2010 (*Les Echos*, no 20609, vendredi 5 février 2010, p. 11)

D'autre part, le secteur médico-social a lui aussi investi l'APS comme outil de santé dans le cadre des différents types de prévention. Ainsi l'association Siel Bleu a par exemple monté des ateliers d'APS à destination des personnes âgées (Schut et Pierre, 2018) dont la presse se fait largement l'écho (par exemple dans *Les Echos*, no 21683, mercredi 7 mai 2014,

p. 35 ; *La Croix*, no 39906, jeudi 12 juin 2014, p. 22 ; *La Croix*, no 40017 mercredi 22 octobre 2014, p. 3). Au niveau des communes et pour les personnes âgées, les centres locaux d'information et de coordination (CLIC), les centres communaux d'action sociale (CCAS) ou les clubs du 3^e âge ou des aînés ruraux se sont engagés dans la pratique d'AP à des fins préventives. On peut également citer l'association CAMI sport et cancer⁵⁵ organisant des ateliers d'AP, via notamment les arts martiaux pour les patients atteints de cancer dont la presse nationale relaie l'action (*Le Monde*, mardi 21 février 2012, p. 23 ; *Le Figaro*, no 21617, mercredi 5 février 2014, p. 9).

Enfin, le secteur médical n'est pas en reste et utilise l'APS comme outil de santé. Ainsi l'INPES propose de nombreux dispositifs concernant la prévention primaire (Merlaud, 2012), notamment dans le cadre du déploiement du PNNS. La prise en charge par l'AP est aussi présente dans les SSR où elle est mise en œuvre sous responsabilité médicale (Cazal, 2012) par plusieurs groupes professionnels comme les kinésithérapeutes, les ergothérapeutes et les enseignants en APA (même si ces derniers ne sont pas reconnus comme professionnels de santé. Bigard, 2016 : 11). D'autre part, les parcours d'ETP mis en place dans les établissements médicaux intègrent l'APA (au sens du concept et de l'intervention forgée dans le cadre des recherches et de la formation en STAPS et notamment définie dans le PNAPS. Toussaint, 2008 : 127) dans leur démarche par l'intermédiaire des enseignants en APA (Perrin, 2016). C'est notamment le cas dans les différents réseaux diabète et RéPPOP. De plus, les clubs Cœur et santé de la FFC proposent également des séances d'AP aux malades cardiaques ainsi que les parcours du cœur, actions relayées par la presse nationale que nous avons déjà évoquées (par exemple : *La Croix*, no 39433, samedi 17 novembre 2012, p. 8 ; *Aujourd'hui en France*, lundi 1er avril 2013 ; *Aujourd'hui en France*, vendredi 14 mars 2014, p. 3). Ainsi, sans prétendre à l'exhaustivité, il apparaît donc qu'à différentes échelles, de nombreux dispositifs et actions sont menés par tout un ensemble d'acteurs issus d'univers hétérogènes.

Valérie Fourneyron⁵⁶, lors d'un colloque organisé à Poitiers en 2016, témoigne de cette multiplicité des actions mises en place sur le territoire :

⁵⁵ La CAMI Sport et Cancer est une association loi 1901 à but non lucratif reconnue d'intérêt général créée par Jean-Marc Descotes, ancien sportif de haut niveau et le docteur Thierry Bouillet.

⁵⁶Rappelons, ici que V. Fourneyron était ministre des Sports, de la Jeunesse, de l'Education populaire et de la Vie associative en 2012 lorsqu'elle co-signa l'instruction interministérielle du 24 décembre 2012 qui porte création du PSSBE. Elle fut par la suite députée et, lors des débats relatifs à la construction de la loi de

« Des initiatives d’associations, fédérations sportives, de collectivités, d’acteurs privés de mutuelle, d’assurance complémentaire. Des acteurs divers, j’en cite de nombreux, par exemple dans les fédérations, on a vu des initiatives en athlétisme, dans les fédérations multisports, on en a vu en aviron, on en a vu en escrime. Je vais en oublier, on en a vu des expériences locales avec le réseau des villes sport-santé, bien sûr Strasbourg et Biarritz, qui ont fait figure un peu de leader dans l’ensemble du développement et des initiatives des réseaux ville sport-santé. Le groupe associatif Siel Bleu qui, aujourd’hui, est une entreprise d’économie sociale et solidaire entièrement consacrée autour de l’activité physique adaptée, et qui, aujourd’hui, fait référence comme des associations CAMI Sport et Cancer, comme des partenariats entre des fédérations sportives et l’APHP ou avec des institutions de la Ligue contre le cancer. Les initiatives sont extrêmement nombreuses et ces réseaux sport-santé bien-être qu’on a vus se développer sur nos régions »⁵⁷.

Ces nombreuses actions semblent éclatées, fragmentées et parfois redondantes. C’est en effet le constat que font Collinet et Schut (2016) concernant le domaine spécifique de la prévention du vieillissement par l’APS à l’échelon territorial. En étudiant les projets locaux visant une augmentation de l’AP chez les jeunes par la démarche ICAPS, Czaplicki, Donio, Nossereau, Fikojevic et Richard (2016) font un constat similaire en notant « le manque de transversalité dans les travaux des acteurs municipaux » et proposent ainsi de favoriser les « interactions entre plusieurs champs historiquement et culturellement éloignés les uns des autres : éducation, santé, sport, environnement, urbanisme (...) il est important de développer une culture du travail partenarial entre les structures du sport, du social, de l’éducation et de la santé » (Czaplicki *et al.*, 2016 : 178). Comme nous l’avons évoqué dans notre revue de littérature, Haschard-Noé *et al.*, (2010) font le même constat dans le cadre de l’analyse du déploiement du PNNS. Afin d’optimiser l’action de prévention, de s’assurer de sa présence et de son efficacité, des tentatives de coordination ont été mises en place mais elles restent partielles. Les formes de coordination sont assez faibles et la dispersion autant que l’hétérogénéité restent très présentes au niveau local. La fragmentation semble être de mise,

modernisation du système de santé (LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016), sera à l’origine de la proposition d’amendement ayant conduit à l’article 144 inscrivant la possibilité de prescription d’activités physiques adaptées aux patients atteints d’ALD par les médecins.

⁵⁷ Valérie Fourneyron, intervention lors de la 2e Journée Sport-Santé, Poitiers, juin 2016. Témoignage recueilli et cité par Illivi (2018 : 76).

renforcée par le caractère intersectoriel de l'APS dans le cadre de la prévention. Ce manque de coordination a plusieurs conséquences dont la première est le manque de visibilité de l'offre auprès du public cible ainsi qu'un émiettement de l'action et un manque de continuité qui vont à l'encontre des recommandations en matière de prévention qui suggèrent un investissement régulier, notamment pour ce qui concerne l'APS. Le premier bilan général des PRSSBE le soulignait en notant un :

« Manque de clarification des domaines d'intervention de chacun des acteurs, qu'ils soient du secteur privé ou institutionnel. En résulte un manque de coordination optimale qui peut nuire à l'efficacité des actions » (Ministère de la Ville, de la Jeunesse et des Sports, Pôle Ressources National Sport, Santé, Bien-Etre, 2014).

La période moderne se caractérise donc par un éclatement des actions et dispositifs en matière d'APS pour la santé ainsi que par un manque de coordination entre les différents acteurs s'ancrant dans ce secteur, que les politiques publiques et notamment le PSSBE et la loi de modernisation du système de santé vont essayer de combler.

2.1.3.2. Lutter contre les inégalités de santé : collaboration intersectorielle et prescription

À l'issue de l'intervention conjointe en Conseil des ministres du 10 octobre 2012 de V. Fourneyron (Ministre des Sports, de la Jeunesse, de l'Education populaire et de la Vie associative) et de Marisol Touraine (Ministre des Affaires sociales et de la Santé), découle l'instruction du 24 décembre 2012 « relative à la mise en œuvre opérationnelle des mesures visant à promouvoir et développer la pratique des APS comme facteur de santé » (République Française, 2012). Celle-ci crée le PSSBE et conçoit sa déclinaison régionale. Partant du constat que malgré l'ensemble des actions menées, « de nombreuses populations restent éloignées de toute pratique, ce qui concourt à renforcer les inégalités en matière de santé » (République Française, 2012 : 3), l'instruction vise à développer une démarche partenariale entre les ARS et les DRJSCS, dont l'objectif est « d'accroître le recours aux APS comme thérapeutique non médicamenteuse et de développer la recommandation des APS par les

médecins et les autres professionnels de santé, dans un but de préservation du capital-santé de chacune et chacun » (République Française, 2012 : 3). Plusieurs lignes stratégiques sont alors pensées pour mettre en place ce plan, dont le fait de « développer les dispositifs de collaboration régionaux, et notamment les “réseaux régionaux sport-santé” afin de garantir la mobilisation de tous les acteurs » (République Française, 2012 : 3). Le PSSBE a donc pour ambition de favoriser la collaboration des acteurs intervenant dans le secteur du sport-santé dans le but de lutter contre les inégalités de santé par le développement de l’APS comme thérapeutique non médicamenteuse et la recommandation de leur pratique par les professionnels de santé (Honta et Illivi 2019 ; Illivi et Honta, 2019).

La loi de modernisation du système de santé de 2016 va renforcer ces ambitions en introduisant, après débat sur un amendement proposé par V. Fourneyron, la prescription de l’APS par les médecins. Cette ultime étape présente l’aboutissement de la mise à l’agenda politique en introduisant l’APS dans un texte de loi (et non plus seulement au travers de différents plans incitatifs). V. Fourneyron se donne, en effet, pour mission en tant que Ministre des Sports en 2012, de démocratiser la pratique d’une APS auprès de l’ensemble de la population en lien avec des considérations essentiellement sanitaires, cela passant notamment par la volonté de laisser la possibilité au corps médical de prescrire l’APS au même titre que les thérapeutiques médicamenteuses. Ainsi, au moment de prendre ses fonctions au ministère, elle déclare au journal *Le Monde* ses priorités :

« C'est d'abord la dimension sport-santé. Prescrire du sport tout au long de la vie. Le sport plutôt qu'une longue liste de médicaments. » (Le Monde, samedi 16 juin 2012).

Par la suite, en tant que députée, V. Fourneyron va « profiter de la construction de la future loi de modernisation du système de santé qui lui apparaît comme une « fenêtre d’opportunité » (Illivi, 2018 : 78), pour proposer un amendement insérant l’APS au rang des thérapeutiques non médicamenteuses et la possibilité de sa prescription médicale pour les personnes atteintes d’ALD encadrées par des « structures labellisées avec une exigence de qualification ». Cet amendement (n° 917) est proposé en première lecture à l’Assemblée Nationale le 10 avril 2015, en s’appuyant sur les recommandations des rapports de l’INSERM (2008) et de la HAS (2011) ainsi que sur les actions de terrain telles que celles réalisées par l’association CAMI Sport et cancer où le dispositif SSSO de la ville de Strasbourg. La proposition fait débat en première lecture dans la mesure où la commission en charge du dossier s’y oppose « en raison

du coût financier de la prise en charge qui n'a pas été mesuré et qui pourrait être relativement élevé » (Assemblée Nationale, 11 avril 2015). D'autre part, M. Tourraine, Ministre de la santé y est également défavorable sous prétexte d'une part, que les potentiels « contrats de prise en charge par des complémentaires puissent aboutir à acter des inégalités dans la loi », et d'autre part que « la procédure d'agrément des centres d'APS est déjà encadrée dans le code du sport et proposer une labellisation par les ARS la complexifierait » (Assemblée Nationale, 11 avril 2015). Ces arguments, notamment financiers, sont contredits par plusieurs députés, pour qui la robustesse des multiples études scientifiques justifie des dépenses de santé pour passer l'étape de cette « médicalisation » (Assemblée Nationale, 11 avril 2015). Finalement, le texte est adopté en première lecture à la quasi-unanimité par l'Assemblée Nationale sous la forme suivante :

« Art. L. 1142-30. – Dans le cadre du parcours de soins des patients atteints d'une maladie de longue durée, le médecin traitant peut prescrire une activité physique adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical du patient ; Les activités physiques adaptées sont dispensées par des organismes soumis au code du sport et labellisés par l'agence régionale de santé et par les services de l'Etat compétents, dans des conditions prévues par décret ; Une formation à la prescription d'une activité physique adaptée est dispensée dans le cadre des études médicales et paramédicales. »

Pour autant, ce texte est supprimé par la commission des affaires sociales du Sénat présidée par A. Milon sur le projet de loi de modernisation du système de santé le 22 juillet 2015, dans la mesure où « la commission s'interroge sur l'apport réel de cet article par rapport à la situation existante et sur les éléments de complexité qu'il est susceptible d'introduire » (Sénat, 30 septembre 2015). D'autre part, l'argument considérant que la procédure d'agrément des centres d'APS est déjà encadrée dans le code du sport et que proposer une labellisation par les ARS la complexifierait est repris par la commission. Cette suppression est discutée au Sénat lors de la Séance du 29 septembre 2015 qui finit par confirmer l'avis de la commission. Là encore, le texte est soutenu par certains acteurs, en s'appuyant sur les études scientifiques prouvant les bienfaits de l'APS sur la santé, sur le rapport de la HAS de 2011 ainsi que sur plusieurs initiatives de terrain qualifiées de « probantes ». Sur cette base, plusieurs amendements sont proposés pour rétablir le texte. L'argument majeur est ici d'encourager un changement de conception quant au parcours de soin du patient en passant d'une thérapeutique majoritairement médicamenteuse dans le système français de santé à une

thérapeutique en partie non-médicamenteuse. C'est sur cette argumentation que M. Touraine change d'avis et émet un avis favorable à cet amendement. D'autre part, un autre argument est soulevé par les défenseurs de l'amendement à savoir que la prescription aurait une haute valeur symbolique auprès du public, ce qui permettrait de renforcer la mise à l'AP chez eux, en comparaison du conseil médical. Enfin, l'argumentation s'appuie également sur un sondage commandé par la MAIF et réalisé par TNS Sofres de juillet 2015 indiquant « que 96 % des Français étaient favorables à la prescription, par les médecins généralistes, d'une activité physique adaptée en cas d'affection de longue durée ou de souffrances liées aux séquelles d'un accident » (Sénat, 30 septembre 2015). Finalement, après une épreuve à main levée, l'amendement n° 530 n'est pas adopté par le Sénat et le texte (article 35 bis A) demeure supprimé. Cet amendement, quelque peu remanié, sera re-déposé à l'Assemblée Nationale (amendement AS40) par V. Fourneyron, B. Bourguignon, P. Deguilhem et R. Juanico et adopté le 27 novembre 2015 (Assemblée Nationale, 28 novembre 2015). L'argumentation est essentiellement centrée sur le fait que de nombreuses expériences de terrain sont probantes, que les études scientifiques sont robustes et que les économies en termes de dépense de santé pourraient être importantes. Le texte est ainsi adopté à l'Assemblée Nationale au chapitre II de l'article 35 bis A :

« Prescription d'activité physique : Art. L. 1172-1. – Dans le cadre du parcours de soins des patients atteints d'une affection de longue durée, le médecin traitant peut prescrire une activité physique adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical du patient. Les activités physiques adaptées sont dispensées dans des conditions prévues par décret ».

La question de la labellisation des structures par les ARS qui posait débat est supprimée, tout comme celle des formations. Le texte est finalement adopté sous cette forme en lecture définitive le 17 décembre 2015 par l'Assemblée Nationale (Assemblée Nationale, 18 décembre 2015) à l'article 144 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé après une lecture au Sénat le 14 décembre 2015 (Sénat, 15 décembre 2015).

Le PSSBE ainsi que la loi de modernisation du système de santé vont ainsi avoir pour ambition d'appuyer une dynamique de collaboration intersectorielle entre les services déconcentrés du monde du sport et de la santé dans le but de réduire les inégalités de santé autour d'une configuration valorisant une démarche de prescription de l'APS aux patients

atteints d'ALD. Cette configuration est présentée comme une véritable révolution de la part des acteurs impliqués ainsi que par les sociologues ayant étudié son institutionnalisation (Illivi, 2018 ; Honta et Illivi ; 2019). Illivi (2018 : 95) souligne ainsi que « les témoignages des acteurs rencontrés, comme celui de Valérie Fourneyron, expriment la dimension innovante du PSSBE. Caractérisé d'inhabituel, de “révolution” ou encore de “révolution copernicienne”, ce plan consacre, pour eux, l'évolution des représentations. Partant, cette innovation contient, elle aussi, une part de rupture avec le passé et les traditions ».

La dynamique institutionnalisée définit alors un véritable nouveau référentiel sectoriel dans le champ des politiques concernant la pratique d'APS dans un but de santé. A ce titre, plusieurs analyses s'inscrivant dans les perspectives ouvertes par l'approche cognitive des politiques publiques postérieures à l'ouvrage pionnier de Jobert et Muller (1987) ont souligné l'intérêt heuristique d'utiliser l'analogie avec la notion de paradigme Kuhnien (Mériaux, 1995) pour éclairer celle de référentiel. Dans ce cadre, Surel (1995) travaille concrètement à ce rapprochement et, se référant à Kuhn (1962), soutient qu'un paradigme comporte quatre éléments qui peuvent se rapprocher des différentes caractéristiques du référentiel afin de les éclairer.

Ainsi, un paradigme comprend tout d'abord des « principes métaphysiques généraux », c'est-à-dire des « visions du monde » formant le « substrat cognitif de toute activité scientifique » (Surel, 1995 : 129) qui recouvrent « cette partie du référentiel qui inclut les opérations les plus générales de catégorisation et de définition du réel, et sont par conséquent distinctes des normes d'actions appropriées » (Surel, 1995 :130). Ces principes métaphysiques généraux sont proches des « valeurs » qui sont identifiées comme une des caractéristiques des référentiels et définies par Muller (1990 : 58) comme « les représentations les plus fondamentales sur ce qui est bien ou mal, désirable ou à rejeter ». En ce sens, les textes contemporains cadrant spécifiquement la question du sport-santé partent du principe que malgré le nombre important d'actions mises en place, une grande partie de la population reste éloignée de toute pratique physique, notamment les personnes « à besoins particuliers, les personnes handicapées, les personnes atteintes de maladies chroniques, les personnes avançant en âge » (République Française, 2012 : 3), ce qui est jugé comme renforçant les inégalités en matière de santé. Les textes auront pour principe général de mettre en place les conditions de la réduction de ces inégalités de santé. Les débats parlementaires autour de la proposition de l'amendement n° 917 ayant conduit à l'instauration de l'article 144 de la loi de

modernisation du système de santé sont révélateurs de cette volonté comme le montre l'extrait suivant :

*« **Mme la présidente.** La parole est à Mme Corinne Féret, pour explication de vote.*

***Mme Corinne Féret**⁵⁸. En effet, si près de 88 % des Français sont conscients de la nécessité de faire du sport, la majorité d'entre eux ne pratiquent pas. Ainsi, dans notre pays, seulement 11 % des filles et 25 % des garçons ont une activité physique et sportive conforme aux recommandations de l'OMS. Cela a été dit, la France est en retard dans le domaine du « sport santé ». Il faut le rappeler et agir pour faire évoluer la situation. » (Sénat, 30 septembre 2015.)*

Deuxièmement, un paradigme comprend des « hypothèses et lois », c'est-à-dire « l'ensemble des axiomes, hypothèses ou raisonnements qui établissent un lien entre le système symbolique et l'univers concret » (Surel, 1995 : 132). Cette deuxième étape correspond, selon Surel (1995) à une fraction du référentiel, grâce à laquelle les acteurs retraduisent leurs cadres généraux de compréhension du monde dans leurs comportements, « en définissant quels types d'opérations ou d'actions leur semblent satisfaisants et/ou légitimes » (Surel, 1995 :132). Dans ce cadre, les politiques publiques vont concentrer l'attention sur le fait que la collaboration intersectorielle visant un décroisement entre les mondes du sport et de la santé permettrait d'aller dans le sens de la réduction des inégalités de santé. Ainsi, la suite de l'intervention de Corinne Féret dans le débat parlementaire précédemment cité exprime le fait que :

« L'objectif doit être le décroisement entre le monde sportif et le monde de la santé. Les passerelles et les collaborations entre les acteurs professionnels de ces deux secteurs sont encore très peu développées. » (Sénat, 30 septembre 2015.)

De plus, il est défendu l'hypothèse selon laquelle, dans le cadre de ce décroisement, la prescription de l'APS par les médecins serait une démarche particulièrement efficace afin de toucher les populations les plus éloignées de la pratique. Les données issues des débats parlementaires montrent en effet que les promoteurs de « l'amendement

⁵⁸ C. Féret était sénatrice du Calvados et membre du groupe socialiste au moment des débats cités.

Fourneyron » s'appuient sur l'idée que la valeur sociale forte de l'acte de prescription par le corps médical aurait un poids incomparable :

*« **Mme Aline Archimbaud**⁵⁹. Je voudrais revenir à mon tour sur la différence entre conseiller et prescrire. Nul ne doute que les médecins ne conseillent fortement aux malades, lorsque cela est pertinent, de pratiquer une activité physique ou sportive. Cela étant, culturellement, nos concitoyens attachent une grande importance aux prescriptions du médecin, qui est une autorité scientifique dont les avis sont écoutés. Dans la mesure où l'on sait que de nombreuses maladies chroniques sont causées en partie par une sédentarité excessive, il importe de promouvoir la reconnaissance des bienfaits thérapeutiques des activités physiques ou sportives. À cet égard, la prescription apporte une validation scientifique à la pratique sportive aux yeux du public. C'est un point extrêmement important. » (Sénat, 30 septembre 2015.)*

*« **M. Pascal Deguilhem**⁶⁰. La prescription des activités sportives par le médecin est l'une des seules, voire l'unique façon de remobiliser des personnes atteintes d'une affection de longue durée, pour différentes raisons, d'abord parce qu'ils ont des traitements souvent lourds et ne pensent même pas qu'ils pourraient se remobiliser sur une activité physique, et qu'ils peuvent être dans un état dépressif. La confiance dans le médecin traitant est le meilleur véhicule pour leur indiquer que l'activité physique va les aider à se rétablir ou, en tout cas, à améliorer la qualité de leur vie. » (Sénat, 30 septembre 2015.)*

Le principe général de permettre à l'ensemble de la population de pouvoir bénéficier d'une APS dans un but de santé, y compris les personnes qui en sont le plus éloignées afin de réduire les inégalités de santé va donc se traduire par la promotion d'une collaboration intersectorielle entre les mondes du sport et de la santé ainsi que par l'institutionnalisation de la prescription de l'APS par le médecin traitant. A ce niveau, comme le souligne Muller (1990 : 52), c'est bien « la convergence d'une série de travaux scientifiques, de réflexions administratives et politiques [qui] contribue à la définition d'un référentiel normatif

⁵⁹A. Archimbaud était sénatrice de la Seine-Saint-Denis et membre du groupe écologiste au moment des débats cités.

⁶⁰P. Deguilhem était député de la première circonscription de la Dordogne et membre du groupe socialiste à l'Assemblée Nationale au moment des débats cités.

original ». Ainsi, l'idée de la prescription de l'APS par le médecin traitant, avant que son inscription dans la loi soit proposée, est le fruit du résultat de plusieurs rapports d'expertises la qualifiant de thérapeutique non médicamenteuse dès le début des années 2010. Si la HAS évoque dès 2005 la pratique d'une AP régulière comme traitement non pharmacologique dans le cadre de la prise en charge des patients adultes atteints d'hypertension artérielle (HAS, 2005), celle-ci n'occupe pas une place importante. En 2009, l'Académie de médecine rappelle les effets bénéfiques de la pratique de l'APS et insiste sur la proposition de la prescrire médicalement (Pène et Toutou, 2009). Mais c'est véritablement avec le rapport d'orientation de l'HAS publié en 2011 que seront posés les jalons de cette nouvelle conception où l'APS est envisagée comme thérapeutique non médicamenteuse. En effet, ce texte, souvent repris par la suite, s'attache à produire des recommandations concernant le développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses parmi lesquelles l'APS prend une place de choix, en s'appuyant sur le constat d'un faible recours à celle-ci en France bien qu'elle puisse être recommandée par les agences sanitaires, les autorités scientifiques et les sociétés savantes (HAS, 2011). L'année suivante, l'Académie Nationale de Médecine produit également un rapport (Bazex et al., 2012), qui sera fortement relayé par la presse généraliste (par exemple, *Le Figaro*, no 21229, vendredi 2 novembre 2012, p. 11 ; *Le Figaro*, no 21232, mardi 6 novembre 2012, p. 17 ; *Le Monde*, jeudi 15 novembre 2012, p. 28 ; *L'Équipe*, vendredi 30 août 2013, p. 17), insistant sur la nécessité de considérer l'APS comme une thérapeutique à part entière et d'interpeller les pouvoirs publics en ce sens. Ainsi « Le sport doit faire partie des prescriptions au cabinet médical, au même titre que les antibiotiques, l'aspirine ou les antidépresseurs », affirme le docteur Jacques Bazex auteur du rapport (*Le Figaro*, no 21229, vendredi 2 novembre 2012, p. 11) dans lequel il est proposé que « sur l'ordonnance devra figurer le détail des activités physiques : nature du sport, intensité, durée et fréquence des séances, suivi et contrôles médicaux à observer » (Bazex et al., 2012 : 1438). Pensée en complémentarité du PSSBE, le cadre législatif de la prescription de l'APS par les médecins vise lui aussi à un décloisonnement des mondes du sport et de la santé qui transparaît notamment dans l'instruction interministérielle du 17 mars 2017 portant guide sur les conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'ALD (République Française, 2017). Il est en effet indiqué que, dans le cadre du déploiement de ce dispositif, un comité de pilotage visant à « faciliter, impulser et dynamiser toutes les initiatives et tous les projets en cours au niveau régional, doit être mis en place sous l'égide des ARS et DR-D-JSCS [...] (et) devra associer tous les acteurs concernés (services de l'Etat, représentants du monde sportif et de la santé, représentants du secteur

médico-social, représentants de l'activité physique adaptée, de l'assurance maladie, des collectivités locales, représentants d'usagers, mutuelles, assurances et complémentaires santé ... et tous partenaires intéressés et mobilisés par ce dispositif) » (République Française, 2017 : 5). Dit autrement, l'injonction à la collaboration est alors mise en avant dans le pilotage de ce dispositif.

Il apparaît ainsi que collaboration et prescription de l'APS apparaissent comme « les hypothèses et lois » du référentiel sectoriel à l'œuvre dans les politiques contemporaines de la pratique d'APS dans un but de santé.

Troisièmement, un autre élément du paradigme correspond à une méthodologie. Surel (1995 : 134) précise à ce propos que « pour Kuhn, les procédés et les applications découlant du paradigme (au sens restreint d'ensemble conceptuel) sont aussi nécessaires à la science que les lois et les théories du paradigme (au sens élargi de matrice disciplinaire). Appliqué aux politiques publiques, ce troisième niveau implique de définir les types de rapport que l'on estime les mieux appropriés, dans un cas spécifique, entre l'Etat et le secteur concerné » (Surel, 1995 :134). Dans notre cas, cette méthodologie va être pensée autour de la rédaction du décret d'application (République Française, 2016b) qui précise les modalités de mise en place de l'article de loi concernant la prescription d'AP aux personnes atteintes d'ALD, sur la base du rapport du groupe de travail présidé par le professeur Bigard (Bigard, 2016), et de l'instruction aux ARS et aux DRJSCS préparée par un groupe de travail à la DGS visant à faciliter la mise en œuvre du dispositif dans les territoires (République Française, 2017). Ces documents vont mettre en place le cadre légal d'une forme de méthodologie concernant la prescription en fournissant un modèle de formulaire spécifique à remplir par le médecin (indiquant la durée de la prescription, les préconisations d'activités et recommandations ainsi que le type d'intervenant appelé à dispenser l'APS⁶¹) et, par l'article D. 1172-5 du code de la santé publique, en sommant ledit intervenant « de transmettre périodiquement un compte rendu du déroulement de l'activité au médecin traitant, avec l'accord du patient, qui doit recevoir copie de ce compte rendu » (République Française, 2017 : 3). Le médecin ayant la possibilité d'adresser le patient vers d'autres professionnels en fonction de l'évolution de son état de santé. De plus, cette méthodologie est cadrée dans le décret (République Française, 2016b) et le code de la santé publique, par l'identification des professionnels qualifiés pour

⁶¹République Française, 2017 : 7, Annexe 1.

proposer une APS en fonction du « profil fonctionnel » du patient et de l'état de gravité de sa pathologie. Sont ainsi identifiés « quatre principaux phénotypes fonctionnels reposant sur différents niveaux d'altération des fonctions locomotrices, cérébrales et sensorielles, ainsi qu'en fonction de la perception de la douleur. Ces phénotypes sont envisagés selon quatre niveaux d'altérations : sévère, modérée, minime et sans limitation » (République Française, 2017 : 4) que le médecin repère afin d'orienter le patient vers un intervenant adapté⁶². Pour chacun de ces niveaux d'altération, il est, en effet, mis en évidence les compétences⁶³ à maîtriser par les intervenants et sont alors fixés des territoires d'interventions professionnels spécifiques pour les différentes catégories d'intervenants en fonction de leur formation⁶⁴. Ainsi, « pour les patients présentant des limitations fonctionnelles sévères, seuls les professionnels de santé sont habilités à leur dispenser des actes de rééducation ou une activité physique, adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical (République Française, 2017 : 5), c'est-à-dire les MK, ergothérapeutes ou psychomotriciens. Au-delà des patients atteints de limitations sévères, il est noté que lorsqu'une autonomie suffisante est atteinte par les patients et « qu'ils présentent une atténuation des altérations relatives aux limitations fonctionnelles sévères », les enseignants en APA peuvent « intervenir en complémentarité des professionnels de santé en s'appuyant sur le bilan fonctionnel établi par ces derniers » (bilan qui peut être établi par évaluation pluridisciplinaire) (République Française, 2017 : 5). Enfin, en ce qui concerne les patients aux « limitations fonctionnelles modérées, minimales ou nulles, le médecin peut prescrire une AP » auprès de divers professionnels identifiés, en « fonction des compétences et savoir-faire qu'il estime nécessaire » (République Française, 2017 : 6). Il s'agit des enseignants en APA, des

⁶² Un tableau décrivant chacun des phénotypes afin que les médecins puissent les identifier est disponible à l'annexe 2 de l'instruction interministérielle n°DGS/EA3/DGESIP/DS/SG/2017/81 du 3 mars 2017 (République Française, 2017 : 8-9, annexe 2).

⁶³ Ces compétences sont décrites à l'annexe 3 de l'Instruction interministérielle n°DGS/EA3/DGESIP/DS/SG/2017/81 du 3 mars 2017 (République Française, 2017 : 10-11, annexe 3). Elles sont réparties en quatre catégories : « Assurer l'éducation pour la santé et/ou participer à une éducation thérapeutique ; Savoir réaliser l'évaluation initiale de la situation du patient en incluant l'identification de freins, leviers et de facteurs motivationnels ; Etre capable de concevoir, co-construire et planifier un programme d'activité physique individualisé et pertinent qui soit adapté à l'état de santé de la personne ; Savoir mettre en œuvre un programme (conduite du programme, évaluation de la pratique, détection des signes d'intolérance et retour vers le prescripteur, savoir individualiser la pratique) ; Savoir évaluer à moyen terme un programme (disposer des capacités à dialoguer entre les acteurs, évaluer les bénéfices attendus du programme, retour vers le patient et les autres professionnels) ; Savoir réagir face à un accident au cours de la pratique ; Connaître les caractéristiques très générales des principales pathologies chroniques ».

⁶⁴ L'annexe 4 de l'Instruction interministérielle n°DGS/EA3/DGESIP/DS/SG/2017/81 du 3 mars 2017 fournit « un cadre de référence sur l'orientation des patients selon leurs phénotypes fonctionnels en fonction des différents métiers des professionnels et autres intervenants » (République Française, 2017 : 12-13, annexe 4).

« éducateurs sportifs, fonctionnaires et militaires figurant à l'article R.212-2 du code du sport ou enregistrés au répertoire national des certifications professionnelles, des professionnels et personnes qualifiées titulaires d'un titre à finalité professionnelle (TFP) ou d'un Certificat de Qualification Professionnelle (CQP) définis par l'arrêté conjoint des ministres chargés des sports, de l'enseignement supérieur et de la santé » (République Française, 2017 : 3) du 19 juillet 2019 (République Française, 2019a), « les personnes qualifiées titulaires d'une certification, délivrée par une fédération sportive agréée dont la liste est fixée par les arrêtés conjoints des ministères chargés des sports et de la santé » (République Française, 2017 : 4) du 8 novembre 2018 (République Française, 2018) et du 29 juillet 2019 portant modification de l'arrêté précédent (République Française, 2019b). La méthodologie en place privilégie ainsi une mise à l'APS sous prescription médicale et ce, dans le cadre général d'un parcours coordonné de soin où la collaboration intersectorielle est recherchée. Le rapport Bigard est explicite en insistant sur l'importance de cette collaboration entre les diverses professions aux différents moments du parcours :

« Ce tableau est une proposition de modèle d'intervention très général, nécessitant d'être envisagé suivant les conditions locales de pratique et d'être modulé en fonction. Il fait cependant ressortir l'extrême importance de la collaboration étroite entre trois métiers certes différents, mais totalement complémentaires, chez des patients présentant des limitations sévères. Les MK déterminants pour les premières étapes de la remise à l'activité par des soins de rééducation par la kinésithérapie, les ergothérapeutes dans leur domaine de la gestion des interactions entre les patients et leur environnement, et les enseignants en APA pour la remise à l'activité de patients, dans un environnement « écologique », dès lors qu'une certaine autonomie de déplacement a été obtenue » (Bigard, 2016 : 27).

L'esprit du texte est bien celui d'une collaboration tout au long du parcours de soin au cours d'une chaîne d'intervention. Ainsi, malgré des conflits liés à la délimitation des territoires d'intervention de chacun des professionnels impliqués, que nous détaillons plus loin, c'est dans cet esprit qu'est reçu le cadre législatif relatif à la prescription par ceux-ci. Le Syndicat National des Masseurs-Kinésithérapeutes Rééducateur (SNMKR) affirme ainsi que :

« Tout laisse à penser qu'il y a de la place pour tout le monde, chacun dans son domaine, chacun dans ses compétences, avec un seul but : améliorer le parcours

de vie du patient en lui proposant un bon parcours de santé, qui peut devenir aussi un parcours de soin. (KinéPointPresse, no 43, mars 2016 : 21)

Ainsi, le cadre législatif récent définit un nouveau référentiel des politiques sanitaires concernant la mise en mouvement des personnes dans un but de santé. Celui-ci se caractérise par une volonté de l'Etat d'inciter à une collaboration intersectorielle entre les acteurs se positionnant dans ce champ et notamment par un rapprochement entre les mondes de la santé et ceux du monde du sport, dans l'objectif de diminuer les inégalités de santé afin d'éviter l'éclatement et la fragmentation des dispositifs, par le développement de l'APS comme thérapeutique non médicamenteuse au travers d'une démarche de prescription de celle-ci depuis le médecin traitant vers divers intervenants identifiés.

Pour autant, l'institutionnalisation de ce référentiel n'est pas exempte de débats qui vont opposer des groupes professionnels entrant en concurrence.

2.1.3.3. Référentiel et médiation

Le processus de construction de ce référentiel sectoriel « en action » (Jobert et Muller, 1987) va donner lieu à un certain nombre de débats et de conflits relatifs à la définition des territoires professionnels des différents acteurs concernés (Perrin, 2016). Comme le souligne Surel (1995), l'approche cognitive des politiques publiques vise à lier « la dimension symbolique et les processus concrets qui définissent la nature des politiques publiques » (Surel, 1995 :127) que les notions de médiation et de médiateur permettent d'éclairer. Comme nous l'avons souligné dans le cadrage théorique du présent document, le médiateur est « l'acteur, groupe ou individu, qui produit le référentiel » (Muller, 1995 : 161) et qui finalement met en place les conditions politiques définissant « un nouvel espace d'expression des intérêts sociaux, à partir d'un cadre de référence à la fois normatif et cognitif dans lequel les différents acteurs vont pouvoir mobiliser des ressources et nouer des relations d'alliance ou de conflit » (Muller, 1995 :161). D'autre part, ces concepts de référentiel et de médiation sont intimement liés à la notion de pouvoir. En effet, dans cette approche, le phénomène de médiation s'inscrit dans un processus consubstantiel de prise de parole et de prise de pouvoir (Muller, 1995). Le référentiel définit un cadre général balisant l'intervention des acteurs, en ce sens, les processus de médiation engagent des mouvements « de construction de leurs intérêts par les groupes sociaux » en présence (Muller, 1995 : 164).

En outre, dans la poursuite de sa réflexion relative au rapprochement entre les notions de référentiel et de paradigme, sur le plan diachronique, Surel (1995) défend l'idée selon laquelle les processus observés en histoire des sciences peuvent être pertinents dans le cadre de l'analyse des politiques publiques. Ainsi, chez Kuhn, l'activité scientifique a toujours pour préalable une phase trouble qu'il nomme période pré-scientifique où des désaccords entre groupes concurrents sur la définition légitime de l'activité scientifique s'affrontent (Soler, 2000). Comme le souligne Surel (1995 : 139), dans cette phase, « les désaccords priment sur le consensus, et le champ considéré échappe à toutes structurations durables ». Et Muller (1995 : 160) d'insister sur la fécondité du rapprochement avec la théorie Kuhnienne des changements paradigmatiques en précisant que le référentiel « n'exclut pas l'idée de conflit, au contraire. Cette vision du monde produite dans le cadre d'une politique publique n'est pas un consensus (...) mais un espace de sens où vont se cristalliser les conflits [qui] naissent au moment des transitions entre deux visions dominantes. On est très proche ici des phénomènes décrits par Kuhn lors des changements de paradigmes ». Ainsi, à l'instar des périodes de révolution scientifique, la mise en place d'un nouveau référentiel n'est pas exempte de luttes entre acteurs ou groupe d'acteurs du secteur dans la construction même du référentiel.

Dans le cadre du processus ayant conduit à l'instauration du référentiel sectoriel décrit plus haut, des conflits vont émerger quant à la rédaction du décret relatif aux conditions de dispensation de l'AP prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'ALD (République Française, 2016b), décret forgé sur la base des travaux de deux groupes de travail : celui dirigé par le Professeur Vallet, directeur de la DGS, faisant suite au rapport du groupe de travail présidé par le Professeur Bigard précédemment cité. Ce dernier résultait d'une saisine de la DGS en mars 2015, avant la proposition d'amendement ci-avant décrite, et avait pour objectif d'élaborer un référentiel de compétences et de définir des filières de formations professionnelles susceptibles de délivrer ces compétences et ces savoir-faire techniques. Un groupe de travail s'est donc réuni à partir de mars 2015 et comprenait des représentants du ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche, du ministère des Affaires Sociales et de la Santé, du ministère chargé des Sports, de l'INCa, du Conseil National Professionnel associé de Médecine Du Sport (CNPMS), du CNOMK, du SNMKR, de la Fédération Française des Masseurs-Kinésithérapeutes Rééducateurs (FFMKR), de l'AFD, de l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE), de la C3D, de la Fédération Française des Associations et Amicales des Malades, Insuffisants ou Handicapés Respiratoires (FFAAIR), de la SFMES et de l'Association Francophone en Activités

Physiques Adaptées (AFAPA). Ce groupe de travail a donné lieu à des conflits entre les représentants des groupes professionnels impliqués, comme le soulignent les acteurs impliqués :

« Au fil des mois, nous avons malheureusement dû faire face à des guerres corporatistes, qui venaient mettre de côté le plus gros enjeu du dossier : positionner le bien-être des patients au centre des débats » (ANESTAPS, 2016)⁶⁵.

« Il convient tout d'abord ici de souligner le gros travail fourni par les représentants de l'Ordre et des deux syndicats représentatifs de la profession pour défendre pied à pied au cours de ce qui fut parfois une lutte plus que curieuse, les compétences légales des kinésithérapeutes » (KinéPointPresse, no 44, mai 2016 : 6).

Ces conflits vont concerner la délimitation et la défense des territoires professionnels par les porte-parole des divers groupes professionnels dans une démarche de positionnement au sein du référentiel en construction concernant la prise en charge de patients atteints d'ALD dans le cadre de la démarche de prescription, et vont prioritairement concerner deux groupes professionnels : les masseurs-kinésithérapeutes (MK) et les enseignants APA-S⁶⁶.

En référence à Robelet et *al.*, (2005 : 233), la notion de territoire professionnel est pensée comme « un ensemble de tâches et compétences exercées de façon plus ou moins exclusive par un groupe de professionnels ». La définition des territoires professionnels des groupes en présence est alors placée dans un système de concurrence au sein du référentiel contemporain (Abott, 2003). Va finalement se jouer, au cours de cette polémique (Delalandre, 2016), la délimitation des espaces d'intervention de chacun, dans un référentiel sectoriel en construction.

Tout d'abord, les tensions vont se cristalliser autour de la crainte, pour les représentants des deux professions, d'une potentielle perte d'une partie de ce qu'ils

⁶⁵ Communiqué de l'Association Nationale des Etudiants en Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives (ANESTAPS) publié le 6/12/2016 et repris par la C3D sur son site Internet le 9/12/2016, disponible à l'URL suivante : <https://c3d-staps.fr/2016/12/09/les-enseignants-apa-acteurs-incontournables-dans-lencadrement-de-lactivite-physique-adaptee/>.

⁶⁶ Si des conflits existent avec d'autres groupes professionnels, nous posons ici la focale sur les tensions les plus visibles dans nos données empiriques afin de rendre compte de la dimension conflictuelle du référentiel sectoriel en construction.

considèrent comme leur champ d'intervention propre, que la démarche de prescription d'APS par le médecin aurait tendance à renforcer. Ainsi, le SNMKR, par son magazine d'information *KinéPointPresse*, va publier plusieurs articles qui rendent compte de cette inquiétude dont les extraits suivants sont révélateurs :

« Depuis une dizaine d'années, de nombreux établissements de santé (y compris des centres hospitaliers) remplacent poste par poste les kinésithérapeutes par des diplômés en sciences et techniques des activités physiques et sportives. Plus récemment, les annonces relatives au sport-santé notamment sur ordonnance viennent compléter un tableau potentiellement anxiogène pour les kinésithérapeutes et une profession qui sent que son champ de compétences est de plus en plus convoité » (KinéPointPresse, no 43, mars 2016 : 18).

« On voit alors dans la presse fleurir des articles présentant le recrutement dans des structures hospitalières de diplômés issus de la filière STAPS, expliquant qu'ils "font le travail des kinésithérapeutes mais sans les massages". Nous notons une accélération de ce mouvement de recrutement depuis l'adoption de la loi de modernisation de notre système de santé et notamment de son article 144 qui prévoit la prescription d'activité physique adaptée pour les patients porteurs d'ALD. Dès le lendemain de l'adoption de l'amendement Fourneyron, futur article 144, une pétition a circulé pour demander que les enseignants en activité physique adaptée soient reconnus comme professionnels de santé » (KinéPointPresse, no 43, mars 2016 : 22).

Les représentants du groupe professionnel des enseignants en APA, s'appuyant sur l'argument soulignant que ces derniers interviennent depuis de nombreuses années auprès de patients atteints d'ALD dans des structures de soins et de réadaptation⁶⁷, expriment eux-aussi leur crainte de voir toute une partie de leur territoire d'intervention leur échapper, comme en témoigne l'extrait suivant :

⁶⁷ Le référentiel d'activité et de compétences de l'enseignant en APA, réalisé avec le concours du Centre de Recherche et d'Innovation sur le Sport (EA 647, Equipe Activités Physique et Vulnérabilité) et le département APA de l'Université Claude Bernard de l'Université Lyon 1, et publié par la SFP-APA en 2015 fait notamment état des situations professionnelles dans lesquelles interviennent les enseignants en APA, que ce soit dans le secteur sanitaire, médico-social ou social (Barbin *et al.*, 2015).

Nous ferons tout pour assurer que la rédaction du décret en faveur de la pratique physique du plus grand nombre ne réduise pas le champ d'action des enseignants en APA alors que ceux-ci travaillent depuis plus de 20 ans avec des personnes en ALD pour contribuer à améliorer leur état de santé, leur autonomie, leur participation sociale et leur qualité de vie » (ANESTAPS, 2016).

En corollaire de cette préoccupation de perte d'une partie de leurs territoires professionnels respectifs, les représentants de chacune des deux professions vont critiquer ce qu'ils jugent comme une extension non légitime du champ d'intervention du groupe concurrent qui déborderait sur ce qu'ils estiment comme étant leur propre cœur de métier. Ainsi, les porte-parole des MK vont argumenter en considérant que seuls les professionnels de santé peuvent intervenir auprès de patients atteints d'ALD dont l'état de santé est jugé sévère. En intervenant auprès de ces populations en tant que professionnels de santé, les MK considèrent qu'il s'agit bien là de leur cœur de métier et que l'intervention d'autres professions, notamment des enseignants APA, serait une forme d'extension non justifiée de leur territoire d'intervention. Les extraits suivants, issus de la revue *KinéPointPresse*, donnent à voir cette argumentation :

« Le sport sur ordonnance est considéré comme une alternative thérapeutique non médicamenteuse. Dès que la pathologie chronique commence à se dégrader, on est de fait dans le champ du soin et donc de la santé. Ce champ est celui des professions de santé. Ce que ne sont pas les STAPS, fussent-ils APA » (KinéPointPresse, no 44, mai 2016 : 7).

« Ainsi, il existe des professions de santé. Elles sont règlementées et ont des devoirs et des limites d'exercices très bien définies. Sauf à réécrire la loi, il n'est pas question que des professions qui n'ont aucun de ces devoirs viennent exercer des compétences qui ne sont pas tout à fait les mêmes dans un champ d'action qui n'est pas le leur » (KinéPointPresse, no 44, mai 2016 : 7).

« Les éducateurs sportifs et les STAPS APA ont probablement vocation à accompagner les populations dans l'entretien de l'exercice et de l'activité physique qui est un déterminant reconnu du maintien en bonne santé. Mais, ils n'ont pas vocation, dans notre modèle, qui n'est pas celui des anglo-saxons, à

venir exercer leurs compétences dans le champ qui est celui des professions de santé » (KinéPointPresse, no 44, mai 2016 : 7).

« On comprend beaucoup moins l'insistance presque morbide des représentants des prof^s de sport (pardon, des enseignants en APA) à vouloir absolument être les référents pour les patients dégradés... On les aurait pourtant bien vus intervenir aux côtés des éducateurs sportifs, lorsque les patients sont en phase de début de leur pathologie chronique » (KinéPointPresse, no 44, mai 2016 : 6).

On le voit, l'argumentation vise à dénoncer ce que les MK jugent comme une revendication abusive d'un champ d'intervention qui ne correspond pas au cœur de métier des enseignants APA qui, selon eux, devraient intervenir auprès des populations dont l'état de santé n'est pas jugé sévère. Les questions concernant le respect du secret médical et de la responsabilité du médecin dans l'acte de prescription s'inscrivent également dans l'argumentation des MK. Cet argumentaire est contredit par les représentants des enseignants en APA, qui considèrent au contraire que l'intervention auprès de patients atteints de maladies chroniques porteurs de limitations fonctionnelles sévères ferait partie de leur champ de compétences en insistant d'une part sur le fait que leur formation relève d'un niveau universitaire licence ou master (niveau II et niveau I) s'appuyant sur un champ de recherche pluridisciplinaire spécifique (Perrin, 2016) leur donnant les prérogatives pour encadrer la pratique d'APA de manière sécuritaire, et d'autre part qu'ils interviennent déjà depuis de nombreuses années en collaboration avec les professionnels de santé dans des équipes pluridisciplinaires. En ce sens, suite à la parution du décret relatif aux conditions de dispensation de l'AP prescrite par le médecin, l'AFAPA fait paraître un communiqué sous forme de pétition demandant la révision dudit décret avant sa mise en application⁶⁸ dont l'extrait suivant soutient l'argumentaire décrit :

« Cependant, en cas de limitations fonctionnelles sévères, seuls les professionnels de santé seront habilités à dispenser une activité physique, adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical, alors qu'il s'agit bien là d'un champ disciplinaire spécifique, celui de l'Activité Physique Adaptée (STAPS) à partir d'un champ de recherche spécifique et auquel les professionnels

⁶⁸Celle-ci est visible à l'URL suivante : <https://www.change.org/p/minist%C3%A8re-de-la-sant%C3%A9-pour-des-activit%C3%A9s-physiques-adapt%C3%A9es-apa-au-service-de-tous-les-patients>

de santé ne sont pas formés [...]. L'AFAPA réagit et s'oppose à certains points de ce texte officiel qui discrimine, stigmatise les professionnels en APA en leur confisquant leur cœur de métier et en les empêchant d'apporter leurs savoir-faire aux patients atteints de limitations fonctionnelles sévères. Ces professionnels, longuement formés à partir de connaissances scientifiquement étayées, possèdent toutes les prérogatives à un encadrement garantissant une pratique d'activité physique adaptée en toute sécurité quel que soit le niveau de sévérité des limitations » (AFAPA, 2016).

L'ANESTAPS soutient également l'argumentaire en précisant que :

« L'ANESTAPS tient à rappeler que les enseignants en APA font aujourd'hui partie de nombreuses équipes pluridisciplinaires dans les structures de soins et de réadaptation. Ils interviennent en complémentarité avec des professionnels de santé, à partir de leur propre cœur de métier » (ANESTAPS, 2016).

Si les représentants des MK dénoncent ce qu'ils jugent comme une extension non légitime de leur territoire d'intervention par les enseignants APA, ces derniers vont également témoigner d'un sentiment similaire à l'égard des MK. Plusieurs écrits des représentants de la filière APA vont en effet mettre en exergue l'idée selon laquelle, pour eux, les MK revendiqueraient des prérogatives qui ne relèveraient pas de leur cœur de métier, notamment en ce qui concerne la capacité à mettre en place un programme d'APA. Ainsi, dans un article intitulé « STAPS/Kiné : La guerre des territoires » publié sur son blog en mars 2016⁶⁹, Didier Delignières, alors président de la C3D, fait état de cet argumentaire :

« Quant aux masseurs-kinésithérapeutes, leur Conseil de l'Ordre vient de publier un avis selon lequel ils disposeraient « de la qualification pour encadrer des activités physiques ou sportives adaptées à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical de tout patient » et seraient donc « autorisés à mentionner sur leurs documents et leurs plaques professionnelles le titre d'« éducateur sportif » ou « éducateur sportif en activités physiques et sportives adaptées ». Il est aussi précisé dans cet avis que « le kinésithérapeute enseigne des méthodes et techniques qui visent à entretenir et améliorer la condition physique, et il conduit

⁶⁹ Article disponible à l'URL suivante : <http://blog.educpros.fr/didier-delignieres/2016/03/26/stapskine-la-guerre-des-territoires/>.

des séances de préparation physique sportive ». Dans le contexte actuel, cet avis est une véritable déclaration de guerre à l'égard des STAPS, dont les métiers cités constituent les cibles essentielles de l'offre de formation. De quels volumes de formation dans le domaine des activités physiques et sportives adaptées les kinésithérapeutes peuvent-ils se targuer au cours de leur cursus ? Les kinésithérapeutes ont-ils développé un corpus spécifique de recherche les autorisant à s'arroger ces compétences ? Pour un organisme prompt à accuser les autres d'exercice illégal de leur profession, cet avis « déontologique » est pour le moins outrancier. Soyons clairs : les éducateurs sportifs et les kinésithérapeutes ne sont concernés que de manière marginale par la prise en charge de publics à besoins spécifiques pour les premiers, et par les activités physiques ou sportives pour les seconds. Educateurs sportifs et kinésithérapeutes tentent d'élargir leur domaine de compétence pour grignoter le marché ouvert par la Loi de Santé. Il s'agit d'étendre leurs prérogatives sur des activités de travail qui ne font pas partie de leur formation initiale » (Delignières, 2016).

Est clairement identifiée ici la perception d'une volonté d'élargir, d'une manière jugée abusive, leurs périmètres d'intervention de la part de groupes professionnels concurrents. Dans son étude basée sur une observation participante du processus d'élaboration du référentiel d'activité et de compétences de l'enseignant en APA, publié par la SFP-APA en 2016 et élaboré entre janvier 2014 au octobre 2015 (Barbin *et al.*, 2015), Perrin (2016 : 148) note ainsi « la revendication des masseurs kinésithérapeutes d'un monopole de l'AP les confronte aux prérogatives d'intervention définies par le Code du sport dans l'article A. 212-1, limitées à la gymnastique d'entretien ou préventive dans les établissements d'activités physiques et sportives déclarés. Celles-ci ne permettent pas d'enseigner des APA diversifiées afin de développer progressivement une autonomie vis-à-vis du monde médical pour accéder à une participation sociale ».

De plus, cette « guerre des territoires », pour reprendre l'expression employée par Delignières dans l'article précédemment cité (Delignières, 2016), ne va pas seulement s'organiser autour de la prise en charge ou non des patients aux limitations fonctionnelles qualifiées de sévères, mais également en ce qui concerne la réalisation d'un bilan fonctionnel du patient suite à la prescription du médecin. A ce niveau, les deux groupes vont revendiquer

leur légitimité quant à sa prise en charge. Plusieurs articles rédigés par les porte-parole des MK vont ainsi revendiquer cette fonction pivot :

« Dans ce contexte, il n'est pas improbable que la présence d'un kinésithérapeute, aux côtés du médecin prescripteur, dans le cadre d'une équipe de soins coordonnée interdisciplinaire, puisse être un plus pour participer au bilan fonctionnel du patient pour libérer du temps médical au médecin, et coordonner la mise en place avec le STAPS qui aurait pour rôle d'encadrer et de superviser les éducateurs sportifs » (KinéPointPresse, no 43, mars 2016 : 21).

« Un bilan fait par un kinésithérapeute serait une garantie supplémentaire pour éviter que l'activité physique, mise en place par un spécialiste du sport, n'aggrave pas ou ne révèle pas un problème sous-jacent. [...] L'ordre a pour objectif essentiel la sécurité des patients. Il serait dommageable de se priver de l'expertise des kinésithérapeutes dont le bilan permettrait une meilleure prise en charge des patients qui se voient prescrire une activité physique » (KinéPointPresse, no 43, mars 2016 : 22).

« Ainsi, qui peut croire une seule seconde que les STAPS souhaitent être les exécutants qui vont accompagner les patients dégradés dans l'entretien de leur activité physique ? Ce n'est probablement pas cette place qu'ils briguent. Leur cible est bien plus sûrement celle de l'intermédiaire entre le médecin qui prescrira et celle de l'éducateur sportif qui exécutera. Les STAPS veulent être cet ingénieur en santé-physique qui va analyser les déficits et adapter le programme d'activité physique pour qu'il soit réalisable par le patient en fonction de ses limitations. Ils seront celui qui fait le bilan, donne les orientations, adapte le programme, mesure les progrès, consolide les chiffres et renvoie éventuellement au médecin pour information... Nous pensons que ce rôle est en fait précisément celui du kinésithérapeute dès que le patient se situe dans une situation de dégradation de sa pathologie et que des limitations plus ou moins sévères apparaissent » (KinéPointPresse, no 44, mai 2016 : 7).

A partir de septembre 2016, le SNMKR va lancer une « campagne sport-santé » (KinéPointPresse, no 45, septembre 2016 : 17) afin de justement faire la promotion de la réalisation de ce bilan par les MK, en diffusant le slogan « Pratiquer une activité sportive avec

une affection de longue durée ? Pas sans un bilan kiné » (*KinéPointPresse*, no 46, décembre 2016 : 4) dont l'image suivante est l'un des visuels diffusés dans la revue *KinéPointPresse* :



Figure 6 : Extrait de la page n°4 du numéro 46 de la revue *KinéPointPresse*

Pour autant, le groupe professionnel des enseignants en APA va également revendiquer la prise en charge de ce bilan en considérant que celle-ci relève pleinement de leurs compétences. Ces dernières sont en effet clairement identifiées dans le référentiel métier de l'enseignant en APA élaboré par la SFP-APA en 2015 dans lequel, comme l'explique Perrin (2016 : 148), « l'intervention en APA démarre par un “ bilan éducatif partagé ” au sein duquel l'enseignant ne se confond pas avec un expert qui évalue les incapacités et les déficiences des personnes pour mesurer des écarts par rapport à une norme de santé. C'est un professionnel qui dispose de connaissances en physiopathologie, physiologie de l'exercice, psychopathologie, psychologie de l'engagement, sociologie de l'activité physique adaptée et santé, didactique et pédagogie des APA, mais qui intervient en pédagogue. En cohérence avec l'éducation thérapeutique, le patient est placé dans la situation de construire avec le professionnel un bilan de ses expériences des APS, de ses goûts, de ses besoins et de ses attentes eu égard à son projet de vie. Ils conviennent ensuite ensemble d'un premier objectif qui sera réévalué conjointement au fur et à mesure de l'expérience en APA et en fonction de l'évolution de l'état de santé et des ressources personnelles ». Les compétences identifiées

dans ce référentiel métier se réfèrent en effet, entre autres, à la réalisation de ce bilan. Les compétences n°2, n°3 et n°5 sont ainsi respectivement :

« Evaluer les besoins, les attentes, et les capacités des pratiquants.

Elaborer un programme individualisé en adaptant les activités physiques, sportives ou artistiques aux besoins des pratiquants et selon les moyens disponibles.

Réaliser et formaliser des bilans d'intervention en APA » (Barbin et al., 2015 : 39-40).

La construction du référentiel sectoriel et plus précisément de la structuration des méthodologies à l'œuvre au sein de celui-ci révèle ainsi des luttes de pouvoir (Jobert, 1992) dans le champ ouvert. Dit autrement, le processus de médiation à l'œuvre dans l'élaboration du référentiel de prescription de l'APS est un mouvement dans lequel se joue un travail de « prise de pouvoir » par la structuration du champ de forces balisant l'intervention des acteurs dans le secteur du sport-santé. Les acteurs en présence luttent pour défendre un territoire d'intervention qui leur semble légitime tout en défendant leurs intérêts.

A ce propos, il est intéressant de remarquer que dans les stratégies d'argumentation à l'œuvre dans ces conflits, l'imputation d'intérêts sociaux de la part du groupe adverse vise à le disqualifier dans la mesure où ses intérêts seraient mis au premier plan, avant ceux des patients. L'imputation d'intérêts sociaux cachés est une figure classique de la dénonciation comme le souligne Barthe *et al.*, (2013) et est par exemple mise en évidence par Delalandre (2013, 2016) dans le cadre d'une controverse dans le domaine de la musculation. Dans notre cas, les MK vont travailler à mettre au jour ce qu'ils considèrent comme des intérêts sociaux de la part des enseignants en APA concernant leurs revendications à intervenir dans le mouvement de prescription. On peut par exemple lire dans la revue *KinéPointPresse*:

« Dossier qui suscite bien des convoitises, car chacun sait que le secteur de la santé est un de ceux qui est encore relativement solvabilisé... alors même qu'il existe un certain nombre de diplômés dont les débouchés relativement mal définis en termes de réalité d'emplois, conduisent leurs détenteurs directement à la case chômage. Histoire de pérenniser leur gagne-pain, les promoteurs de ces

formations sont donc à la recherche de toute forme de nouveaux horizons, en particulier dans le champ de la santé » (KinéPointPresse, no 44, mai 2016 : 6).

« C'est précisément le cas des représentants des STAPS qui ont cru au détour de cette affaire pouvoir devenir enfin des professions de santé comme ils l'annoncent d'ailleurs à grand renfort de com' bien intempestive. Car on va pas se la raconter, au-delà du bien-être des patients, c'est aussi tout une filière de débouchés que certains cherchent à mettre en place pour trouver du travail à tous ces jeunes diplômés STAPS à qui l'on a fait croire que la France avait plus besoin de prof' de gym que d'ingénieurs en informatique... ce n'est hélas pas vrai, et il faut trouver un emploi pour tous ces jeunes » (KinéPointPresse, no 47, avril 2017 :7).

Pour le SNMKR, la démarche des représentants de la filière APA, considérée comme une tentative d'extension non légitime de leur territoire professionnel, relèverait moins d'une volonté d'amélioration du système de santé que d'enjeux sociaux de préservation d'une filière universitaire qui aurait des difficultés d'employabilité de ses étudiants. L'imputation d'intérêts sociaux sur le mode du dévoilement semble également à l'œuvre dans l'argumentation de certains représentants des enseignants APA envers les représentants du groupe professionnel des MK. Ainsi, Delignières écrit qu' :

« Il s'agit d'étendre leurs prérogatives sur des activités de travail qui ne font pas partie de leur formation initiale. Nous voyons bien l'intérêt lucratif de la possibilité d'ouvrir une salle de remise en forme pour les masseurs-kinésithérapeutes : il s'agit de développer une activité complémentaire pour développer la surface de leurs revenus financiers en entrant en concurrence avec les jeunes professionnels dont c'est le cœur de formation. L'adaptation des activités physiques aux besoins spécifiques en termes de santé, et la mise en place de situations d'enseignement permettant aux personnes atteintes de maladie chronique de construire de nouvelles normes de pratiques physiques, constituent le cœur de métier des professionnels de l'APA, c'est à dire l'activité principale sur laquelle s'exerce la solvabilité de leur métier » (Delignières, 2016).

Est ainsi mise en avant l'idée selon laquelle les MK viseraient, par leur démarche visant à se positionner comme acteurs principaux sur la question de la prescription, à s'ancrer sur un

secteur d'activité complémentaire à leur cœur de métier leur assurant de nouveaux débouchés professionnels. L'analyse des argumentations en jeu dans ce conflit montre que l'imputation d'intérêts sociaux sert ainsi à disqualifier le discours du groupe d'acteurs concurrents au sein d'un processus plus global visant la définition d'un référentiel dans le secteur du sport-santé.

La construction d'un référentiel sectoriel concernant les politiques publiques de mise à l'APS des personnes donne finalement lieu à un processus de médiation où différents groupes professionnels rentrent en lutte afin d'orienter la définition dudit référentiel. Notre analyse montre que les médiateurs que sont les porte-parole des enseignants en APA et des MK cherchent à se positionner dans la méthodologie du référentiel en construction en affirmant leur place centrale dans le dispositif qui correspondrait à leur cœur de métier et en mettant en exergue une volonté d'extension illégitime du territoire professionnel des autres professions. Au final, les médiateurs luttent pour influencer sur la politique publique en construction afin d'affirmer leur position au sein de celle-ci.

Finalement, nous avons pu montrer que la période contemporaine se caractérisait par la construction d'un nouveau référentiel au sens de la sociologie cognitive des politiques publiques. Celui-ci se caractérise par une volonté de l'Etat d'inciter à une collaboration intersectorielle entre les acteurs se positionnant dans ce champ et notamment par un rapprochement entre les mondes de la santé et ceux du monde du sport, dans l'objectif de diminuer les inégalités de santé afin d'éviter l'éclatement et la fragmentation des dispositifs, via, notamment, le développement de l'APS comme thérapeutique non médicamenteuse au travers d'une démarche de prescription de celle-ci depuis le médecin traitant vers divers intervenants. Le processus de construction de ce référentiel donne lieu à des processus de médiations dans lesquels les groupes professionnels luttent afin de se positionner dans la méthodologie que ce référentiel met en place.

Dans la période contemporaine, des dispositifs vont être particulièrement représentatifs de cette configuration, les RSSBE.

2.2. Un dispositif représentatif des politiques du sport-santé : les RSSBE

Parachevant l'analyse de la notion de référentiel par le détour du concept de paradigme, Surel (1995 : 135) précise que « dans les éléments qui forment une matrice

disciplinaire, Kuhn distingue des instruments/outils, qui complètent le dispositif global en réalisant concrètement, selon une méthode particulière, les principes et normes qui forment le substrat normatif et cognitif du paradigme ». L'auteur écrit alors que « dans le domaine de l'action publique, ces dispositifs instrumentaux sont nombreux : discours, vote d'une loi et/ou création d'une institution spécifique » (Surel, 1995 : 135). En ce sens, plusieurs dispositifs vont alors inspirer et en retour être créés par le référentiel sectoriel décrit plus haut.

Comme l'a étudié Illivi (2018), l'institutionnalisation du PSSBE et la prescription de l'APS dans le cadre d'une forme d'injonction à la collaboration intersectorielle se sont appuyées sur de nombreuses initiatives locales. La mise en place de ce référentiel est en effet issue d'une démarche que V. Fourneyron, dans une intervention lors de la deuxième Journée Sport-Santé à Poitiers en Juin 2016, qualifie de « bottom-up », c'est à dire partant « du bas » sur la base d'actions menées localement⁷⁰. Si Illivi (2018 :146) nuance cette interprétation de l'institutionnalisation en qualifiant le cadre conceptuel dans lequel elle se situe entre une logique « top-down » et « bottom-up », les documents consultés font très régulièrement référence aux modèles des expériences antérieures effectuées sur le territoire. Dans ce cadre, le dispositif SSSO mis en place à Strasbourg est largement cité comme en témoigne cet extrait du compte rendu des débats parlementaires au Sénat, relatif aux propositions d'amendements concernant la prescription d'AP :

« M. Jean-Jacques Lozach⁷¹ : Il est vrai que cet amendement introduit un changement de culture en matière de soins, mais il est réaliste. En effet, des expériences probantes, des initiatives de terrain existent d'ores et déjà, soutenues parfois par une collectivité locale – les villes de Boulogne ou de Strasbourg, par exemple –, parfois par le secteur mutualiste – la Mutuelle générale de l'éducation nationale dans le 13ème arrondissement de Paris –, par une ARS, comme celle de Haute-Normandie, ou par un établissement sanitaire, tel le centre hospitalier universitaire de Clermont-Ferrand » (Compte rendu des débats parlementaires des séances du 29 septembre 2015 au Sénat).

⁷⁰ Intervention de V. Fourneyron lors de la deuxième journée sport, santé, bien-être organisée à Poitiers le 16 juin 2016 par la Chaire Sport-Santé de l'Université de Poitiers.

⁷¹ J-J Lozach était sénateur de la Creuse et membre du groupe socialiste au moment des débats cités.

Mais ce sont aussi les démarches initiées par les RSSBE mises en place dès le milieu des années 2000 qui agissent comme de véritables « précédents » (Chateauraynaud, 2011) sur lesquels s'appuyer. Ainsi le rapport du Groupe de Travail présidé par X. Bigard visant à élaborer un référentiel de compétences exigibles pour les professionnels de l'APS afin qu'ils puissent prendre en charge des patients porteurs de pathologies chroniques, explique que ce groupe s'est appuyé sur des auditions réalisées, notamment, avec les responsables des RSSBE déjà constitués afin de comprendre les formes de coordinations entre acteurs au sein de ces structures :

« Les retours des auditions des responsables des réseaux SSBE (réseaux récemment constitués ou plus anciens, antérieurs aux volontés politiques les plus récentes) ou des initiatives locales, notamment du mouvement des villes « sport sur ordonnance », ont permis de mieux comprendre comment ces structures fonctionnaient, notamment au plan de l'articulation médecins – acteurs de l'AP, et quels avaient été les critères retenus lors du recrutement de professionnels de l'AP. Sans entrer dans les détails du fonctionnement des réseaux (qui varient beaucoup suivant les régions), les acteurs de terrain de la pratique de l'AP sont principalement des enseignants en APA, associés parfois à des éducateurs sportifs titulaires au moins d'un brevet professionnel supérieur de la jeunesse, de l'éducation populaire et du sport (BPJEPS), plus rarement d'un diplôme d'état (DEJEPS). On retrouve parfois un kinésithérapeute en charge de la rééducation initiale, étape nécessaire afin de franchir les premiers paliers de l'engagement dans la pratique autonome de l'AP (réseau eFORMip). On trouve assez souvent un médecin du sport dont le rôle est intermédiaire entre les médecins traitants (ou spécialistes), qui suivent les patients et les acteurs de terrain de la pratique de l'AP. L'hétérogénéité de fonctionnement des organisations rattachées au plan SSBE apparaît dans les choix faits des personnels recrutés au sein des réseaux (en termes de formation initiale) et dans les moyens mis pour former les acteurs de terrain à la mise en œuvre des AP et sportives » (Bigard, 2016 : 12).

Au carrefour d'une démarche de collaboration intersectorielle visant le décloisonnement des mondes du sport et de la santé ainsi que d'une démarche de prescription de l'APS depuis le médecin vers un effecteur selon une chaîne d'intervention professionnelle tout au long du parcours de soin du patient, les RSSBE inspire le référentiel en construction. L'intervention

suivante de V. Fourneyron issue du compte rendu des débats parlementaires à l'Assemblée Nationale relatifs à sa proposition d'amendement en témoigne :

« Mme Valérie Fourneyron : Nous sommes tous persuadés de l'importance de l'activité physique et sportive en prévention primaire, secondaire et tertiaire. Cet amendement, circonscrit à la prévention tertiaire, dans le cadre des affections de longue durée, vise à donner une orientation totalement nouvelle. Il faut qu'il puisse y avoir prescription par le médecin, car une personne qui sort d'une pathologie cancéreuse, après avoir subi chimiothérapie et radiothérapie, ne se rendra pas directement dans une structure d'activité physique et sportive. Cette évolution peut se faire grâce aux réseaux sport-santé, qui existent dans toutes les régions, et aux ARS, qui, comme il y a deux jours en Haute-Normandie, labellisent les structures pour éviter que ne se multiplient les acteurs sans formation. » (Compte rendu des débats parlementaires des séances du 29 septembre 2015 à l'Assemblée Nationale).

Ainsi, parmi les initiatives mises en place sur le territoire national ayant participé à l'inspiration du nouveau référentiel en place, les RSSBE font figure de dispositifs importants. Si nous détaillerons dans une deuxième partie leur fonctionnement, notons que ces formes d'organisation trouvent leur origine dans la rénovation du secteur sanitaire en réseaux depuis la réforme Juppé de 1996 et la mise en place effective des réseaux de santé au début des années 2000⁷²(Perrin, 2019) eux-mêmes inspirés des réseaux diabète où c'est une approche éducative pluriprofessionnelle qui va s'y diffuser (Perrin, 2008, 2013 ; Perrin *et al.*, 2008). Ainsi, dès 2005, sont créées dans certains territoires des structures réticulaires censées coordonner l'offre d'APS à destination des publics spécifiques qui en sont éloignés (malades chroniques, population âgée)⁷³. Dans le domaine du sport-santé, ce type de coordination fait partie de plusieurs recommandations dont, entre autres, celles émises dans le cadre du PNAPS qui invite dans l'une de ses propositions à :

⁷²LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. République Française, 2002.

⁷³ Le dispositif « effFORMip, la santé par l'effort en Midi-Pyrénées » a été créé à cette date. Qualifié de premier RSSBE en France par plusieurs des acteurs que nous avons interrogés dans le cadre de l'étude des RSSBE, EfFORMip est une association de loi 1901 qui a pour objectif de lutter contre la sédentarité des porteurs de pathologies chroniques, par les APS.

« développer dans chaque région un réseau transversal sport-santé. [...]Le réseau transversal « sport-santé », le développement des offres « sport-santé » et les aides financières (coupons, tickets, ou chèques « sport-santé ») relèvent des compétences de la DRJSCS et de l'ARS, ainsi que des acteurs la composant (champ médico-social et éducatif) » (Toussaint, 2008 :128).

Comme nous l'avons vu, le PSSBE, dans une incitation au travail collaboratif interprofessionnel a pour objectif, dans ses lignes stratégiques, d'inciter à la structuration de RSSBE afin de coordonner les actions de prévention et de soin par les APS à tout niveau territorial. En ce sens, le premier bilan des PRSSBE de 2014 indique :

« qu'il semble opportun de consolider les réseaux et de développer des synergies entre tous les acteurs sport-santé. Par exemple, créer des instances de concertation inter-acteurs afin de coordonner les actions de chacun serait un moyen de favoriser cette dynamique. Le travail pluridisciplinaire doit être encouragé afin de mieux structurer les actions » (Ministère de la Ville, de la Jeunesse et des Sports, Pôle Ressources National Sport, Santé, Bien-Etre, 2014 : 15).

Ainsi, à partir de l'instruction interministérielle du 24 décembre 2012 portant création du PSSBE et prévoyant sa déclinaison régionale (République Française, 2012), plusieurs PRSSBE vont annoncer la création de RSSBE ou le renforcement des réseaux déjà en place s'ils existaient déjà. A titre d'exemple, l'axe 6 du PRSSBE d'Aquitaine 2013-2016 annonce pour ambition de :

« développer les dispositifs de collaboration des acteurs régionaux et notamment le réseau régional sport santé afin de garantir la mobilisation de tous les acteurs » (DRJSCS Aquitaine et ARS Aquitaine, 2013 : 10).

Tandis que celui des Pays de la Loire annonce viser :

« une reconnaissance externe de l'association par les acteurs du réseau Sport Santé Bien être. Ce forum a permis de réunir les acteurs du milieu de la santé, du milieu médicosocial et du milieu sportif de notre région, de faire témoigner les associations et les personnes vulnérables qui utilisent le sport comme facteur de prévention, de bien-être ou de mieux-être. Il a eu pour vocation de réaliser un état

des lieux des actions de promotion de la santé par le sport. Enfin, il a tenté de tracer des perspectives de collaboration et d'actions concrètes en vue de la consolidation du réseau régional sport et santé de la conférence régionale consultative du sport » (DRJSCS Pays de la Loire et ARS Pays de la Loire, 2013)

Ce développement des RSSBE dans le cadre du référentiel contemporain croisant l'injonction au travail collaboratif et prescription de l'APS est également souligné par l'instruction interministérielle du 3 mars 2017 portant guide sur les conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une ALD qui souligne que :

« les ARS et les DR-D-JSCS se sont mobilisées pour promouvoir l'activité comme facteur de santé, avec la signature des conventions-cadre, afin de déterminer les modalités de collaboration entre les deux institutions et l'élaboration conjointe des Plans Régionaux « Sport, Santé, Bien-être » avec pour perspective la mise en place des réseaux sport-santé » (République Française, 2017 : 4).

Au final, les RSSBE s'installent ainsi comme des dispositifs phares des configurations contemporaines concernant les politiques publiques visant la mise à l'APS des populations dans un but de santé. Ils apparaissent comme des incarnations concrètes du référentiel sectoriel en construction en réalisant les principes et normes qui forment le substrat normatif et cognitif de celui-ci. Ils ont, en effet, d'une part, participé à l'inspiration de la construction du nouveau référentiel en tant que précédent (Chateauraynaud, 2011), en étant au croisement d'une démarche de collaboration entre les acteurs du monde de la santé et du sport et d'une intention de prescription de l'APS. D'autre part, ils ont connu en retour un développement important par l'institutionnalisation des politiques publiques contemporaines de la mise à l'APS des populations dans un but de santé. Leur étude plus approfondie semble alors importante afin de comprendre les enjeux des politiques contemporaines du sport-santé.

CONCLUSION DE LA PREMIERE PARTIE

Conclusion de la première partie

Cet aperçu socio-historique, s'il n'avait pas vocation à être exhaustif, a tout de même permis de comprendre le contexte des politiques publiques dans lequel s'inscrivent les RSSBE. Appréhender sur un temps long la mise à l'agenda politique progressive du sport-santé s'inscrivait comme une nécessité afin de percevoir les enjeux contemporains des dispositifs à l'œuvre.

Ainsi, nous avons montré, selon une approche séquentielle de l'étude des politiques publiques, que la proposition « APS comme outil de santé publique » subit un processus de couplage (Kingdon, 1984 ; Zittoun, 2013, 2017) au problème des MCV qui émerge et est construit à partir des années 1960. La sphère scientifique va multiplier les études tout au long des années 1950-1980, ce qui va contribuer à rendre « crédible » la pratique d'une APS comme solution au problème des MCV. Dans cette perspective, la FFC disposant d'une légitimité importante va s'installer comme un acteur central « entrepreneur de cause » (Neveu, 2015) et va jouer un rôle fondamental dans le déconfinement du dossier (Henry, 2009) depuis la sphère scientifique vers l'arène politico-médiatique. Ainsi, les premières mises en politique de la question de l'APS comme outil de santé publique sont instituées en France dans les années 1980 sous la forme de grandes campagnes d'éducation à la santé, pour répondre principalement au problème de santé publique que représentent les MCV. Nous avons vu qu'à partir des années 1990, la proposition va rencontrer l'émergence de nouveaux problèmes sociaux qui vont trouver une résonance importante dans les médias : ceux de l'obésité, du diabète, de la sédentarité et de la dépendance, renforçant le recours à l'APS comme outil de prévention mais aussi de prise en charge des personnes atteintes de pathologies. Ce processus de couplages multiples va induire une reconfiguration des entrepreneurs de cause impliqués qui vont se multiplier et amener à une fragmentation des actions dans le secteur désormais qualifié du sport-santé. La proposition va finalement s'imposer dans différents textes relatifs au cadrage des politiques de santé publique au début des années 2000, dont l'ultime étape sera celle d'un plan qui lui est spécifiquement dédié ainsi que son inscription dans un texte de loi au milieu des années 2010. Nous avons alors démontré que cette configuration contemporaine revêt les caractéristiques d'un référentiel sectoriel en tension (Jobert et Muller, 1987) des politiques sanitaires visant la mise en mouvement des personnes et se caractérise par une volonté de l'Etat d'inciter à une collaboration intersectorielle entre les divers acteurs se positionnant dans ce champ (des mondes de la santé et du sport notamment), dans l'objectif de diminuer les inégalités de santé

par le développement de l'APS comme thérapeutique non médicamenteuse dans le cadre d'une démarche méthodologique de prescription. Notre analyse met en évidence que certains dispositifs, et notamment les RSSBE, se trouvent au cœur de ce référentiel sectoriel dans la mesure où ils l'ont à la fois inspiré et en sont renforcés par sa mise en place puisqu'ils s'inscrivent au carrefour d'une injonction à la collaboration intersectorielle et d'une démarche de prescription de l'APS depuis le médecin vers des effecteurs.

Nous nous proposons, dans une deuxième partie, d'étudier en détail les RSSBE en focalisant l'attention sur l'étude des processus de coordination au sein de ceux-ci ainsi que leurs conséquences sur le travail des acteurs. L'étude de ces dispositifs permet en effet de percevoir comment les enjeux des configurations contemporaines des politiques sanitaires du sport-santé sont mis en œuvre à l'échelle locale.

DEUXIEME PARTIE : L'ETUDE DES RSSBE

INTRODUCTION DE LA DEUXIEME PARTIE

Introduction de la deuxième partie

Nous avons mis en évidence, dans la première partie de cette thèse que, depuis les années 1960, la thématique du sport-santé entendue dans son sens large, tout au long de sa trajectoire ayant conduit à sa mise à l'agenda politique, s'est vu mobiliser par une diversité d'acteurs issus de mondes hétérogènes impliquant une multiplication et une fragmentation des actions et dispositifs dans ce secteur. Nous avons alors fait ressortir que la période la plus contemporaine revêtait les caractéristiques d'un « référentiel sectoriel » (Jobert et Muller, 1987) des politiques sanitaires visant la mise en mouvement des personnes en se caractérisant par une volonté de l'Etat d'inciter à une collaboration intersectorielle entre les divers acteurs se positionnant dans ce champ (notamment des mondes de la santé et du sport), dans l'objectif de diminuer les inégalités de santé par le développement de l'APS comme thérapeutique non médicamenteuse, dans le cadre d'une démarche de prescription.

Notre analyse a alors mis en exergue que certains dispositifs, les RSSBE notamment, se trouvent au cœur de ce référentiel dans la mesure où ils en ont inspiré la conceptualisation et en ont été renforcés par sa mise en place. Ainsi face aux constats d'éclatement, de fragmentations, de redondances et de manque de transversalité des dispositifs sport-santé aux échelles territoriales et locales, les RSSBE vont s'inscrire comme des formes d'organisation phares des politiques publiques contemporaines.

Dès lors, notre objectif dans cette partie est de focaliser le regard sur les modes de fonctionnement des RSSBE en nous concentrant sur l'analyse de l'organisation du fonctionnement des pratiques dans ceux-ci. Dans une période contemporaine dont le référentiel sectoriel incite au travail collaboratif interprofessionnel, nous nous proposons d'étudier la manière dont les RSSBE vont répondre à cette incitation.

Nous soutiendrons alors l'idée selon laquelle les professionnels au cœur de ces structures vont proposer, progressivement, des formes de coordination intégrées entre acteurs issus d'univers variés, en s'appuyant sur des instruments de gouvernement des conduites spécifiques afin de favoriser une liaison interprofessionnelle dans le but de répondre aux difficultés d'éclatement, de redondance et de fragmentation des actions concernant la prévention de la santé par l'APS. La concrétisation de ses coordinations intégrées est le fruit de processus d'intéressement et d'enrôlement de la part d'entrepreneurs-frontières capables de fédérer des acteurs issus d'univers variés et d'imposer des points de passage obligés.

Néanmoins, nous montrons que cette nécessité de coordination débouche sur des dissonances avec les objectifs affichés, notamment en ce qui concerne les modèles normatifs d'éducation à la santé par les APS en jeu. Une forme de gouvernement des corps éloigné des ambitions de départ semble se jouer pour répondre à la volonté de réunir ces mondes pluriels. Les acteurs tentent alors de s'ajuster à ces divergences par des formes diverses de résistances aux instruments déployés.

Méthodologie

Afin de soutenir ce projet de démonstration, nous nous sommes appuyés sur une méthodologie croisant des matériaux empiriques issus de divers documents écrits ainsi que d'entretiens afin d'étudier trois RSSBE.

1. Les RSSBE étudiés

Nos investigations portent en effet sur trois RSSBE : ceux de Champagne-Ardenne, de Franche-Comté ainsi que le dispositif *Prescirmouv' – Bouger sur ordonnance* en région Poitou-Charentes⁷⁴. Nous utilisons la dénomination des anciennes régions dans la mesure où notre enquête s'est déroulée sur la période 2015 – 2017 et que le champ de questionnement de nos entretiens ainsi que les documents analysés faisaient référence à l'activité des RSSBE avant la loi relative à la délimitation des régions, aux élections régionales et départementales et modifiant le calendrier électoral⁷⁵. Ce processus de fusion des anciennes régions était en cours au moment du recueil de nos données, si bien que le faible recul des agents administratifs ainsi que des acteurs impliqués ne permettaient pas de réaliser une analyse du fonctionnement de ces dispositifs au sein du processus de délimitation des nouveaux territoires régionaux. D'autre part, précisons également que nous avons enquêté au moment de la construction du cadre législatif lié à la prescription de l'AP aux patients atteints d'ALD,

⁷⁴Le dispositif *Prescirmouv' – Bouger sur ordonnance* assure les missions d'un RSSBE même s'il n'en porte pas le nom.

⁷⁵Loi N° 2015-29 du 16 janvier 2015 relative à la délimitation des régions, aux élections régionales et départementales et modifiant le calendrier électoral (République Française, 2015)

si bien que les acteurs n'avaient pas encore pris de mesures relatives à la parution des décrets, instructions interministérielles et arrêtés cadrant ce secteur.

Nous avons choisi d'étudier ces réseaux du fait de leurs caractéristiques : deux d'entre eux se distinguent par leur ancienneté (Champagne-Ardenne et Franche-Comté considérés comme pionniers) alors que le troisième était en cours d'élaboration (Poitou-Charentes) au moment de l'enquête. Ce choix répond donc à un souci épistémologique mais également pragmatique. En effet, d'une part, trois nous semblait un chiffre raisonnable pour mener à bien notre étude et, d'autre part, certains autres réseaux se sont révélés difficile d'accès ne permettant pas d'enquêter de manière approfondie (par exemple le dispositif effFORMip).

Ces réseaux sont des dispositifs visant à réunir l'ensemble des acteurs se positionnant sur la problématique du sport-santé au niveau régional afin d'améliorer la coordination de l'offre dans ce secteur et vont progressivement au cours de leur développement historique, majoritairement s'organiser autour de la prise en charge des personnes éloignées de l'activité physique, la plupart du temps atteintes d'ALD, depuis une consultation avec le médecin jusqu'à leur mise en activité concrète dans une structure labellisée ou identifiée « sport-santé ». Si les réseaux diffèrent dans le détail, le fonctionnement général est semblable, et nous le détaillerons de façon problématisée tout au long de cette deuxième partie.

Créé en 2007, le RSSBE de Franche-Comté est porté institutionnellement par la DRJSCS, l'ARS, le Comité Régional Olympique et Sportif (CROS), la région Franche-Comté et est financé au-delà de ces quatre instances par les villes de Pontarlier et de Vesoul.

Le RSSBE de Champagne-Ardenne, quant à lui, fut créé en 2007 et est porté institutionnellement par l'ARS, la région, le CROS de Champagne-Ardenne (et ses relais départementaux), la DRJSCS, le Collectif Inter-associatif Sur la Santé (CISS), l'Union Régionale des Professionnel de Santé des Médecins Libéraux (URPS-ML) de Champagne-Ardenne, la région, l'Assurance Maladie de la Marne ainsi que par la ville de Reims. Les financeurs de ce dispositif sont, quant à eux, la DRJSCS par l'intermédiaire de Centre National pour le Développement du Sport (CNDS), l'ARS, le conseil général de la Marne, l'Assurance Maladie de la Marne et la région Champagne-Ardenne.

Enfin, le dispositif *Prescrimouv' – Bouger sur ordonnance*⁷⁶ fut créé à l'occasion de la mise en place du PRSSBE en 2015 et est porté par l'ARS, la DRJSCS, la chaire

⁷⁶ Le dispositif *Prescrimouv' - Bouger sur ordonnance* assure les missions d'un RSSBE même s'il n'en porte pas le nom.

universitaire sport-santé de l'université de Poitiers ainsi que la Région Poitou-Charentes par son service des sports.

2. Les entretiens

Afin d'étudier la manière dont les acteurs travaillant au sein des RSSBE répondent à l'incitation des politiques publiques contemporaines visant à un travail collaboratif intersectoriel, nous nous appuyons sur un corpus constitué du verbatim de 34 entretiens d'une durée moyenne de 75 minutes que nous avons menés avec différents acteurs agissant aux niveaux régional et national, impliqués dans ces dispositifs dont la liste détaillée est disponible à l'annexe VI du présent document.

Le choix des personnes interrogées s'est tout d'abord porté, à l'échelle territoriale, sur les agents administratifs et porte-parole des différentes institutions portant les RSSBE et faisant partie de comités de pilotage (ARS, DRJSCS, CROS, URPS, CISS, services des sports régionaux, représentants des filières universitaires engagées), en ciblant à la fois les acteurs en poste au moment de l'enquête mais également certains agents ayant participé à la genèse et au développement des RSSBE, mais qui n'étaient plus aux mêmes fonctions dans le temps de l'exploration empirique. Par ailleurs, nous avons également interrogé les présidents des RSSBE ainsi que l'ensemble des coordonnateurs de ces dispositifs. De plus, nous nous sommes entretenus avec plusieurs professionnels chargés de la réalisation des bilans fonctionnels des bénéficiaires dans le processus de prise en charge de ces derniers depuis le médecin vers des créneaux sport-santé ainsi que divers professionnels chargés de la réalisation des séances.

Au-delà des trois RSSBE étudiés et afin de pouvoir avoir un aperçu du fonctionnement d'autres RSSBE, nous avons également interrogé deux coordonnateurs de deux autres réseaux qui étaient constitués au moment de l'enquête (les réseaux Picardie en Forme en région Picardie et le réseau SAPHYR en Lorraine) ainsi que l'un des médecins au cœur de la genèse du dispositif effORMip en région Midi-Pyrénées.

Enfin, nous avons également fait le choix d'interroger un panel de cinq acteurs impliqués au niveau national dans les politiques publiques contemporaines du sport-santé afin de recueillir leurs perceptions des enjeux liés aux RSSBE. Le choix des personnes consultées s'est basé sur le fait qu'elles apparaissaient comme des acteurs centraux du dossier, que ce

soit dans leur expertise ou leurs fonctions, dans la mesure où leurs noms revenaient souvent dans l'ensemble des documents consultés. Nous avons également veillé à ce que les personnes interrogées dans cet échantillon soient représentatives des différents groupes professionnels impliqués dans les politiques publiques du sport-santé.

Concernant la mise en place des entretiens, ceux-ci ont été réalisés de manière semi-dirigée dans la mesure où ils ont été conduits sur la base de canevas d'entretiens que nous avons construits préalablement, permettant de cadrer le champ d'interrogation autour de certains thèmes. Ces cadres d'entretiens ont quelque peu différé en fonction des caractéristiques professionnelles des interviewés et les questions posées sont liées directement aux interrogations dégagées à l'issue de notre revue de littérature et de notre cadrage théorique.

Ainsi, les différents agents administratifs et porte-parole des institutions pilotant les RSSBE ont été interrogés autour de six champs de questionnements qui comportaient un certain nombre de relances. Le premier concernait le parcours professionnel des acteurs ainsi que les conditions de leur intégration au réseau ; le deuxième portait sur la manière dont le RSSBE était pensé dans le cadre du PRSSBE ; le troisième consistait à solliciter une description actuelle du dispositif (objectifs, philosophie générale, conception de la mise en mouvement des personnes dans un but de santé, actions, financements, moyens mis en place pour atteindre les objectifs) ; le quatrième impliquait de revenir sur la genèse du réseau ainsi que sur les grandes étapes de son évolution historique ; le cinquième se rapportait à l'explication du déroulement concret du processus de coordination entre acteurs et sur les différents outils et instruments mis en place pour cela ; enfin le dernier champ de questionnements visait à aborder les potentielles difficultés, les désaccords ou points de tension entre les différents acteurs du dispositif. Un canevas d'entretien similaire a été utilisé dans le cadre des entretiens complémentaires réalisés avec les acteurs des réseaux eFORMip, SAPHYR et Picardie en Forme.

Concernant les coordonnateurs, personnels chargés de la réalisation des bilans fonctionnels et intervenants sport-santé, notre canevas d'entretien a été construit autour de sept catégories de questionnements quelque peu différentes des précédentes. Les deux premières étaient semblables au premier et troisième champ du cadre ci-avant décrit ; la troisième invitait à une description précise de chaque étape de la chaîne d'intervention de la prise en charge du bénéficiaire depuis le médecin traitant vers l'intervenant sport-santé ; la

cinquième sollicitait les acteurs sur une exposition détaillée de leurs activités concrètes au sein du dispositif ainsi que sur les outils et instruments techniques adoptés et leur utilisation ; la sixième était orientée autour de la manière dont ils se coordonnaient concrètement et collaboraient avec les autres professionnels du dispositif ainsi qu'aux instruments techniques mobilisés dans ce but, enfin ; la dernière invitait à décrire d'éventuelles difficultés de fonctionnement.

En ce qui concerne le canevas d'entretien relatif à l'échantillon d'acteurs impliqués dans les politiques publiques du sport-santé au niveau national, celui-ci a été construit autour de cinq champs de questionnements. Le premier était relatif au parcours professionnel des acteurs ainsi qu'à la description de leurs fonctions actuelles ; le deuxième visait à interroger les experts sollicités sur une description des grandes étapes de la mise à l'agenda politique du sport-santé ; le troisième invitait à une description des RSSBE, de leur genèse, ainsi que de leur place dans les politiques générales du secteur (ce champ encourageait également à décrire l'implication dans les RSSBE, des institutions dont les enquêtés étaient représentants) ; le quatrième impliquait de renseigner des liens entre PSSBE et RSSBE ; enfin le dernier champ interrogeait les acteurs sur les potentielles tensions entre les différents groupes professionnels impliqués dans le secteur du sport-santé.

Après plusieurs lectures du verbatim des entretiens afin de réaliser une « préanalyse » (Bardin, 1997 : 125) selon une logique de « lecture flottante » (Bardin, 1997 : 126) dans le but de nous imprégner de leurs contenus, nous avons soumis ces derniers à une analyse « verticale » et « horizontale » (Ghiglione et Matalon, 1978). La première consiste à analyser chaque entretien afin de reconstruire l'architecture personnelle, à la fois affective et cognitive du sujet (Blanchet et Gotman, 2006) dans le but de repérer des « modes d'organisation individuelle [...] révélateurs d'un mode de réalisation d'une tâche professionnelle » (Blanchet et Gotman, 2006 : 96). Nous intéressés à la manière dont les différents acteurs impliqués dans les RSSBE travaillent à coordonner leurs actions avec d'autres professionnels issus de mondes hétérogènes ainsi qu'aux moyens par lesquels ils s'adaptent aux contraintes à l'œuvre, cette première analyse était fondamentale. Nous avons ainsi analysé ce corpus en dégagant des thèmes généraux pensés à la croisée de notre outillage théorique et du contenu des verbatims. Le deuxième examen correspond à « une analyse thématique horizontale » qui cherche une cohérence thématique interentretien » (Blanchet et Gotman, 2006 : 98). Il s'agit ici de découper transversalement la retranscription écrite de l'entretien afin d'identifier des

régularités qui permettent de conduire à des typifications et produire ainsi des « modèles explicatifs de pratiques ou de représentations » (Blanchet et Gotman, 2006 : 98). Sur la base de cette double opération, nous avons produit une grille d'analyse dans un processus de « catégorisation » (Bardin 1997) du discours des acteurs et permettant de faire ressortir les éléments importants relativement à nos questionnements et à notre problématique. Cette grille s'est affinée au fur et à mesure de l'évolution de la recherche et a permis de focaliser principalement l'attention sur les thèmes principaux suivants eux-mêmes sous-divisés en thèmes secondaires : conditions de genèse des RSSBE et les acteurs pionniers qui en sont à l'origine ; philosophie et objectifs des dispositifs ; processus de mobilisation mis en place afin de réunir divers mondes hétérogènes, formes de coordination élaborées ; outils et instruments utilisés dans un objectif de coordination ; modèles normatifs d'éducation à la santé à l'œuvre ; tensions et résistances.

3. Les documents écrits

D'autre part, notre analyse s'appuie sur un ensemble de documents écrits, mis à disposition du public mais aussi également internes aux différents réseaux étudiés. Les documents publics numériques ont été récupérés sur les sites internet des RSSBE ou des institutions porteuses (DRJSCS, ARS, CROS...) et les sources papier ont été transmises par les différents acteurs rencontrés.

Nous avons ainsi constitué un corpus comprenant les plaquettes de description des dispositifs, ainsi que les documents de communication auprès du public (n=21). Nous avons également dépouillé divers documents de travail internes aux trois RSSBE relatifs, le plus souvent, aux outils utilisés par les acteurs (carnet de suivi des bénéficiaires, guide d'intervention des professionnels, annuaires de structures, outils techniques de suivi des personnes...n=22). Par ailleurs, nous avons réuni des rapports d'évaluations des dispositifs réalisés par diverses instances (n=6). Enfin, nous avons également eu accès aux compte-rendu de l'ensemble des réunions de travail et de copilotage de deux des trois réseaux étudiés (RSSBE de Franche-Comté et le dispositif *Prescirmouv' – Bouger sur ordonnance*) depuis leur création (n=41)

La consultation progressive de ces documents nous a permis, dans un premier temps de pouvoir comprendre en détail le fonctionnement des RSSBE et d'ainsi pouvoir nourrir les

échanges lors des entretiens réalisés avec les acteurs. Par la suite, l'analyse produite sur ces textes a consisté à catégoriser les extraits dans un processus de co-construction de la grille d'analyse précédemment citée concernant nos entretiens.

Les références des documents de ce corpus que nous citons dans le texte sont disponibles à l'annexe VII du présent document.

Sur la base de cette méthodologie, nous présentons nos résultats dans les quatre chapitres suivants.

**CHAPITRE 4 : LA COORDINATION INTERPROFESSIONNELLE
AU SEIN DES RSSBE**

Chapitre 4 : La coordination interprofessionnelle au sein des RSSBE

1. Introduction

Comme nous l'avons vu dans la première partie du présent document, la période contemporaine se caractérise par des difficultés d'éclatement, de redondance et de fragmentation des actions concernant la prévention de la santé par l'AP. Les RSSBE sont alors créés afin de répondre à cet état de fait et ce, dans un contexte faisant la part belle aux dispositifs de prescription de l'AP selon des configurations interprofessionnelles.

Notre objectif, dans ce chapitre, est de discuter des effets structurants des RSSBE. Nous essaierons de voir comment ces dispositifs permettent de répondre à l'éclatement, à la fragmentation et à la redondance des actions en matière de prévention de la santé par l'AP, d'étudier les formes de réponses qu'ils proposent et les problèmes qu'ils posent. Ce sera l'occasion pour nous de réfléchir à la fois aux modes de coordination que proposent les RSSBE allant d'une forme minimale (Dodier, 1993) à une forme plus intégrée que certains ont nommée co-ordination (Trouvé *et al.*, 2010) ainsi qu'aux dispositifs (Barbot et Dodier, 2016) particuliers incluant l'usage d'instruments spécifiques. Nous verrons que ces derniers créent une coordination professionnelle mais aussi cognitive en proposant des savoirs partagés.

De plus, nous montrerons le rôle central que peuvent prendre certains acteurs qualifiés « d'entrepreneurs - frontière » (Bergeron *et al.*, 2013) afin de réunir dans une structure réticulaire, des professionnels issus d'univers sociaux divers. Grâce à une identité professionnelle plurielle issue d'expériences de travail variées, ils se situent à la frontière de plusieurs univers qui peuvent parfois être éloignés ou en conflit. Ce multi-positionnement leur permet de nourrir de nombreux contacts afin de créer des ponts entre les espaces médicaux, médicaux-sociaux et sportifs. Ces acteurs perçoivent également les enjeux et les intérêts de chacun des univers, ce qui leur permet d'intéresser et d'argumenter sur les leviers les plus pertinents du point de vue de chacun des partenaires. De plus, ils disposent d'un répertoire varié de présentations d'eux-mêmes sur lesquels ils peuvent jouer afin de maximiser les occasions d'alliances stratégiques. En étudiant en détail les processus de coordination en jeu dans les structures réticulaires que représentent les RSSBE, nous mettons en évidence que ces acteurs travaillent à définir précisément des concepts au cœur de ces dispositifs qui vont

s'installer comme de véritables Points de Passage Obligés (PPO) pour l'ensemble des partenaires. Un langage commun est ainsi constitué qui favorise une coordination entre des univers hétérogènes.

Pour autant, malgré la mise en place de dispositifs et d'instruments permettant une coordination d'acteurs issus de mondes différents, les RSSBE peuvent être des lieux d'exacerbation de tensions qui génèrent, *in fine*, des difficultés de coordination. En effet certains acteurs peuvent revendiquer une forme de monopôle sur le dispositif impliquant des luttes de pouvoir, notamment dans les phases délicates d'institutionnalisation des ces structures.

2. Modes de coordination

2.1. D'une forme de « coordination minimaliste » ...

Pour répondre aux difficultés d'éclatement, de redondance et de fragmentation des actions concernant la prévention de la santé par l'AP, les RSSBE vont premièrement apporter une lisibilité et une visibilité accrues des différentes actions. Cela passe par deux moyens : l'organisation de réunions et un processus de recensement des structures proposant une action « sport-santé » pouvant aller jusqu'à leur labellisation.

L'historique des RSSBE montre en effet que ceux-ci s'organisent autour de formes de coordination variées. En effet, dans les premières étapes historiques de leur développement, ces structures réticulaires s'inscrivent dans des formes de coordination qualifiées de minimalistes (Dodier, 1993) pour progressivement s'orienter vers des modèles plus intégrés.

En effet, l'exemple du RSSBE de Franche-Comté est ici intéressant. Entre juin 2007, date de la première réunion officielle réunissant les membres pionniers du RSSBE, et 2009, date de l'embauche d'un coordonnateur à temps plein qui marque une transition dans l'organisation de cette structure, le RSSBE consiste en quatre réunions par année. L'un des objectifs principaux est alors de mettre en lien des mondes différents peu habitués à travailler ensemble afin que l'ensemble des instances qui travaillent sur cette problématique au niveau régional puisse se tenir informé des actions de chacune. L'idée est alors, par la connaissance du panel d'interventions proposées au niveau territorial, d'éviter la dispersion des actions.

L'extrait suivant, issu du compte rendu de la première réunion du RSSBE le 26 juin 2007 est explicite :

« Il est apparu nécessaire de regrouper l'ensemble des initiatives mises en place en faveur du sport santé pour éviter une dispersion des actions » (RSSBE Franche-Comté, compte rendu de réunion, 26 juin 2007 : 2).

Ainsi que les conclusions d'un questionnaire interne aux membres du RSSBE de Franche-Comté visant à évaluer la pertinence de cette organisation auprès de ses membres :

« Première question : La proximité, l'échange et le partage d'expériences entre les acteurs, la mutualisation des compétences. Il ressort de cette étude que le réseau sport-santé a permis aux différents acteurs de se connaître, de connaître les actions de chacun et surtout d'avoir une ligne de conduite commune et de parler le même langage » (RSSBE Franche-Comté, compte rendu de réunion, 1er décembre 2015 : 3).

Ainsi historiquement, l'objectif premier des RSSBE est bien de favoriser la mise en réseau des acteurs impliqués dans la thématique du sport-santé afin de rendre lisible auprès de tous, l'offre des membres. Le constat selon lequel existerait une méconnaissance des initiatives de chacun est partagé par plusieurs acteurs de ces structures :

« La plus-value, c'est qu'on travaille en réseau et qu'on a comme vocation, quelque chose de très important, c'est de mener à ce que deux mondes importants, qui sont le monde de la santé et le monde du sport, se rencontrent. Et ce sont deux mondes qui ne se connaissent absolument pas. Et la véritable plus-value, c'est ça. C'est à dire que notre travail, c'est que ces deux mondes se rencontrent. Ces deux mondes qui sont complémentaires mais qui s'ignorent complètement, en pratique sur le terrain » (Entretien du 6/07/2017 avec le président du RSSBE de Champagne-Ardenne.).

Le président du RSSBE de Champagne-Ardenne est explicite, les mondes de la santé et du sport semblent peu se connaître, voire « s'ignorent ». C'est également un constat partagé par les acteurs chargés des dossiers du sport-santé en Franche-Comté. En effet, la chargée de

mission par la DRJSCS du développement du RSSBE en Franche-Comté, évoquant le moment de sa nomination à ce poste en 2009, explique que :

« Effectivement, je connaissais le PNNS, j'allais au co-pilotage du PNNS, mais bon, il y avait plein d'autres choses portées par l'ARS, les chartres villes-actives, tout ça, ça, je ne savais pas trop » (Entretien du 27/09/2016 avec la coordonnatrice de RSSBE de Franche-Comté.).

Comme cet extrait d'entretien l'expose, les personnels de la DRJSCS en charge du sport semblaient avoir une connaissance très imprécise des actions sport-santé menées par le monde médical. De manière complémentaire, la chargée de mission concernant le dossier du sport-santé à l'ARS de Franche-Comté souligne également ce manque de connaissance et de lisibilité :

« Et l'idée, c'est de se dire, de repartir d'un état des lieux que nous, on connaît en région, des actions qui ont pu être financées autour du sport-santé, par le biais des crédits du fonds d'intervention régional d'une part et par le crédit du centre national de développement du sport. Et de se dire, vous, la DDSCS, vous financez ça et l'ARS, vous financez ça, est-ce que vous avez des projets en commun ? Est-ce que vous connaissez sur tel territoire, il y a cet acteur qui a mis ça en place, voilà c'est l'idée de partager des informations » (Entretien du 20/10/2016 avec une chargée de mission au sein du département prévention et promotion de la santé de l'ARS Bourgogne – Franche-Comté).

Afin de pallier ce manque de connaissance, les RSSBE de Franche-Comté et de Champagne-Ardenne vont organiser, dans un premier temps, des réunions où chacun des membres expose aux autres, les actions réalisées dans le domaine du sport-santé. En ce sens, à l'ordre du jour d'un nombre important de réunions du RSSBE, est inscrite une présentation des actions mises en place par chacun des membres :

*« Tour de table : présentation des actions sport-santé et des actualités de chacun
Il est demandé à chaque membre présent, de présenter les actions et les actualités relatives au « sport-santé » relevant de son organisme (RSSBE Franche-Comté, compte rendu de la réunion du 28 novembre 2011 : 2).*

Rappel de l'ordre du jour de la réunion : Présentation par chacun des membres du réseau de ses actions, de son actualité « sport-santé » et des perspectives 2012-2013 » (RSSBE Franche-Comté, compte rendu de réunion du 28 juin 2012 : 2).

L'organisation de rencontres et d'échanges entre les divers professionnels qui se connaissent peu afin de faciliter la construction de liens entre acteurs des mondes de la santé, du sport et du monde médico-social est également repérée par Honta et Illivi (2019) étudiant le déploiement global du PSSBE en région Nouvelle-Aquitaine. Les auteurs précisent en effet que « parce que s'entourer de compétences professionnelles complémentaires est considéré comme un gage de réussite et de crédibilité, des structures de concertation ont été mises en place dans cette région selon des dynamiques opérant aux diverses échelles de gouvernement. Régulièrement animés par les agents publics territoriaux des deux ministères au titre du plan, groupes de travail thématique, comité de pilotage, comité technique, association à vocation régionale, cellule de concertation, etc. constituent les dispositifs de représentation [Barrier, Vézian, 2016] qui fournissent un espace de rencontres et d'échanges facilitant la construction de liens d'interconnaissances entre agents publics, acteurs sanitaires et sportifs » (Honta et Illivi, 2019 : IX).

D'autre part, pour répondre aux difficultés d'éclatement, de redondance et de fragmentation des actions concernant la prévention de la santé par l'AP, les RSSBE vont travailler à apporter une lisibilité et une visibilité accrues des différentes actions. Cela passe par un processus de recensement des structures proposant une action « sport-santé » pouvant aller jusqu'à leur labellisation. En effet, les PSSBE de Franche-Comté et de Champagne-Ardenne proposent une recension des actions et des acteurs impliqués dans le sport-santé sur le territoire régional afin d'optimiser la lisibilité des actions menées et favoriser la coordination. Des outils appelés « répertoire », « annuaire », « recensement » ou « cartographie » sont proposés comme action prioritaire portée par les RSSBE. Ainsi, à la suite de la première réunion du RSSBE de Franche-Comté en 2007, est émise l'idée de travailler à un :

« Recensement des actions mises en place en faveur du sport-santé en priorité sur la région Franche-Comté et au niveau national » (RSSBE Franche-Comté, compte rendu de réunion, 26 juin 2007 : 3).

Cette idée va revenir systématiquement dans l'historique de ce réseau, comme en témoignent les extraits de comptes rendus des réunions du RSSBE.

« Conclusions : les médecins encouragent leurs patients à se rendre dans des structures sportives mais ils manquent d'informations sur celles-ci, d'où l'intérêt de la création de l'annuaire de structures labellisées » (RSSBE Franche-Comté, compte rendu de réunion, 23 juin 2009 : 3).

« Il serait pertinent en termes d'offres de pratiques d'activité physique de répertorier les activités encadrées en structure, mais aussi les sites permettant une activité autonome et les événements « sports-santé » ou les rassemblements, le tout en lien avec des territoires (cartes) afin de faciliter les recherches des utilisateurs » (RSSBE Franche-Comté, compte rendu de réunion, 21 janvier 2010 : 2).

« Création d'un annuaire des éducateurs sportifs déjà formés et des structures :

Un questionnaire a été envoyé par E et F⁷⁷ aux 33 professeurs APA et éducateurs sportifs formés par le RSSFC, le RéPOP et le réseau gentiane, afin de recenser les professionnels pouvant proposer une offre « sport-santé » dans leur structure. Ceci va permettre de créer un annuaire qui pourra par la suite être mis à disposition des professionnels de santé pour les aider à orienter leurs patients.

- A l'issue d'une réunion au CHU de Besançon avec le service de diabétologie du Pr P⁷⁸, il a été évoqué le besoin d'un annuaire de ce type que l'on pourrait mettre à disposition de l'ensemble des soignants pour l'orientation de leur patient.

Recensement des actions sport-santé en Franche-Comté :

Il nous semble intéressant de réaliser un recensement de toutes les actions "sport-santé" déjà mis en place en Franche Comté. Qui contacter, les ligues? Les

⁷⁷ Le nom des deux acteurs cités ont été anonymisés.

⁷⁸ Le nom a été anonymisé.

DDCSPP? Les associations? Les organismes privés? On peut regarder du côté de l'ARS, des villes actives du PNNS, la fédération des réseaux de santé...

Le RSSFC pourrait, par le biais de son site Internet, centraliser toutes ces infos, voire s'impliquer dans les actions les plus pertinentes. Avez-vous des idées à ce sujet? » (RSSBE Franche-Comté, compte rendu de réunion, 26 mai 2011 : 2-3).

Ce type d'actions s'inscrit clairement dans la perspective de pallier le manque de lisibilité des nombreuses actions éparses menées à l'échelle régionale. C'est ce que souligne la chargée de mission de la DRJSCS pour le développement du RSSBE en Franche-Comté lorsqu'elle évoque cette action de construction de recensement :

« Le recensement, c'était important pour moi aussi de savoir un peu ce que faisait l'ARS. Effectivement, je connaissais le PNNS, j'allais au co-pilotage du PNNS, mais bon il y avait plein de choses, les chartes ville-actives, tout ça, ça, je ne savais pas trop. Et eux, ARS, sont allés un peu plus en détail sur ce que nous, on faisait et puis du coup, tous les autres partenaires. Donc, ça a été, à mon avis, de bien tout mettre sur la table et de recenser, de prendre à gauche et à droite ce qui était bien et de les valoriser dans le plan » (Entretien du 27/09/2016 avec la coordonnatrice de RSSBE de Franche-Comté).

Les personnels de la DRJCS en charge du sport semblent avoir une connaissance très imprécise des actions sport-santé menées par le monde médical. La réciproque est également vraie comme l'a souligné la chargée de mission par l'ARS du PSSBE dans la région Bourgogne Franche-Comté. L'action de recensement dans le cadre d'un RSSBE permet ainsi à ces professionnels de rendre claire l'offre existante auprès des professionnels afin qu'ils puissent se positionner les uns par rapport aux autres. Concrètement, des annuaires sont construits qui permettent d'identifier au sein de la région, les structures proposant une offre sport-santé, que ce soit en prévention primaire ou tertiaire et sur les différents départements de la région. Par exemple, le RSSBE de Champagne-Ardenne édite un « annuaire sport-santé » pour l'année 2016-2017 qui recense les Éducateurs Médico-sportifs (EMS)⁷⁹ pouvant

⁷⁹ Comme nous l'avons déjà souligné dans la revue de la littérature de ce travail, les travaux de Chantelat et Perrin (2009) ont montré que la création du métier d'EMS s'est inscrite dans le contexte des nouvelles pratiques d'éducation du patient visant le développement de l'autonomie de celui-ci dans les réseaux diabète à la fin des années 1990 dans la perspective « d'engager les patients dans une pratique physique régulière, adaptée et durable » (Chantelat et Perrin, 2009 : 261). Perrin et Fodimbi (2010) ont montré en quoi cette dénomination,

réaliser des Bilans Médicaux-Sportifs (BMS)⁸⁰ ainsi que les structures sport-santé pouvant accueillir des bénéficiaires (RSSBE Champagne-Ardenne, Annuaire sport-santé édition Champagne-Ardenne).

Si les actions de recensement permettent de clarifier l'offre existante, celles-ci sont également susceptibles de diagnostiquer les lacunes, les besoins et les attentes en matière de sport-santé. Ainsi la première action du premier objectif de l'axe 1 du PSSBE en Poitou-Charentes consiste à :

« Réaliser un diagnostic afin de recenser l'offre existante et d'identifier les attentes et besoins » (PRSSBE Poitou-Charentes 2014-2016, 2014 : 14).

C'est ce que souligne la chargée de mission du réseaux sport-santé en Franche-Comté pour qui

le plan, en tout cas tel qu'il était en Franche-Comté, a surtout déjà permis de mettre en place pas mal d'actions, valoriser pas mal d'actions qu'on faisait déjà, d'en créer de nouvelles, ce qui nous a permis d'avancer dans certaines choses.
(Entretien du 27/09/2016 avec la coordonnatrice de RSSBE de Franche-Comté).

Ce recensement est le plus souvent mis en visibilité par l'utilisation d'instruments telle qu'une cartographie en ligne. L'idée est de donner à voir, en ligne, les ressources en les situant géographiquement. Cette cartographie permet une visibilité accrue des différentes actions liées à l'AP dans un but de santé pour faciliter l'orientation du public vers la structure qui lui convient, mais également d'améliorer la mise en réseau en permettant à chacun des professionnels de se positionner dans le champ des propositions sur le territoire.

Ce premier instrument s'appuie, de plus, sur un processus de labellisation des structures sport-santé. L'attribution de ce label « sport-santé » porte sur des critères différents en fonction des régions et est porté, par le comité de pilotage des RSSBE. Parmi les

relevant d'un ensemble de professions aux qualifications hétérogènes, a pu poser problème dans le cadre de la reconnaissance de l'identité des enseignants en APA. Si le terme d'EMS est progressivement remplacé par des dénominations plus précises identifiant des niveaux de formation différents, l'expression est tout de même employée dans le cadre du RSSBE de Champagne-Ardenne et renvoie à des profils professionnels divers, comme nous le verrons par la suite.

⁸⁰ Nous expliquons au point 2.2 du présent chapitre le fonctionnement détaillé de cette action.

conditions d'obtention de ce label, en ce qui concerne le RSSBE de Champagne-Ardenne, les clubs doivent pouvoir justifier dans leurs plannings de créneaux sport-santé (sans compétition), pour 12 à 15 personnes, d'éducateurs formés au sport-santé, d'un défibrillateur obligatoire et d'une formation PCS1 renouvelée pour les animateurs. Pour ce qui est du RSSBE de Franche-Comté, les conditions sont quant à elles :

« - un intervenant titulaire d'une carte professionnelle au titre d'une qualification lui permettant d'exercer contre rémunération avec des prérogatives définies et ayant suivi une formation de sensibilisation « maladies chroniques » ;

- une structure ayant un projet d'ouverture sur un public éloigné de la pratique ;

- des conditions d'accueil compatibles avec un suivi individualisé » (RSSBE Franche-Comté, compte rendu de réunion, 15 octobre 2009 : 2).

Comme le souligne Bergeron *et al.*, (2014) étudiant les politiques publiques dans les domaines de l'obésité et de la consommation durable, l'une des fonctions principales de la labellisation est de rendre claire et lisible l'offre afin, entre autres ici, de faciliter la coordination territoriale. L'ancien médecin conseiller de la DRJSCS de Champagne-Ardenne, acteur fondateur du RSSBE de Champagne-Ardenne souligne ainsi à ce titre :

« On a une cartographie avec je ne sais pas combien d'offres. Maintenant, il y a une coordination territoriale, c'est-à-dire qu'en Champagne-Ardenne, il y a l'enseignant APA qui fera le bilan, il y a toutes les offres qui sont soit en cours de labélisation, soit qui sont labélisées » (Entretien du 3/10/2016 avec le médecin conseiller de la DRJSCS au moment de la création du RSSBE).

En Champagne-Ardenne, sont ainsi labélisées et mises en visibilité sur le site du RSSBE de Champagne-Ardenne, les structures d'accueil. On retrouve par exemple, les clubs d'athlétisme de la région proposant des créneaux sport-santé et notamment la randonnée nordique, les clubs de natation proposant une offre « nager forme santé », les créneaux ouverts par la Fédération Française Sports pour Tous, par la FFEPGV, ceux proposés par l'association Siel bleu, l'Association Sportive des Postes Télégrammes et Téléphones (ASPTT)... Concernant la Champagne-Ardenne, l'organisation de cette labellisation au sein du RSSBE est, en accord avec l'ARS, le CROS et le CISS, portée par la DRJSCS.

Ces modes de coordination permettent de réduire l'éclatement et la fragmentation des actions en palliant leur manque de lisibilité et en accentuant donc leur visibilité pour les acteurs impliqués dans les actions de prévention de la santé par l'AP et en direction du public cible (notamment par la labellisation et des cartographies). Ils représentent néanmoins des formes minimales de coordination au sens de Dodier, (1993), que l'on pourrait rapprocher de la « liaison » identifiée pour les réseaux de santé par Leutz (1999) qui correspondent essentiellement à la transmission et à la mise en forme d'informations⁸¹. Etudiant les techniques du réticulé dans les réseaux de gérontologie, Trouvé *et al.*, (2010 : 40) montrent que les formes réticulaires en « liaison » consistent à « développer des protocoles de transferts systématiques d'information, de distribuer les compétences entre les acteurs potentiels et d'établir des protocoles de collaboration ». Ces structures se composent de nombreux acteurs issus d'univers hétérogènes, et leur coordination « repose sur une connaissance aussi complète que possible des acteurs, des services et des structures œuvrant dans le périmètre couvert par la coordination, et ce, grâce à des rencontres régulières. Au cours de ces rencontres les organisations ainsi que les équipes de cliniciens expliquent, mutuellement, leurs actions et les limites de celles-ci. Cette dynamique vise à permettre à chacun à défaut de partager, au moins de comprendre la logique des uns et des autres, dépendant de leur formation, de la structure à laquelle ils appartiennent et de la tutelle et du mode de financement de cette dernière » (Trouvé *et al.*, 2010 : 40). En réunissant des acteurs issus des mondes de la santé, du sport, de l'APA, ... autour de réunions visant le partage d'informations et la connaissance ainsi que la reconnaissance des actions de chacun, les RSSBE de Franche-Comté et de Champagne-Ardenne, dans leurs premières années de fonctionnement, travaillent au développement d'une proximité organisationnelle puisqu'ils permettent une intensification des échanges, des expériences et des apprentissages interindividuels et collectifs. En ce sens, leur fonctionnement s'ancre dans une forme de coordination dite de « liaison ». Il est à noter qu'Ilivi (2018), cherchant à comprendre l'institutionnalisation du PSSBE en région Nouvelle-Aquitaine par l'approche des IAP, montre des processus similaires en notant que le travail partenarial novateur entre acteurs qui s'ignoraient avant les nouvelles configurations

⁸¹ Pour rappel, l'approche de Leutz (1999) consiste à s'intéresser aux techniques et technologies déployées pour analyser des formes de mises en lien qui apparaissent comme des modalités diverses de ce que l'auteur nomme des niveaux « d'intégration » des secteurs médicaux et sociaux dans le champ de la coordination des réseaux de soin. Ces niveaux d'intégration sont divers et peuvent aller d'une coordination sans formalisation basée sur un simple échange d'information à la création d'organisations de soins gérés qui possèdent ou souscrivent un large soutien médical et social de prestations de service. Dans ces travaux, l'intégration est définie comme la recherche visant à relier le système de santé à d'autres systèmes de services humains afin d'améliorer les résultats (Leutz, 1999 : 77)

impulsées par le PSSBE, s'appuie un ensemble d'instruments comme les labels, les répertoires ou autres guides. Cependant, dans ce type de structure réticulaire, les parties impliquées continuent de fonctionner dans leurs juridictions respectives, leurs propres critères d'éligibilité, leurs contraintes de financement, leurs responsabilités ainsi que leurs règles de fonctionnement (Kodner et Kyriacou, 2000). Les RSSBE vont alors progressivement développer la coordination en jeu pour s'inscrire dans un modèle dit de « co-ordination » (Leutz, 1999).

2.2. ... À des modèles plus intégrés

Face aux difficultés d'éclatement des actions et de leurs redondances repérées plus haut, les RSSBE vont progressivement chercher à favoriser une forme de coordination interprofessionnelle plus poussée visant à favoriser la continuité des actions en optimisant ou en créant la mise en réseau des professionnels et en configurant des instruments spécifiques pour répondre à cet objectif. Cette forme de coordination plus intégrée va s'installer progressivement au cours du développement des RSSBE de Franche-Comté et de Champagne-Ardenne alors qu'elle est adoptée dès la création du dispositif *Prescrimouv' – Bouger sur ordonnance*. Ainsi, si entre juin 2007 et janvier 2012 le RSSBE de Franche-Comté consiste principalement en un partage d'informations et en l'organisation de journées de sensibilisation aux bienfaits de la pratique d'une AP quotidienne, l'embauche d'un chargé de mission sport-santé le 13 décembre 2010 par le CROS de Franche-Comté, va quelque peu modifier le mode de coordination en place. En effet, ce réseau va alors se regrouper autour d'une chartre d'engagement et coordonner ses partenaires autour d'une action centrale : un dispositif de remise à l'activité physique des personnes. Ce mode de coordination, pensé sous forme de parcours de remise à l'AP, s'il diffère quelque peu dans les détails dans les régions étudiées, va s'installer comme la formule privilégiée des RSSBE en termes de coordination interprofessionnelle.

Le parcours de remise à l'AP consiste à prendre en charge des individus éloignés de l'AP depuis une consultation avec le médecin jusqu'à leur mise en activité effective dans une structure précise. C'est réellement par ce dispositif que les RSSBE s'identifient publiquement, si bien que le discours des acteurs assimile de manière quasi-automatique le réseau avec le dispositif d'accompagnement de la personne dans sa mise à l'activité physique. La

philosophie générale de ce type de fonctionnement s'appuie sur le concept de réseau de santé dans lequel, autour de l'accompagnement de la personne, divers professionnels issus du monde médical, médico-social, associatif et/ou sportif interviennent à différentes étapes. L'objectif est d'organiser une coordination efficace par un processus de délimitation des interventions de chacun autour du parcours thérapeutique du bénéficiaire dans sa remise à l'AP. Les architectures des différents réseaux diffèrent quelque peu dans le détail mais de manière globale, ils sont construits sur le même modèle que le dispositif nommé Parcours d'Accompagnement Sportif pour la Santé (PASS) du RSSBE de Franche-Comté. Celui-ci s'organise en trois phases qui correspondent à trois moments de la prise en charge de la personne. Le corps médical, par l'intermédiaire du médecin, identifie tout d'abord des patients en perte d'autonomie ou atteints d'affections de longue durée qui pourraient avoir besoin d'intégrer le dispositif sur la base d'une consultation médicale. Entrant dans le dispositif, le bénéficiaire réalise un entretien avec l'un des coordinateurs du réseau (pour les RSSBE de Franche-Comté et le dispositif *Prescimouv' – Bouger sur ordonnance*) ou un Educateur Médico-Sportif (EMS pour le RSSBE de Champagne-Ardenne) visant à évaluer les barrières et motivation à la pratique d'une AP ainsi qu'une batterie de tests physiques (dont nous ferons une analyse précise aux chapitres six et sept de cette partie) et de questionnaires. À la suite de ce bilan, la personne intègre une structure afin de suivre des créneaux dits *sport-santé* dans une fédération sportive ou des créneaux d'Activités Physiques Adaptées encadrés par des professionnels formés. Le bénéficiaire réalise ensuite un bilan intermédiaire avec le coordonnateur à mi-parcours puis un bilan final ainsi qu'un échange sur la poursuite de l'AP après le programme. La continuité des actions est mise en œuvre sur le modèle d'une chaîne d'intervention à guichet unique où les professionnels interviennent au fur et à mesure du parcours de la personne au sein du dispositif. Ici, la coordination repose en grande partie sur le ou les coordonnateurs du réseau. C'est effectivement cet acteur qui permet de faire le lien entre le médecin prescrivait l'AP, la structure accueillante et le bénéficiaire. Le schéma suivant issu d'un des documents de présentation du RSSBE de Champagne-Ardenne permet d'illustrer le parcours d'accompagnement :

Parcours Sport-Santé

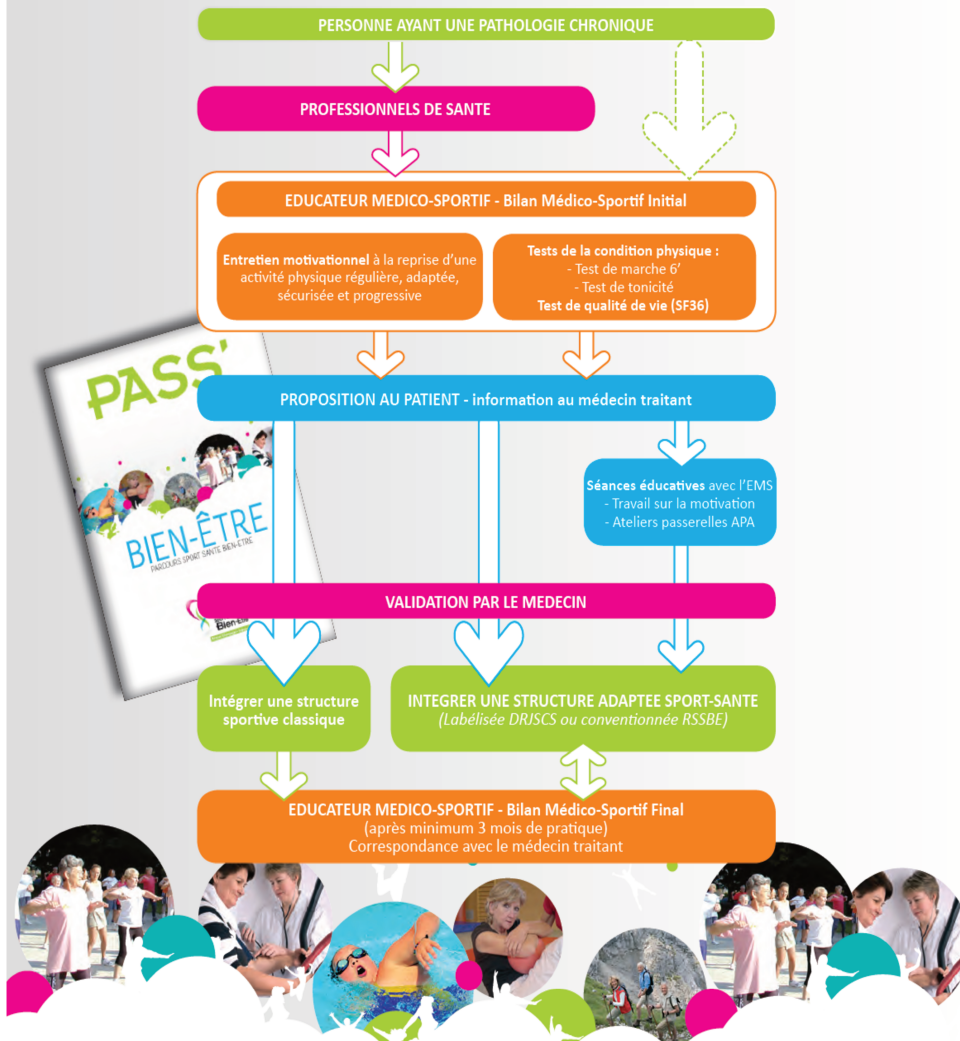


Figure 7 : Extrait d'un des documents de promotion du RSSBE de Champagne-Ardenne (RSSBE Champagne-Ardenne, Parcours Sport-Santé, p. 1)

Le modèle de coordination est similaire pour le dispositif *Prescrimouv'* – *Bouger sur ordonnance* :

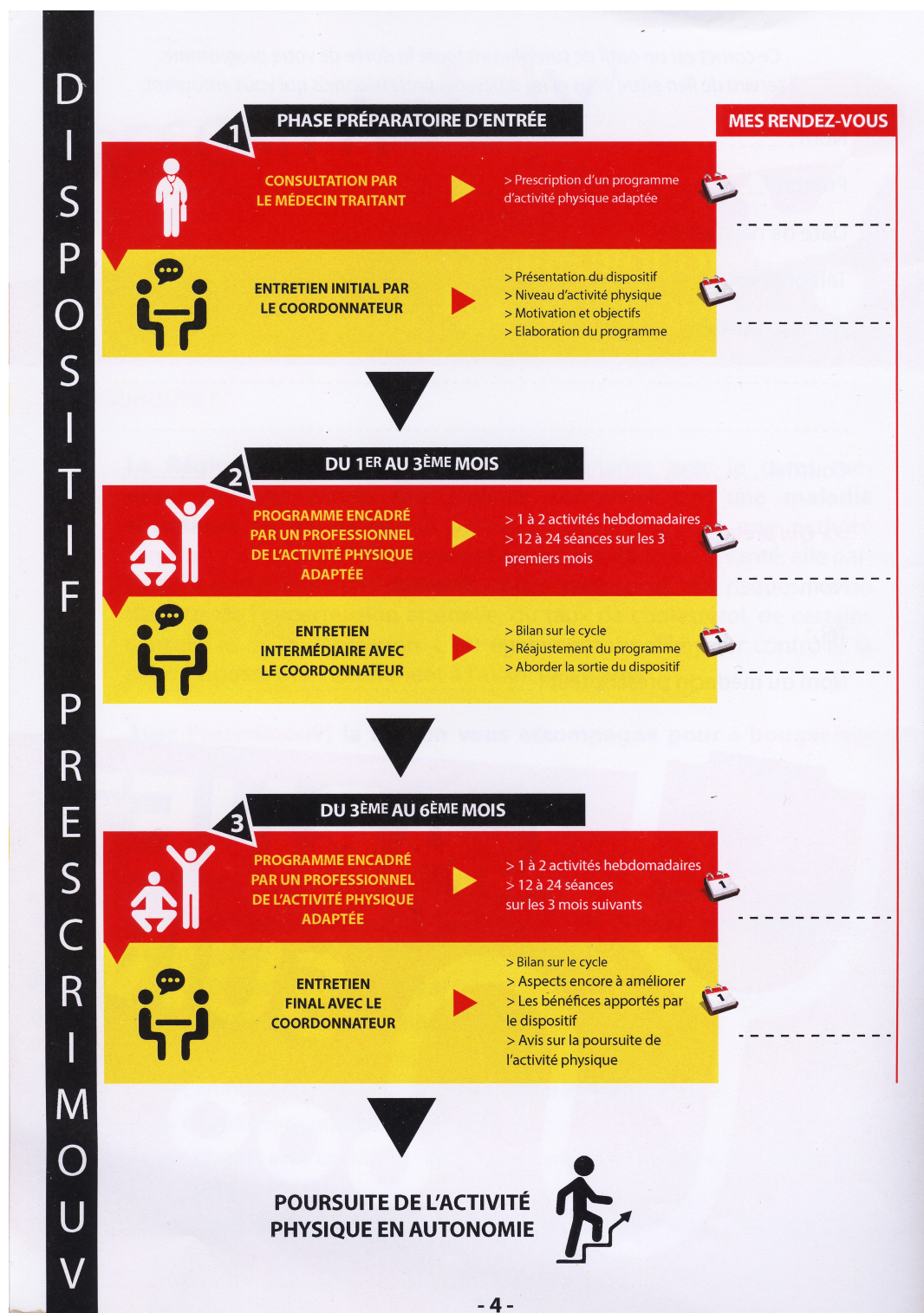


Figure 8 : Page n°4 du carnet de suivi du dispositif *Prescrimouv'* – *Bouger sur ordonnance*

L'architecture de ces dispositifs est pensée comme une réponse à l'éclatement des actions au niveau territorial, c'est ce qui en fonde le sens, comme en témoigne l'extrait d'entretien suivant avec l'un des médecins à l'origine de la création des réseaux de Franche-Comté et de Champagne-Ardenne :

« Il ne faut pas que le réseau sport-santé soit uniquement utilisé par les médecins généralistes pour des pathologies pas trop compliquées. Et puis dès que ça va être quelque chose de plus compliqué, notamment pris en charge par l'établissement, que ce soit pris en charge par un autre dispositif. Dans ce cas-là, il n'y aura pas de relais entre les deux. Et ça, c'est dommage. Parce que pour moi, c'est l'approche systématique qui est importante » (Entretien du 3/10/2016 avec le médecin conseiller de la DRJSCS au moment de la création du RSSBE).

Ces formes organisationnelles réticulaires correspondent à ce que Leutz (1999) et Trouvé *et al.* (2010), appellent une organisation par « co-ordination » dans laquelle les parties prenantes mettent en place des mécanismes systématiques de collaboration « pour trouver des solutions aux problèmes de discontinuité des interventions » (Trouvé *et al.*, 2010 : 44). Elle se réalise par une co-construction inter-sectorielle (secteur sanitaire, secteur social...) et inter-organisationnelle (cabinets médicaux, clubs...) et en se définissant comme « un ensemble de techniques et de modèles d'organisation conçus pour la transmission d'information, la coordination et la collaboration à l'intérieur et entre les prestataires de services et de soins et les secteurs administratifs ou financeurs » (Kodner, Kyriacou, 2000 cité par Trouvé *et al.*, 2010 : 44). Trouvé *et al.*, (2010), Hébert, Durand, Dubuc, Tourigny, et PRISMA Group (2003) ainsi que Couturier, Trouvé, Gagnon, Etheridge, Carrier et Somme (2009) identifient plusieurs dimensions à ces techniques du réticulé par la « co-ordination », dimensions que nous retrouvons dans les trois RSSBE étudiés. En effet, la première recouvre « un dispositif de gestion de cas incarné par un professionnel dédié à l'évaluation des besoins, à la coordination et à la planification des services sur une longue durée » (Trouvé *et al.*, 2010 :44). Comme nous l'avons précisé, les coordonnateurs des RSSBE remplissent cette fonction dans la mesure où ils sont chargés des bilans d'évaluations en début, milieu et fin de parcours. Ces bilans visent ainsi une « évaluation des besoins » des usagers à des fins de « planification des services » puisque c'est suite à ces évaluations que le bénéficiaire est orienté vers un professionnel ou une structure adaptée. L'un des médecins promoteurs importants du RSSBE

de Champagne-Ardenne expliquant que le modèle de coordination de ce dispositif est inspiré des Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer (MAIA)⁸² :

« Médecin : Et un troisième niveau, qui est que pour les cas compliqués, l'organisation territoriale qui est en place ne peut pas répondre et on a besoin d'un accompagnement individualisé, c'est ce qu'on appelle le gestionnaire de cas. Donc le gestionnaire de cas, donc, c'est un nouveau métier qui est apparu il y a quelques années maintenant. Lui, il va être chargé d'étudier le dossier de la personne de manière individuelle, comment il est pris en charge (...) il organise toute la prise en charge, les soins. Et il est capable de solliciter les uns, les autres pour que ça ait du sens, l'organisation. Pourquoi, parce que les organisations jusque-là n'étaient pas capables de le faire.

Enquêteur : donc, un rôle de coordination.

Médecin : C'est ça, c'est ça. Donc moi, je me dis, et je vais essayer de le mettre en place comme ça, qu'on ait un enseignant en APA qui peut être une sorte de gestionnaire de cas sur le volet AP et santé » (Entretien du 3/10/2016 avec le médecin conseiller de la DRJSCS au moment de la création du RSSBE).

Ainsi « en tant que gestionnaire de cas », l'enseignant APA ou l'EMS du RSSBE « organise la prise en charge » et s'inscrit comme le professionnel dédié à la planification et à la coordination des services sur une longue durée, remplissant ainsi l'une des dimensions propres aux techniques du réticulé par la « co-ordination ».

Le deuxième élément cité par les auteurs consiste en « la mise en place d'une porte d'entrée unique » (Trouvé *et al.*, 2010 : 44). A ce niveau, l'architecture même des parcours vise à mettre en place un accompagnement qui, pour simplifier les démarches du bénéficiaire, s'incarne dans un système à guichet unique ou la porte d'entrée dans le dispositif est une consultation avec un médecin qui orientera ensuite le patient vers le coordonnateur du RSSBE. Les professionnels des RSSBE sont explicites à ce propos :

⁸² La création des dispositifs MAIA est l'une des mesures phares du plan Alzheimer 2008-2012. Cette méthode permet d'organiser plus efficacement la prise en charge des personnes âgées, notamment celles atteintes de la maladie d'Alzheimer, et de leur entourage.

« C'est-à-dire comment on met en place un système qui soit lu pour une personne, de la même façon par les acteurs différents avec un canal unique, un guichet unique.

(...) Le deuxième volet, c'est le guichet unique. (...) On a un guichet unique qui permet de répondre à l'organisation, à tout ça. (...) Parce que pour moi, c'est l'approche systématique qui est importante. C'est-à-dire comment on met en place un système qui soit lu pour une personne, de la même façon par les acteurs différents avec un canal unique, un guichet unique » (Entretien du 3/10/2016 avec le médecin conseiller de la DRJSCS au moment de la création du RSSBE de Champagne-Ardenne.)

« L'objectif étant que la porte d'entrée soit, soit un médecin, soit un professionnel de santé. Qui soit, le détecteur. C'est lui, entre guillemets, qui va détecter la personne qui a des besoins particuliers, qui va remplir un certificat médical d'inaptitude partielle et qui va, du coup, conseiller sur l'activité physique et qui va les orienter vers nous. Voilà un peu le rôle du médecin. La personne, une fois qu'elle a ces informations-là, qu'elle détient son certificat médical, elle vient vers nous » (Entretien du 27/09/2016 avec la coordonnatrice du RSSBE de Franche-Comté).

La consultation médicale est donc la « porte d'entrée unique » dans le dispositif. Il s'agit bien d'un « guichet unique » qui permet une prise en charge balisée selon un seul canal.

Une troisième dimension des formes de structures réticulaires dites de « co-ordination » est qu'elles disposent « d'un outil valide d'évaluation des besoins, reconnu par l'ensemble des partenaires du continuum de services » (Trouvé *et al.*, 2010 : 44). Là encore, les RSSBE disposent de ces outils d'évaluation reconnus par les partenaires dans la mesure où, lors du bilan effectué par les coordonnateurs des réseaux ou par les EMS (en ce qui concerne le RSSBE de Champagne-Ardenne), un ensemble de tests, de questionnaires et un entretien approfondi avec la personne vont chercher à évaluer plusieurs dimensions de la santé du patient. Ces outils diffèrent en fonction des RSSBE, mais ils permettent notamment, grâce à des questionnaires spécifiques validés scientifiquement, d'évaluer la qualité de vie perçue du patient au moyen des questionnaires SF-36 (MOS 36 Short Form)⁸³ et WHOQOL-BREF⁸⁴.

⁸³ En ce qui concerne le RSSBE de Champagne-Ardenne.

Le niveau habituel d'AP est également mesuré par le questionnaire de Ricci et Gagnon⁸⁵ dans les trois RSSBE étudiés. Sur le plan physique, plusieurs tests complètent les évaluations précédentes. En fonction des régions, des tests de tonicité, de souplesse et de force des membres inférieurs et supérieurs sont mis en place. Les équilibres statiques et dynamiques sont également évalués tout comme l'endurance aérobie au moyen d'un test de marche de six minutes ainsi que l'Indice de Masse Corporelle (IMC).⁸⁶ Ces outils présentent les clés d'une coordination de nature cognitive entre les acteurs en produisant un consensus sur des savoirs partagés (tests, indicateurs...) à l'instar de ce qu'a pu montrer Grenier (2006) en prenant l'exemple d'un réseau gérontologique.

Enfin, la dernière caractéristique de ces organisations par « co-ordination » consiste en « un dossier clinique partageable qui vise la circulation efficiente des informations cliniques nécessaires à la bonne intégration des services » (Trouvé *et al.*, 2010 : 44). Dit autrement, la continuité des actions est rendue possible par l'utilisation d'outils et d'instruments purement pratiques tel qu'un dossier partageable entre les professionnels de ces structures. On retrouve cette dimension dans les trois RSSBE étudiés, grâce aux outils que sont les « carnets de suivi ». Centraux dans ces dispositifs, ils prennent des noms différents selon les régions (« Pass' santé bien-être » en Champagne-Ardenne et « Carnet de suivi » en Franche-Comté et Poitou-Charentes) et permettent de favoriser la continuité des actions ainsi que la coordination des acteurs et leur inscription dans une matérialité traçable. Ainsi dans le carnet de suivi individuel de chaque bénéficiaire, chacun des professionnels impliqués dans le dispositif remplit des informations tout à la fois destinées au patient et aux autres partenaires intervenant sur la chaîne d'intervention. Ainsi le médecin, à l'issue de la consultation, remplit un certificat de « non contre-indication à la pratique d'une Activité Physique et/ou Sportive Adaptée, Régulière, Sécurisante et Progressive » (PASS' sport-santé bien-être, RSSBE Champagne-Ardenne, 2016 : 1) sur lequel « des recommandations médicales à l'attention des Educateurs Sportifs » (PASS' sport-santé bien-être, RSSBE Champagne-Ardenne, 2016 : 6)

⁸⁴ En ce qui concerne le dispositif *Prescirmouv' – Bouger sur ordonnance*. Nous détaillerons plus tard l'utilisation de ces instruments. Le questionnaire SF-36, validé scientifiquement (Wade et Sherbourne 1992) pour le contexte français (Leplège Ecosse, Verdier et Perneger, 1998) comporte 36 items regroupés en 8 échelles et vise à évaluer la qualité de vie subjective des personnes. Dans le même but, le WHOQOL-BREF est une forme abrégée du WHOQOL-100 élaboré par l'OMS (Brooks et Group, 1996 ; Skevington, Lotfy, O'Connell et WHOQOL Group, 2004) comportant 26 items sur 4 domaines.

⁸⁵ Le test de Ricci et Gagnon vise à évaluer le niveau de sédentarité de la personne interrogée.

⁸⁶ Nous étudierons plus spécifiquement le détail de chacune de ces évaluations dans le septième chapitre du présent document.

sont inscrites ainsi que des « précautions et/ou des préconisations dans les Activités Physiques pratiquées » (PASS' sport-santé bien-être, RSSBE Champagne-Ardenne, p. 6) :

Précisez ci-dessous les RECOMMANDATIONS MEDICALES à l'attention des Educateurs Sportifs (Champ obligatoire et à remplir)

> **TYPES DE MOUVEMENTS LIMITÉS EN**

- Amplitude □ Vitesse □ Charge □ Posture

> **TYPES D'EFFORTS LIMITÉS SUR LE PLAN**

- Musculaire □ Cardio-vasculaire □ Respiratoire

> **CAPACITÉS À L'EFFORT LIMITÉES EN**

- Endurance (longue et peu intense) □ Résistance □ Vitesse (brève et intense)

> **CAPACITÉS INCOMPATIBLES AVEC**

- Un travail en hauteur □ Le milieu aquatique
- Des conditions atmosphériques particulières (à préciser)

.....
.....

Autres PRECAUTIONS et/ou PRECONISATIONS (Conseils)
dans les Activités Physiques pratiquées ci-dessus

.....
.....

Figure 9 : Page n°6 du PASS' sport-santé bien-être du RSSBE de Champagne-Ardenne

Suivant la consultation avec le médecin, le patient est orienté vers un des coordonnateurs des RSSBE pour réaliser un premier bilan dans lequel celui-ci inscrit un certain nombre d'informations relatives aux divers tests et questionnaires (niveau habituel d'activité physique, taille, poids, IMC, FC de repos, souplesse, force, qualité de vie perçue...). A l'issue de cet entretien, sont également identifiés et notés les freins pouvant entraver la pratique et sont inscrits les objectifs à atteindre. Le même type d'informations est également relevé et noté dans le carnet au bout de trois mois afin de réévaluer les objectifs. Ces informations permettent d'une part d'évaluer l'évolution du patient tout au long de son parcours de (re)mise à la l'AP mais également de transmettre des informations utiles à l'intervenant sport-santé qui mettra en place les séances. Tout au long de son parcours, le patient transmet également des informations aux professionnels des RSSBE au moyen de son carnet, dans la mesure où celui-ci indique le type d'activité pratiquée, la fréquence par semaine, la durée, l'intensité, les jours et les heures de pratique. En Champagne – Ardenne, la personne a également la possibilité de renseigner son état aux professionnels du réseau en indiquant sur

un schéma ses potentielles douleurs corporelles. Enfin, l'intervenant « sport-santé » de la structure d'accueil peut également noter des remarques dans le carnet pour chaque séance. Ainsi, le carnet de suivi assure la liaison entre tous les acteurs - médecin, patient, coordonnateur, intervenant - en permettant un transfert d'information au moyen d'un dossier clinique partageable, comme le souligne la coordonnatrice du RSSBE de Franche-Comté :

« Le seul lien de suivi qu'on a avec la personne après, c'est le carnet de suivi, qui est, entre guillemets, l'outil de liaison interprofessionnel que l'on utilise »⁸⁷
(Entretien du 27/09/2016 avec la coordonnatrice du RSSBE de Franche-Comté).

Au final, les RSSBE ont indéniablement contribué à favoriser la coordination des actions de prévention par l'AP d'un niveau que l'on pourrait qualifier de minimal (mise en visibilité de l'existant) à un niveau plus intégré (parcours et suivi de la pratique au sein de la structure réticulée). Les formes organisationnelles réticulaires que sont les RSSBE correspondent, en effet, à ce que Trouvé *et al.*, (2010) appellent une organisation par « co-ordination » dans laquelle les parties prenantes mettent en place des mécanismes systématiques afin de permettre une collaboration efficiente dans l'objectif de répondre aux problèmes de discontinuité des interventions. La formalisation des réseaux encouragée par les PRSSBE a permis de structurer la coordination au niveau horizontal par la construction d'outils et le partage de savoirs permettant un décloisonnement des actions de chacun.

3. Relier des mondes hétérogènes : la figure de l'entrepreneur frontière

Si, pour répondre aux difficultés d'éclatement des actions et de leurs redondances, les RSSBE vont favoriser une forme de coordination interprofessionnelle poussée qui vise à rendre optimale la continuité des actions en travaillant à la mise en réseau des professionnels, l'étude approfondie de leur développement historique laisse entrevoir l'importance d'acteurs fondateurs aux profils singuliers qui s'avèrent être au cœur de la constitution de ces formes de coordination.

⁸⁷ L'analyse détaillée du carnet de suivi en tant qu'outil de coordination central sera réalisée au septième chapitre.

3.1. Des mondes qui sont relativement étrangers les uns aux autres

Nous avons vu, en introduction de cette partie, que les RSSBE ont pour ambition affichée de faire collaborer des univers professionnels différents qui, classiquement, n'ont pas l'habitude de travailler ensemble, notamment les mondes du sport et de la santé. C'est en effet ce que note la littérature sociologique qui analyse par exemple le déploiement territorial du PNNS (Haschard-Noé *et al.*, 2010) ou du PSSBE (Honta et Illivi, 2017). Honta et Illivi (2017 : 876) écrivent ainsi que « la mise en œuvre du PSSBE a favorisé des rencontres inédites entre acteurs qui, jusque-là, s'ignoraient ». Sur notre terrain, de nombreux acteurs faisant vivre les réseaux soulignent ce constat. Ainsi le président du RSSBE de Champagne-Ardenne précise qu'il s'agit notamment de la plus-value de ce type d'organisation par rapport à l'existant :

« Parce qu'en fait, ce sont deux mondes qui ont des codes, qui ont une histoire propre et ces histoires, elles n'ont pas grand-chose en commun, en fait. Etrangement, je suis le premier à être surpris. On peut se dire que la santé et le sport, c'est deux mondes intimement liés mais en fait, pas du tout. Que ce soit en sport-santé ou au niveau, à haut niveau. Et ce sont deux mondes qui s'ignorent avec deux ministères, à un moment, sous Sarkozy, il y avait un ministère unique de la santé et du sport, il a dû rester quelques mois, et je pense que ça veut tout dire » (Entretien du 6/07/2017 avec le président du RSSBE de Champagne-Ardenne).

Avec des mondes qui « n'ont pas grand-chose en commun » et qui « s'ignorent », les RSSBE cherchent à s'installer comme des occasions de travail en commun coordonné. Au sein du RSSBE de Champagne-Ardenne, les coordonnateurs mettent aussi en avant la fonction de coordination d'univers différents afin de leurs proposer une prise en charge fluide à guichet unique :

« Le réseau, il est là, entre guillemets, pour réseauter. Donc, c'est-à-dire qu'il est là pour mettre en réseau tout le monde, toutes les personnes que j'ai pu vous citer. Que ce soit les médecins, que ce soit les para-médicaux, les patients, les clubs sportifs, les élus des villes, les élus des conseils départementaux, de la région pour justement essayer de faire avancer et pour que la reprise d'activité physique coule de source pour le patient et qu'il n'ait pas à se poser de question »

(Entretien du 01/11/2017 avec l'un des coordonnateurs du RSSBE de Champagne-Ardenne).

En pratique, force est de constater que ces univers semblent relativement étrangers les uns aux autres et que les structures réticulaires que représentent les RSSBE cherchent à les faire collaborer.

3.2. La figure d'entrepreneur-frontière

Afin de favoriser cette collaboration entre les divers mondes sociaux œuvrant autour de la question de l'AP comme outil de santé, certaines propriétés significatives des porteurs de ces dispositifs sont facilitantes. A ce niveau, l'étude du RSSBE de Champagne-Ardenne est particulièrement enrichissante. En effet, celui-ci naît en 2007 sous l'impulsion de plusieurs acteurs mais dont le porteur principal du projet est le Dr A⁸⁸. Proche des promoteurs du réseau effORMip en région Midi-Pyrénées, l'un des premier RSSBE en France, il est à l'initiative de la création d'un réseau similaire en Champagne-Ardenne. En tant que médecin conseiller de la DRJSCS entre 2000 et 2016, celui-ci réfléchit, dès sa nomination aux modes d'organisation permettant de rendre possible la pratique d'une APS pour les populations qui en sont éloignées. Il s'agissait clairement, pour lui, de développer une organisation réticulaire interprofessionnelle visant la mise ou remise à l'AP des personnes, comme il le précise dans l'extrait d'entretien suivant :

« Donc d'emblée, on s'est mis dans la tête qu'il fallait trouver un mode d'organisation qui corresponde aux besoins et aux envies des populations et des professionnels. Et des organisations territoriales. Sur les trois niveaux. Donc à chaque fois, on était sur les trois niveaux. C'est-à-dire, comment ça répond à un public pour qu'il accepte de pratiquer une AP pour sa santé, comment les professionnels peuvent intégrer ça dans leur pratique professionnelle et comment il peut y avoir une coordination interprofessionnelle. Et troisièmement, comment l'organisation territoriale peut répondre à ces deux valences que sont : organiser

⁸⁸ Le nom de l'acteur a été anonymisé

un parcours individuel pour une personne et d'autre part, faire en sorte que les professionnels travaillent ensemble dans la même logique. Et quelle a été l'organisation capable à l'époque de faire ça ? C'était les réseaux de santé. Loi 2002. Donc très rapidement quand la loi de 2002 des réseaux est arrivée, moi, j'ai foncé là-dessus » (Entretien du 3/10/2016 avec le médecin conseiller de la DRJSCS au moment de la création du RSSBE).

Les représentants des trois branches porteuses du RSSBE, à savoir le mouvement sportif, les médecins libéraux et les usagers du système de santé, sont unanimes quant au rôle fondamental du Dr A :

« Alors la genèse du réseau, c'est A, je ne sais pas si vous connaissez, si ça vous dit quelque chose ? » (Entretien du 22/06/2017 avec le médecin représentant de l'URPS-ML au sein du comité directeur du RSSBE de Champagne-Ardenne).

« Si A n'avait pas été là, le réseau n'aurait jamais vu le jour » (Entretien du 6/07/17 avec le président du RSSBE de Champagne-Ardenne).

« Alors au début, pour ainsi dire, on a tout inventé, on a essayé les plâtres, ça a été très compliqué. Moi, je me rappelle, on a fait un copil, bon A est venu me solliciter tout à fait au début (...). Ça a toujours été les trois branches qui se sont naturellement imposée depuis qu'A, il a mis son projet sur la table » (Entretien du 10/05/2017 avec la représentante du CISS de Champagne-Ardenne).

Le Dr A apparaît, pour les acteurs du RSSBE, comme un élément déterminant dans la constitution d'une structure réticulaire collaborative innovante, c'est-à-dire permettant une mise en réseau de plusieurs professionnels issus d'univers sociaux variés. A insiste lui-même sur sa fonction principale comme étant celle de mettre ces univers en relation et en se qualifiant de « réseauteur » :

« La mise en réseau des acteurs, globalement est quelque chose de très important. Et moi, je dirais, si j'avais un métier rattaché à ce que je fais, ce serait "réseauteur" même si c'est un métier canadien, c'est quand même plus ma fonction » (Entretien du 3/10/2016 avec le médecin conseiller de la DRJSCS au moment de la création du RSSBE).

La capacité à fédérer des mondes sociaux différents dans une structure réticulaire innovante dans le champ du sport-santé fait de *A* une incarnation de ce que Bergeron *et al.*, (2013) nomment un « entrepreneur-frontière ». S'appuyant sur les travaux de sociologie des sciences et de l'entrepreneuriat afin d'étudier la constitution du programme Ensemble, Prévenons l'Obésité Des Enfants (EPODE), les auteurs illustrent l'importance que peuvent jouer certains acteurs dans le montage de ce type de dispositif. Les « entrepreneurs-frontières », sont premièrement des « entrepreneurs » au sens où ils sont « pensés comme des perturbateurs de l'ordre social. Qu'ils introduisent un nouveau procédé de fabrication, qu'il tentent de promouvoir un nouvel enjeu, une nouvelle cause ou une nouvelle méthode sur l'agenda public... les entrepreneurs bousculent les espaces dans lesquels il interviennent, brisent les routines et subvertissent les rapports de pouvoir stabilisés et les hiérarchies instituées (...) Ils se distinguent des autres acteurs sociaux par leur désir de faire passer la réalisation de leurs intérêts par la transformation de l'espace dans lequel ils évoluent plutôt que sur sa reproduction » (Bergeron *et al.*, 2013 : 264). En ce sens, l'entrepreneur est compris comme une figure porteuse d'une vision novatrice par rapport à l'existant. D'autre part, l'entrepreneur-frontière, « se situe dans une position qui se trouve à la frontière de plusieurs territoires » (Bergeron *et al.*, 2013 : 264). Comme le précisent les auteurs, il se caractérise par son positionnement au carrefour de multiples univers potentiellement en tension et dont « le travail entrepreneurial consiste précisément à “jouer“ sur ces frontières » (Bergeron *et al.*, 2013 : 267). Ainsi, les entrepreneurs-frontières font preuve d'un multi-positionnement qui leur permet de nourrir de nombreux contacts afin de créer des ponts entre les divers espaces qu'ils investissent. En d'autres termes, ils sont en capacité de mobiliser des ressources des deux côtés de la frontière. Une deuxième caractéristique de ces acteurs est qu'ils peuvent percevoir les enjeux et les intérêts de chacun des univers puisqu'ils en font partie. En outre, ils peuvent disposer d'un « large répertoire de présentations » d'eux-mêmes sur lesquelles ils pourraient jouer afin de maximiser les possibilités « d'alliances stratégiques » (Bergeron *et al.*, 2013 : 277). En pouvant puiser dans un réseau de relations diverses, en se familiarisant avec les représentations des divers univers sociaux tout en ayant la possibilité de faire preuve de présentation de soi adaptées, les entrepreneurs-frontières sont en capacité optimale à pouvoir convaincre et séduire d'autres acteurs afin qu'ils s'agrègent à leur cause. Dit autrement, les caractéristiques de ces acteurs leurs permettent « d'intéresser », voire « d'enrôler » (Callon, 1986) divers partenaires qui peuvent potentiellement avoir peu de liens entre eux et parfois même être en conflit. Bergeron *et al.*, (2013) soutiennent l'idée que les deux promoteurs principaux du programme EPODE, grâce à l'ambiguïté caractérisant leur

identité qui peut sembler floue⁸⁹, leur permet d'être perçue différemment en fonction des milieux qu'ils souhaitent convaincre pour faire partie de leur organisation. Ainsi « alors que ce positionnement aux frontières d'univers en tension eût pu signer la mort du programme, nous défendons l'idée qu'il a en fait constitué la clé de son succès. En œuvrant à multiplier et à diversifier les partenariats, les caractéristiques individuelles, les composantes organisationnelles et les initiatives, l'entrepreneur est parvenu à rendre ambiguës à la fois son identité et son action. Il a réussi à faire que chaque acteur s'approprie le projet à sa manière, pour ses propres intérêts » (Bergeron *et al.*, 2013 : 266).

Sur notre terrain, comprendre la manière dont des acteurs issus d'univers hétérogènes travaillent à une coordination interprofessionnelle, nous amène à mettre en évidence l'importance que prend *A* en tant qu'entrepreneur-frontière au sein du RSSBE de Champagne-Ardenne. Celui-ci est avant tout un entrepreneur dans la mesure où il est porteur d'une vision novatrice dans le champ du sport-santé et travaille à bousculer les espaces dans lesquels il intervient, en ayant pour objectif de mettre en réseau des mondes à priori éloignés. Les propos des différents acteurs cités plus haut sont explicites ; c'est bien « *A* il (qui) a mis son projet sur la table »⁹⁰, sans lui « le réseau n'aurait jamais vu le jour »⁹¹. Dit autrement, son influence dans la création de cette structure réticulaire est évidente et fait de lui un des entrepreneurs de ce projet novateur dans la mesure où il vise à un travail collaboratif entre des entités professionnelles qui s'avéraient peu en lien auparavant. En tant que « réseuteur », comme il se qualifie lui-même, il ambitionne un mode de coordination interprofessionnel, notamment entre les univers du sport et de la santé qui apparaît, au milieu des années 2000, comme « révolutionnaire »⁹².

En outre, le multi-positionnement identitaire sur le plan professionnel de *A*, caractéristique de la figure d'entrepreneur-frontière, est une ressource importante dans la création de ce type d'organisation. Avec une position ancrée dans plusieurs univers sociaux, *A* dispose d'un large réseau de relations diverses dans les secteurs médicaux, médico-sociaux et universitaires, sportifs et politiques.

Tout d'abord, en tant que médecin hospitalier à l'hôpital de Chaumont pendant dix ans, puis médecin conseiller régional à la DRJSCS de Champagne-Ardenne entre 2000 et 2016, *A*

⁸⁹ Bergeron *et al.*, (2013) montrent par exemple que l'un d'eux se présentent parfois comme un scientifique, comme porteur d'une action politique ou comme un chef d'entreprise.

⁹⁰ Entretien du 10/05/2017 avec la représentante du CISS de Champagne-Ardenne.

⁹¹ Entretien du 6/07/17 avec le président du RSSBE de Champagne-Ardenne.

⁹² Entretien du 3/10/2016 avec le médecin conseiller de la DRJSCS au moment de la création du RSSBE.

possède une connaissance importante du monde de la santé, de ses enjeux et de ses problématiques, tant au niveau national que territorial. Il s'est en effet impliqué pendant plusieurs années au Conseil Régional d'Education pour la Santé (CRES) en Champagne-Ardenne ainsi qu'avec la Société Française de Santé Publique (SFSP). Cet ancrage professionnel principal dans l'univers social de la Santé lui a permis de nourrir de nombreux contacts qui lui ont été utiles pour le développement structurel du RSSBE. Il connaît par exemple, dès les débuts du dispositif, des médecins influents au sein de l'Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH) sensibilisés à un mouvement de collaboration avec des enseignants APA pour la réalisation des BMS :

« En Champagne, on a eu de la chance parce que l'agence régionale de l'hospitalisation, moi, j'avais beaucoup bossé avec le médecin conseiller du directeur, et il avait obligé les hôpitaux à recruter des APA. On avait cinq APA » (Entretien du 3/10/2016 avec le médecin conseiller de la DRJSCS au moment de la création du RSSBE).

Son positionnement dans le champ médical lui permet donc de mobiliser des ressources de ce côté du spectre que représentent les multiples professionnels qui s'impliqueront dans les RSSBE.

Si son identité professionnelle de médecin lui permet un ancrage dans le champ sanitaire, A dispose également d'une expérience professionnelle conséquente dans l'univers sportif, dans des responsabilités qui sont en lien direct avec le fonctionnement concret d'un club. Ces expériences lui ont permis de développer plusieurs contacts afin de mobiliser le mouvement sportif, les fédérations sportives et les clubs dans le dispositif. Ainsi, il a pu s'impliquer comme dirigeant dans les fédérations de tennis, du sport pour tous, de triathlon et cela lui :

« (...) a permis d'avoir des contacts. Parce que la mise en réseau des acteurs, globalement est quelque chose de très important. C'est important de connaître comment c'est structuré une fédé, de connaître les directeurs. Donc, j'ai travaillé avec le tennis, mais je n'ai pas du tout travaillé sur le sport-santé avec le tennis. J'y étais comme dirigeant, mais au moins, je connais les gens de la fédé on va dire » (Entretien du 3/10/2016 avec le médecin conseiller de la DRJSCS au moment de la création du RSSBE).

Cet investissement dans le milieu sportif se fait également au travers du prisme du « sport-santé ». Ainsi, il travaille avec la Fédération Française de Natation (FFN) où il intervient au sein de la commission natation-santé, la Fédération Française d'Athlétisme (FFA) pour laquelle il assure les formations de santé publique pour les « coachs athlé-santé ». Au niveau national, *A* participe à la commission sport-santé du CNOSF et est nommé en 2007 à la direction du Pôle Ressources National Sport Santé Bien-Être, outil du ministère des Sports. Son implication dans le mouvement sportif, à différents niveaux, lui permet de nourrir de nombreuses relations avec ce milieu.

De plus, le multi-positionnement professionnel de *A* est également effectif dans la mesure où il se rapproche durant sa carrière du champ universitaire des STAPS et plus particulièrement de l'APA. Il a notamment, au début de sa carrière, entamé une licence en STAPS qu'il n'a pas complétée mais qui lui a permis de développer des relations :

« Donc, des études de médecine un peu laborieuses (rires) mais m'ayant permis de m'inscrire justement en licence STAPS pour, à Paris, découvrir un peu le milieu. J'ai été cobaye à l'INSEP sur des expériences biomécaniques. Donc, ça m'a permis d'avoir des contacts » (Entretien du 3/10/2016 avec le médecin conseiller de la DRJSCS au moment de la création du RSSBE).

D'autre part, il a aussi pu travailler en étroite collaboration avec une sociologue en STAPS, l'une des spécialistes historiquement centrales des enjeux liés à la filière APA-S lors de la commission « Prévention, Sport et Santé » du rapport Toussaint (2008) notamment afin :

« que, ensemble, on travaille sur la définition de l'APA et du sport-santé » (Entretien du 3/10/2016 avec le médecin conseiller de la DRJSCS au moment de la création du RSSBE).

Cette connaissance des divers univers sociaux qu'il arrive à mettre en lien est une caractéristique reconnue comme un levier puissant pour le développement du RSSBE par les partenaires du réseau :

*« Et donc le rôle de *A* là-dedans, c'est qu'il a un réseau et il a été capable de mettre tout le monde autour de la table (...) En fait, il est polyvalent, *A*. C'est un médecin de terrain par le passé, médecin du sport. Et en fait, il fait partie des rares personnes en France qui a travaillé activement dans tous les milieux en fin*

de compte » (Entretien du 6/07/17 avec le président du RSSBE de Champagne-Ardenne).

Le président du RSSBE de Champagne-Ardenne souligne le fait qu'*A* possède un « réseau » de contacts grâce à sa « polyvalence » dû au fait qu'il a travaillé dans « tous les milieux ». Ainsi son cheminement professionnel lui a permis d'investir plusieurs milieux et de nourrir des contacts et des relations. Herzlich, Bungener, Paicheler, Roussin et Zuber (1993 : 117) évoque les qualificatifs de « polyexercice » et de « multipositionnalité » dans le champ médical que Schweyer (2005) souligne comme prégnante chez les pionniers des réseaux de santé. En ce sens, *A* revêt l'une des caractéristiques de la figure d'entrepreneur-frontières.

Deuxièmement, à l'instar des promoteurs du programme EPODE, *A* apparaît comme un acteur qui peut d'une part, percevoir les enjeux et les intérêts de chacun des différents univers sociaux et d'autre part, disposer d'un large répertoire de présentations de lui-même avec lesquelles il peut jouer afin de maximiser les possibilités stratégiques d'alliances. En se familiarisant avec les représentations des divers univers sociaux tout en ayant la possibilité de faire preuve de présentations de soi adaptées, *A* parvient à « intéresser » puis à « enrôler » (Callon 1986) des partenaires à sa cause.

Pour illustrer ceci, les extraits d'entretien suivants avec le représentant de la branche médicale du RSSBE, porte-parole de l'Union Régionale des Professionnel de Santé des Médecins Libéraux (URPS-ML)⁹³ depuis la création du dispositif, sont éclairants :

*« Je vais vraiment vous dire mon ressenti. Tout à fait au début, je me suis dit, mais qu'est-ce qu'on fout de ce réseau ? Qu'est-ce qu'il va nous apporter en plus ? Est-ce qu'on est vraiment obligé de faire un bilan médico-sportif avant de dire aux patients d'aller faire du sport ? C'était mon mode de pensée. Réellement, je raisonnais comme ça. Bon, je suis représentant de l'URP ; l'URPS faisait un truc, bon, (souffle 1 seconde) j'y vais, il faut bien s'investir dans quelque chose, ok. Mais bon, c'était *A* qui était venu nous chercher, on le connaissait, donc je me suis dit que ça pourrait être pertinent »* (Entretien du 22/06/2017 avec le médecin

⁹³ Les URPS rassemblent, à l'échelle régionale, les représentants élus des professionnels de santé exerçant à titre libéral. Elles ont été créées dans le cadre de la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires (HPST) du 21 juillet 2009 et sont des interlocutrices privilégiées des ARS. Des URPS pour différents professionnels de santé existent dont les médecins généralistes et spécialisés exerçant dans un cadre libéral au sein de l'URPS-ML.

représentant de l'URPS-ML au sein du comité directeur du RSSBE de Champagne-Ardenne).

La plus-value du RSSBE semblait, pour cet acteur, peu convaincante si bien qu'il était réticent à l'idée que l'URPS-ML intègre le dispositif. Cependant, le fait qu'A soit l'intermédiaire principal semble avoir été décisif dans la mesure où celui-ci était perçu comme un médecin que l'URPS-ML « connaissait » et donc que la cause qu'il portait était potentiellement intéressante comme le laisse transparaître le conditionnel employé. Comme nous l'avons souligné plus haut, créer un réseau sport-santé en 2007 représentait une forme de « révolution culturelle des deux côtés », c'est-à-dire entre le monde de la santé et le monde du sport. Il était ainsi difficile, pour le monde de la santé, de penser à collaborer avec le monde sportif pour qui les clubs étaient avant tout tournés sur une conception compétitive et performative de l'AP :

« Utiliser un club sportif pour faire du sport-santé, l'AP santé, parce que le mot sport fait toujours très, très peur aux acteurs de la santé publique, ça a été révolutionnaire. Dans le domaine de la santé, c'était ça, c'était comment un médecin va pouvoir se dire, comment je vais prescrire et envoyer quelqu'un dans un club. Alors que moi, médecin, on m'a toujours formé pour protéger les gens des méfaits du sport et non pas l'inverse. Donc, compliqué » (Entretien du 3/10/2016 avec le médecin conseiller de la DRJSCS au moment de la création du RSSBE).

A, en tant que médecin reconnu comme un acteur du et par le monde de la santé, s'installe alors comme un gage de confiance pour cet univers. Les propos suivants de la représentante de l'ARS dans le comité de pilotage du RSSBE de Champagne-Ardenne vont dans ce sens :

« Oui, c'est vrai avec le milieu sportif, parce que, eux, il y avait, on avait des médecins dont A, qui ramenait aussi les gens en parlant vraiment de l'activité physique adaptée. Parce qu'il y avait aussi des problématiques de dopage, de choses comme ça, que le réseau n'a jamais utilisé » (Entretien du 09/06/2017 avec une des chargées de mission au sein du département prévention et promotion de la santé de l'ARS Grand-Est et anciennement de Champagne-Ardenne).

La porte-parole de l'ARS sur ce dossier utilise ici le pronom personnel « on » pour exprimer le fait qu'A, en tant que médecin, fait partie de l'univers social de la santé, et qu'à ce titre, il travaille à une vigilance quant à l'adéquation des missions premières du RSSBE avec les perspectives de l'ARS. Ainsi, elle insiste sur le rôle d'A comme garant de potentielles dérives selon elle, que pouvaient amener les collaborations avec le milieu sportif. Ainsi, que ce soit le représentant de l'URPS-ML cité plus haut ou la chargée de mission pour l'ARS, s'inscrivent dans la démarche collaborative proposée par A malgré des résistances *a priori* car celui-ci fait partie de leur univers social et qu'en cela, il rassure sur la compatibilité du RSSBE et leurs enjeux propres. En tant que médecin, il est pleinement conscient des intérêts et enjeux des acteurs du monde de la santé et il peut ainsi leur donner des garanties quant à son travail sur ces enjeux. Dit autrement, une forme d'intéressement et d'enrôlement des représentants de l'ARS et de l'URPS-ML se joue ici, grâce au positionnement professionnel d'A qui lui permet d'utiliser cette présentation spécifique de lui-même.

D'un autre côté, grâce à son positionnement complémentaire dans l'univers du mouvement sportif, A possède une vision des intérêts de ce monde à participer au RSSBE. Perçu comme un acteur du mouvement sportif, A va pouvoir porter les intérêts de cet univers social. Ainsi, expliquant comment il a sollicité les différents partenaires du dispositif à son début, A précise :

« Et puis, on a pris le mouvement sportif parce que j'ai pensé très vite que le mouvement sportif avec ses clubs pouvait être une offre cohérente, pertinente pour orienter les personnes et pour prendre en charge les personnes avant qu'ils deviennent des sportifs comme tout le monde » (Entretien du 3/10/2016 avec le médecin conseiller de la DRJSCS au moment de la création du RSSBE).

En étant au fait des enjeux du mouvement sportif puisqu'il en fait partie, A comprend rapidement que les fédérations ont un intérêt à intégrer le RSSBE afin d'augmenter leur nombre d'adhérents si elles mettent en place des créneaux permettant d'accueillir des publics atteints de maladies chroniques ou éloignés de la pratique physique. A précise que son expérience professionnelle dans ce secteur d'activité lui a permis de se mettre à la place des responsables du secteur sportif et ainsi travailler à leur intéressement puis à leur enrôlement :

« Alors moi, dans mes mandats associatifs, j'organisais pendant 14 ans, toutes les compétitions à la ligue de Champagne-Ardenne de tennis. Donc, ça m'a permis de connaître pas mal de monde. C'est important de savoir comment fonctionne ce

mouvement, comment fonctionne un club, comment fonctionne un comité régional. Pas éducateur, je n'ai pas été éducateur, un tout petit peu mais vraiment très, très peu. Pour se mettre dans la peau des gens, pour leur dire, est-ce que moi, j'ai envie d'y aller, de ne pas y aller. Donc, du coup, j'étais au tennis puis au triathlon. Tennis pourquoi, parce que c'est ma discipline d'origine, triathlon parce que j'étais triathlète mais surtout dirigeant. Dirigeant d'un club, j'ai organisé un triathlon avec pas mal de participants. Puis après, j'étais le président du comité régional de triathlon » (Entretien du 3/10/2016 avec le médecin conseiller de la DRJSCS au moment de la création du RSSBE).

En ayant travaillé comme dirigeant dans plusieurs clubs, *A* connaît les intérêts et préoccupations des acteurs impliqués dans le mouvement sportif et comme il le souligne dans l'extrait précédent, « il peut se mettre dans leur peau » dans l'objectif de les convaincre de participer au RSSBE. L'extrait d'entretien suivant est fort révélateur de la compréhension de ces enjeux par *A* et de sa stratégie pour intéresser puis enrôler le mouvement sportif :

« La fédé de natation, j'ai bien vu le déploiement, comment ça se faisait, maintenant ça y est, c'est parti, mais il faut y croire pour que les gens y croient. L⁹⁴, c'est la personne qui explique le mieux pourquoi un club est intéressé à faire ça. Pour trois choses. La première chose, c'est qu'il s'est aperçu qu'accompagner des gens malades qui reprenaient une activité physique et sportive dans un club sportif avec de la randonnée nordique, avec de la gymnastique toute douce au début, toute douce, y compris de la natation car dans le club d'athlétisme de Reims, juste à côté, il y a de la natation où les gens barbotaient dans l'eau, etc., il s'est aperçu que les gens à qui on redonnait le sourire, eh bien, ces gens-là, naturellement, ils devenaient des bénévoles dans le club. Donc par rapport à la crise du bénévolat, c'était une option très importante. Une deuxième chose, il s'est aperçu aussi que quand il y a une personne de 50-60 ans qui venait, eh bien, c'était encore mieux quand elle venait avec les enfants, les petits-enfants, etc. Donc, du coup, il y avait des gamins qu'il n'aurait jamais eus s'il n'y avait pas eu un père ou un grand-père qui venait pratiquer et qui venait avec des gamins. Donc, du coup, il est passé de 700 adhérents à 13 000 adhérents

⁹⁴ Le nom de la personne citée a été anonymisé. Le Dr *A* parle ici du président d'un club de natation de la ville de Reims.

dans son club. Donc, on comprend tout de suite l'intérêt que cela peut avoir. Plus l'image que cela donne à la ville de Reims puisque c'était lui, l'emblème du sport-santé sur Reims et donc, il donnait à Reims, puisque Reims aidait ce club, c'est très important ça, les clubs, ils existent parce que les communes sont là pour financer. Donc, trois choses : les bénévoles, les gamins qui venaient et l'image que pouvait donner un club » (Entretien du 3/10/2016 avec le médecin conseiller de la DRJSCS au moment de la création du RSSBE).

A comprend finement, en tant que dirigeant sportif et perçu comme tel, les intérêts pour un club à s'engager dans un RSSBE. En tant qu'acteur du monde sportif grâce à son multi-positionnement identitaire, A a une conscience aiguë des problématiques et potentiels bénéfiques qu'un club et une fédération sportive peuvent avoir à collaborer avec un dispositif tel que le RSSBE. Il perçoit des avantages concrets et précis telle que la question du bénévolat ou de la pratique intergénérationnelle qu'il décrit dans l'extrait précédent. Cette vision claire et incarnée lui permet d'interagir avec les divers acteurs clés du monde sportif qu'il peut rencontrer et argumenter sur les leviers les plus pertinents lorsqu'il cherche à les intéresser :

« Globalement, je pense qu'il faut la convergence de trois intérêts partagés que sont le président et son conseil d'administration ; il faut que le président y voie son intérêt. Deuxièmement, il faut que le DTN accepte que dans sa politique, parce qu'un DTN il est ministre des Sports, il est fédération bien sûr, mais il est d'abord ministre des Sports et lui, il dit si ce n'est pas une politique ministérielle. Alors maintenant, c'est plus facile puisque c'est inscrit comme priorité numéro 2, c'est plus facile mais à l'époque ça ne l'était pas. Et le troisième, c'est le médecin, la commission fédérale » (Entretien du 3/10/2016 avec le médecin conseiller de la DRJSCS au moment de la création du RSSBE).

Ainsi A, en étant particulièrement au fait du fonctionnement des différents milieux qu'il investit, comprend les problématiques de chacun des univers et peut travailler à leur enrôlement respectif car il peut alors identifier les potentiels terrains d'entente ainsi que les négociations nécessaires à l'investissement et à la collaboration de tous les professionnels. Le président du RSSBE de Champagne-Ardenne évoque notamment ce point en entretien :

« A a un rôle vraiment capital parce qu'il a su, parce qu'il a plusieurs visions. Il a la vision du sportif, il a la vision du médecin du sport, il a la vision

administrative et il a la vision de la mise en pratique. (...) Ça fait qu'il comprend tous les milieux, il arrive à voir où est le terrain d'entente, où il peut y avoir un terrain d'entente entre ces deux mondes » (Entretien du 6/07/17 avec le président du RSSBE de Champagne-Ardenne).

Au final, l'étude des RSSBE montre le rôle central que peuvent prendre certains acteurs afin de réunir dans une structure réticulaire, des professionnels issus d'univers sociaux divers. En posant la focale sur le RSSBE de Champagne-Ardenne, nous avons pu montrer que l'un des promoteurs essentiels de ce dispositif revêt les caractéristiques de ce que Bergeron *et al.*, (2013) nomment des « entrepreneurs-frontière », caractéristiques qui viennent éclairer la manière dont la coordination interprofessionnelle s'organise au sein d'une structure réticulaire telle que le RSSBE. Premièrement, grâce à une identité professionnelle plurielle issue d'expériences de travail variées, ils se situent à la frontière de plusieurs univers qui peuvent parfois être éloignés ou en conflit. Ce multi-positionnement leur permet de nourrir de nombreux contacts afin de créer des ponts entre les espaces médicaux, médico-sociaux et sportifs. En d'autres termes, son « carnet d'adresse » lui permet de s'adresser à l'ensemble des acteurs clés des multiples univers sociaux. D'autre part, cet acteur perçoit les enjeux et intérêt de chacun des univers puisqu'il en fait partie. Il peut alors travailler sa capacité d'intéressement en argumentant sur les leviers les plus pertinents du point de vue de chacun des partenaires. De plus, il va pouvoir bénéficier d'un répertoire présentations variable de lui-même sur lesquelles il peut jouer pour créer des alliances. En ayant la possibilité de se présenter comme un acteur appartenant à chacun des univers qu'il souhaite intéresser, et être perçu comme tel, l'entrepreneur-frontière rassure quant à la démarche entreprise. Ce dernier point participe également du processus d'intéressement puis d'enrôlement des partenaires.

Notons ici que dans la littérature sociologique s'intéressant à l'action publique du sport-santé, des auteurs ont repéré l'importance d'acteurs qui semblent revêtir les traits d'entrepreneurs-frontières, et dont l'influence est centrale pour fédérer autour d'eux des partenaires issus de mondes variés. Ainsi Haschar-Noé *et al.*, (2010), en posant la focale sur les modèles de coordinations mis en place à l'échelle infra-régionale dans le cadre du déploiement du PNNS en région Midi-Pyrénées et notamment en ce qui concerne les actions menées dans le contexte de la charte « villes actives » du plan national, montrent que l'appartenance des référents PNNS à différents réseaux est un levier pour mettre en place des actions partenariales. L'analyse montre en effet que « dans cette mise en réseau plus ou moins dense de la collectivité avec des partenaires institutionnels, financiers et/ou professionnels

régionaux, il semble que la position d'interface occupée par les référents PNNS locaux et leur appartenance à différents réseaux (professionnels, politiques, sportifs, médicaux, sociaux...), soient une ressource pour rompre une forme "d'isolement" souvent ressenti quelques années après la signature de la Charte. Cette position permet également de capter des moyens, humains, matériels ou cognitifs, permettant de démarrer, de pérenniser ou de déployer un éventail d'actions diversifiées » (Haschar-Noé *et al.*, 2010 : 98). Par ailleurs, sans étudier spécifiquement le dispositif effORMip en région Midi-Pyrénées, Haschar-Noé *et al.*, (2010) soulignent l'importance des deux médecins du sport promoteurs du dispositif pour expliquer son large déploiement et son influence importante au niveau régional. Les auteurs soulignent que leur militantisme important en faveur de l'AP et de sa prescription par les médecins pour les personnes qui en sont éloignées ainsi que leur positionnement aux l'interface de divers mondes leur ont notamment permis de réunir de nombreux partenaires issus de différents univers autour d'eux. Dans ces travaux, tout comme sur notre terrain, la présence d'acteurs à l'interface de plusieurs univers semble une caractéristique notable dans la création de structures interprofessionnelles collaboratives.

3.3. Un entrepreneur-frontière qui crée des Points de Passage Obligés

Etudier la manière dont des univers sociaux hétérogènes travaillent à une coordination au sein des structures réticulaires que représentent les RSSBE nous a amené à repérer le rôle fondamental que peuvent assumer certains acteurs qualifiés « d'entrepreneurs-frontières ». *A* en est l'incarnation pour le RSSBE de Champagne-Ardenne. Si, grâce à son multi-positionnement identitaire sur le plan professionnel, il intéresse et enrôle des partenaires afin de soutenir sa cause, ce processus passe par de véritables « opérations de traduction » par la définition de certains concepts centraux pour le RSSBE qui agissent comme des Points de Passage Obligés (PPO) pour l'ensemble des partenaires de l'organisation collective. Nous postulons que ces opérations de traduction jouent un rôle clé dans le processus de coordination entre les acteurs.

En effet, dans le cadre de la sociologie de la traduction, Callon (1986) montre comment la définition d'un problème par un groupe d'acteurs peut imposer un point de passage obligé pour tout un ensemble d'autres acteurs, permettant au final d'obtenir un discours unifié et intelligible par l'ensemble des partenaires. Sur notre terrain, l'expression « sport-santé », qui est au cœur de la démarche des RSSBE, s'avère large et ouverte à

plusieurs définitions. Si les propos suivants de deux des coordonnateurs du dispositif *Prescirmouv'* – *Bouger sur ordonnance* laissent à voir des enjeux de défense de territoires professionnels, notamment en ce qui concerne la profession d'enseignant en APA, ceux-ci révèlent également l'aspect polysémique de la notion de sport-santé :

« On en revient à ce que je disais tout à l'heure où c'est l'utilisation de l'activité physique adaptée où, effectivement, ces professionnels sont capables d'adapter leur activité. Mais est-ce qu'ils sont capables de proposer une démarche en APA suivant le concept en APA tel qu'il est enseigné, je ne suis pas certain. (...) Mais voilà, on en revient au même, on ne met pas de sens derrière la prescription, on ne met pas de sens derrière les actions. On met tout le monde dans ce panier sport-santé et puis, bah, vous aurez dans tout ce panier de compétences, vous aurez forcément quelqu'un à trouver, un bénévole, un CQP, un STAPS APA, un éduc sportif, un kiné qui veut faire des séances » (Entretien du 6/09/2016 avec l'un des coordonnateurs du dispositif *Prescirmouv'* – *Bouger sur ordonnance*).

« Toutes les structures voudraient le développer, le sport-santé, à mon avis, pour x raisons, parce qu'il y a des clubs qui, enfin, c'est même l'essence des associations d'aller, de se développer et d'accueillir tout le monde. Donc, après, il y a aussi le fléchage des financements qui fait que le CNDS a martelé aux associations sportives qu'après le sport handicap, où tout le monde voulait faire du sport handicap, maintenant, c'est le sport-santé donc, donc, tout le monde doit faire du sport-santé pour percevoir les subventions du CNDS, mais sans se, par moment sans se rendre compte de ce qu'impliquait la mise en place du sport-santé. Où on sait que le concept de sport-santé est trop flou, c'est même certain (...) le souci, c'est que derrière le sport-santé, enfin sémantiquement derrière le concept de sport-santé, on va mettre plein de choses. Et pour en avoir discuté avec des clubs, il y en a qui perçoivent les choses en disant : "Bien, oui, moi, j'ai tel créneau, c'est du sport-loisir donc dans ces cas-là, c'est du sport-santé". Une personne qui va faire deux entraînements dans la semaine et un match de hand, on peut dire, bien, c'est bien pour sa santé, il fait du sport. Donc, c'est du sport-santé. Et ainsi de suite. Et c'est, enfin c'est, la jonction de ces deux termes qui n'est pas très bien choisie, très clairement. Donc, c'est là la difficulté aussi » (Entretien du 6/09/2016 avec l'un des coordonnateurs du dispositif *Prescirmouv'* – *Bouger sur ordonnance*).

Coordonnateur : Mais vraiment, au niveau sport-santé, je ne sais pas trop comment expliquer, mais pour eux, en fait, ils ont toujours fait du sport-santé malgré le fait que ce soit de la compétition en fait.

Enquêteur : Tu parles des fédérations ?

Coordonnateur : Des associations sportives fédérées. Parce que pour eux, le sport, quoi qu'il arrive, c'est de la santé, quoi qu'il arrive, même si c'est pratiqué en compétition, voilà. Après, il y en a certains qui proposent des sports de loisirs, tels que la marche nordique et qui pour eux, voilà, ça fait longtemps qu'ils en font, c'est du sport-santé, voilà en quelque sorte. (Entretien du 26/09/2016 avec l'un des coordonnateurs du dispositif Prescirmouv' – Bouger sur ordonnance).

Oui, avec le CDOS et la DDSC. Après, au niveau des associations sportives, on va justement organiser une soirée pour présenter vraiment qu'est-ce que le sport-santé. Donc, revenir sur les termes, parce que ça il y en a énormément besoin. Parce que là, ils sont en train, il y a une confusion, pour eux, le sport-santé, c'est intervenir avec un APA, parce qu'avec Prescirmouv', il faut intervenir avec un APA donc ils sont partis dans la confusion, je ne peux pas faire de sport-santé parce que je n'ai pas d'APA. (Entretien du 26/09/2016 avec l'un des coordonnateurs du dispositif Prescirmouv' – Bouger sur ordonnance).

Le discours de ces coordonnateurs est révélateur. L'expression « sport-santé » semble large, floue et source de confusion entre les acteurs. Sans être véritablement définie, elle laisse ouvert tout un large champ d'interventions qui peut devenir problématique dans le processus de coordination interprofessionnelle. Lorsque l'un des coordonnateurs du dispositif *Prescirmouv' – Bouger sur ordonnance* explique la « confusion » existante sur son territoire d'intervention concernant le fait que certains professionnels du milieu sportif ont une représentation erronée des critères d'intervention qui seraient uniquement réservés aux enseignants APA, celui-ci précise que ce malentendu provient d'une définition confuse de la notion de « sport-santé ». En termes de coordination entre les professionnels, cette ambiguïté sémantique a donc des conséquences négatives dans la mesure où des clubs sportifs peuvent penser qu'ils ne peuvent pas participer à ce réseau car ils n'engagent pas d'enseignants APA. D'un autre côté, les coordonnateurs cités précédemment, expliquent que l'ambiguïté de la définition du sport-santé conduit, de leur point de vue, à ce que des organismes proposent des

séances d'APS classiques, sans véritables adaptations particulières tout en considérant qu'il s'agit de créneaux sport-santé.⁹⁵

Pour pallier ces confusions et favoriser la coordination entre ses partenaires, le RSSBE de Champagne-Ardenne va travailler à définir précisément cette notion, au travers d'une expression qui reviendra systématiquement, à la fois dans les documents produits⁹⁶ ainsi que dans le discours des acteurs interrogés, à savoir « une activité physique régulière, adaptée, sécurisante et progressive » parfois remplacée par l'acronyme « RASP ». Le réseau insiste lourdement sur cette expression afin de préciser celle plus large de « sport-santé » et ainsi de permettre à tous les partenaires de s'entendre sur une notion commune. Le président du RSSBE de Champagne-Ardenne est explicite quant au lien entre coordination et précision sémantique :

« Cette expression peut lier, le RASP va plus lier le monde autour de la table que le plan sport-santé. Parce que RASP, je veux dire, il n'y a pas de doute sur ce que ça veut dire, c'est des mots qui sont très précis, qui veulent dire ce qu'ils veulent dire et qui sont compréhensibles par tout le monde. Le terme sport-santé, personnellement, c'est un terme que je n'aime pas du tout. Parce qu'il est flou en fait, on ne sait pas trop ce qu'il veut dire. D'une part, parce qu'il y a le mot sport dedans. Il y a une affiche au CREPS⁹⁷ qui s'appelle journée sport-santé. C'est une vieille affiche, qui a été oubliée là il y a quelques années mais elle a été affichée. Je me suis posé la question parce qu'il n'y avait pas de logo du réseau ou quoi que ce soit. Donc, je me suis dit, qu'est-ce que c'est le sport-santé pour le CREPS ? J'ai demandé, en fait pour eux, le sport-santé, c'est la santé du sportif de haut niveau. Donc, finalement, chacun a sa définition du sport-santé, c'est un terme très flou, très vague, pas du tout communicateur et qui est franchement mauvais » (Entretien du 6/07/17 avec le président du RSSBE de Champagne-Ardenne).

⁹⁵ Nous verrons dans le cinquième chapitre du présent document, ce que recouvre la question de l'adaptation d'une AP dans le cadre des RSSBE.

⁹⁶ Cette expression est, entre autres documents, utilisée dans le PASS' Sport-Santé Bien-Etre du RSSBE de Champagne-Ardenne (RSSBE, 2016), le Référentiel Métier E3S du RSSBE (RSSBE, 2016), le Livret de l'Éducateur Médico-sportif du RSSBE (RSSBE, 2016).

⁹⁷ Centres de Ressources, d'Expertise et de Performance Sportives.

Cette définition aurait ainsi une fonction de coordination dans la mesure où elle permettrait de « lier le monde autour de la table », d'éviter toute zone de flou par l'utilisation de mots « compréhensibles par tout le monde ».

Dans sa volonté de réunir des mondes sociaux hétérogènes selon une position d'entrepreneur-frontière, A par la création d'un langage commun, travaille à une coordination entre les partenaires du réseau. Il est en effet considéré par les autres acteurs comme étant le créateur et promoteur principal de cette expression :

« Alors l'objectif du réseau, il est très simple, c'est de pouvoir aider les patients qui ont une pathologie chronique à reprendre une activité physique de manière régulière, adaptée, sécurisante et progressive. Je pense que ces termes-là, c'est des choses que vous avez déjà entendues et ré-entendues. Le papa de ce terme-là, c'est vraiment A » (Entretien du 01/11/2017 avec l'un des coordonnateurs du RSSBE de Champagne-Ardenne).

Dans le but de définir précisément le terme de « sport-santé », A va aller jusqu'à enregistrer cette expression à l'Institut National de la Propriété Industrielle (INPI) en 2010⁹⁸ et la définir en lien avec l'acronyme RASP :

« Pour moi, la définition du sport-santé, d'ailleurs, je l'ai validée à l'INPI pour qu'on ne me fasse pas chier si j'utilisais ce mot-là en gros. Tout ce qui est réseau sport-santé, schéma régional sport-santé, bilan sport-santé, machin, j'ai tout déposé à l'INPI pour pas être emmerdé. Comme ça, quand il y en a un qui met un truc, il me dit pas : " je ne veux pas que tu utilises ce mot-là", je peux l'utiliser quand même. Donc, l'objectif, c'était de définir ce qu'était le sport-santé. Et pour moi, le sport-santé, la définition du sport-santé, c'est une organisation territoriale, alors que ce soit au niveau national, régional, local, etc. Et on voit bien l'implication des trois niveaux, trois-quatre niveaux. C'est une organisation territoriale qui rend accessible une pratique d'AP régulière, adaptée, sécurisante et progressive pour des gens qui en sont éloignés, pour des raisons sociales, des raisons sanitaires, des raisons de handicap » (Entretien du 3/10/2016 avec le médecin conseiller de la DRJSCS au moment de la création du RSSBE).

⁹⁸ Marque enregistrée au numéro 3750982.

En tant qu'entrepreneur-frontière, A met en place un langage commun afin que l'ensemble des acteurs du RSSBE puisse s'inscrire dans une même vision de ce que l'on nomme le sport-santé. Cette opération s'inscrit dans une logique de traduction où la question du sport-santé est cadrée d'une certaine manière. Il ne s'agit pas de faire du « sport pour tous », ni de proposer des séances d'AP classique, mais bien « d'adapter » ces pratiques pour des populations qui en sont éloignées.

Cette définition, loin d'être une simple clarification, va s'imposer comme un véritable PPO (Callon, 1986) pour les différents partenaires du réseau. Dans son étude sur la domestication des coquilles Saint-Jacques et des marins-pêcheurs dans la baie de Saint-Brieuc, Callon (1986) montrent que dans un collectif d'acteurs travaillant sur la possibilité de maîtriser la culture des coquilles Saint-Jacques afin d'en augmenter la production, un groupe d'entre eux (des chercheurs) impose aux autres (marins-pêcheurs, coquilles Saint-Jacques, collègues scientifiques) une problématisation particulière que ces derniers doivent suivre dans leurs propres intérêts respectifs. Une alliance autour de cette problématisation est présentée comme bénéfique pour chacun d'entre eux et les amène à accepter et travailler selon ladite définition. Callon (1986) parle de PPO pour caractériser ce processus. Dit autrement, la problématisation va indiquer les déplacements et détours à consentir, et ainsi, les alliances à sceller (Callon, 1986). Sur notre terrain, la définition de l'expression « sport-santé » au sein du RSSBE de Champagne-Ardenne se révèle être problématisée en référence à l'acronyme RASP, que l'ensemble des acteurs impliqués dans le réseau se doivent d'admettre comme point de départ de leur démarche au sein du réseau. Empiriquement, l'extrait d'entretien suivant avec la chargée de projet concernant le RSSBE de Champagne-Ardenne pour l'ARS à propos des critères mis en place pour ouvrir un créneau sport-santé est évocateur :

« Enquêteur : Mais du coup, vous avez donné des critères. Quels étaient-ils ?

ARS : Oui, des petits groupes et une activité physique adaptée. Mais pas du sport pour tous. Parce que le souci qu'on a toujours, c'est de ne pas rentrer dans du sport pour tous. Donc, faire le distinguo entre l'activité physique adaptée et le sport pour tous.

Enquêteur : Et ce distinguo, c'est quoi ?

ARS : Alors là, c'est (rires). Je ne vais pas vous ressortir la définition qu'A a dû vous ressortir et que je ne connais pas par cœur, par cœur. Une activité physique

adaptée, progressive (elle réfléchit) mais je ne sais plus (rires). C'est la définition, on a tous la même, normalement. Après, on est dans le sport pour tous.

Enquêteur : Régulière, adaptée, sécurisante et progressive.

ARS : Voilà, c'est ça. Parce que, après, vous avez des gens qui viennent de partout. Au conseil départemental, il y a un de nos partenaires au conseil départemental, je ne sais pas si vous avez eu l'occasion de le rencontrer, C⁹⁹, lui, d'abord, c'est un sportif. (Réfléchit) et je pense que c'est son intérêt pour ce réseau. Comme tous, on a tous fait du sport à un moment ou à un autre. Moi, je suis la plus vieille, les autres, c'est des petits gamins (rires). Et C, lui, en plus, je crois qu'il a fait du sport de haut niveau ou qu'il a fait de la compétition, il fait du basket, etcetera, et après, il faut bien qu'on soit tous bien d'accord par ce qu'on appelle sport-santé, quoi. Parce que sinon, on aurait vite fait de financer, surtout pour l'ARS, de financer des choses qui ne sont pas du sport-santé, qui sont du sport pour tous. C'est pour ça que dans la grande région, on a une problématique aujourd'hui, c'est de remettre en place cette définition, et de se dire, voilà l'ARS finance jusqu'où, finance quoi ? Et la DRJSCS finance quoi et jusqu'où ? » (Entretien du 9/06/2017 avec une des chargées de mission au sein du département prévention et promotion de la santé de l'ARS Grand-Est et anciennement de Champagne-Ardenne).

Dans cet extrait, la porte-parole de l'ARS, si elle ne connaît pas « par cœur » la définition du sport-santé telle que problématisée au sein du RSSBE, elle semble être dans l'obligation de la citer malgré tout. Ne se souvenant plus de la signification des initiales de l'acronyme, elle essaye de les nommer malgré tout, mais c'est finalement l'enquêteur qui les énonce. Ici, le rire est significatif dans la mesure où il révèle le malaise d'une situation où la chargée de projet sait qu'elle est censée connaître cette définition et la citer à ce moment-là, mais qu'elle ne s'en souvient pas. En ce sens, passer par la formulation de cette définition semble quasi-obligatoire. Cadrer et définir la notion de sport-santé dans le sens d'une activité physique RASP, s'installe comme un préalable important au travail collaboratif. Chacun des partenaires, pour s'inscrire dans le système d'alliance collectif du réseau, doit s'ancrer dans cette définition du sport-santé. Dit autrement, le langage commun ici créé par A apparaît

⁹⁹ Le nom de l'acteur cité a été anonymisé.

comme un PPO au sens de Callon (1986). L'extrait suivant issu d'un entretien avec une chargée de mission prévention et promotion de la santé de l'ARS est instructif à ce propos :

« Ah oui, bien sûr, parfois ça peut être tendancieux. Ça peut rester tendancieux parce qu'après. Oui, c'est vrai avec le milieu sportif parce que, eux, il y avait, on avait des médecins dont A, qui ramenait aussi les gens en parlant vraiment de l'activité physique adaptée. Parce qu'il y avait aussi des problématiques de dopage, de choses comme ça, que le réseau n'a jamais utilisé. Mais la DR¹⁰⁰ avait une politique aussi sur le dopage, sur ses sportifs de haut niveau tout ça. Donc, du coup, voilà, ils ont des définitions à la DRJSCS quand même assez précises de chaque activité sportive, normalement » (Entretien du 9/06/2017 avec une des chargées de mission au sein du département prévention et promotion de la santé de l'ARS Grand-Est et anciennement de Champagne-Ardenne).

Le vocabulaire employé par cette chargée de mission pour l'ARS est révélateur. Lorsque certains acteurs s'éloignent de la vision du sport-santé problématisée dans la définition du RASP, des médecins, et notamment A « les ramène » dans le cadre. L'image utilisée est bien celle de faire revenir dans le « bon chemin » des problématisations qui s'en éloigne. Des points de passage obligés sont ainsi créés, que les acteurs doivent suivre pour s'inscrire dans cette structure réticulaire et qui s'avèrent au cœur de la coordination interprofessionnelle. A l'échelle du déploiement du PSSBE en région Nouvelle-Aquitaine, Ivilli et Honta (2019 : 882) notent également l'importance que prend la définition des termes dans le processus de coordination générale. Les auteurs soulignent à ce titre que « le partage des connaissances et informations jugées pertinentes, parmi lesquelles les définitions de l'activité physique, du sport, de l'activité physique adaptée et de la santé, proposées notamment par l'OMS, constitue, depuis le lancement du plan, un point de passage obligé afin de s'accorder sur un langage commun permettant de saisir les finalités et le contenu d'un projet. Ce travail d'acculturation est chronophage et trouve sens à l'échelle locale ».

Notons également que dans l'étude d'Haschar-Noé *et al.*, (2010 : 60) portant sur la mise en œuvre du PNNS en Midi-Pyrénées, l'analyse partielle du dispositif efFORMip montre que la mise en réseau de multiples partenaires s'appuie sur la « promotion permanente

¹⁰⁰ La personne interrogée évoque ici la DRJSCS

d'une activité physique « raisonnée, régulière et raisonnable ... selon la règle des trois R ». Cette définition semble largement promue par les deux médecins du sport créateurs du dispositif dont nous avons signalé plus haut le rôle crucial pour fédérer des partenaires autour d'eux. Un processus semblable à celui que nous avons détaillé sur notre terrain semble ainsi de mise dans le cadre d'effORMip, à savoir la création de PPO par les entrepreneurs-frontières promoteurs du réseau.

Finalement, nous avons pu montrer que, dans le cadre de formes organisationnelles réticulaires qualifiées de « co-ordination » mises en place dans le but de répondre aux difficultés d'éclatement des actions et de leurs redondances dans le champ du sport-santé, les RSSBE vont favoriser une forme de coordination interprofessionnelle poussée qui vise à rendre optimale la continuité des actions en travaillant à la mise en réseau des professionnels. En posant la focale sur l'un de ces réseaux, nous avons montré l'importance capitale que revêtent certains acteurs qualifiés « d'entrepreneurs-frontière » pour la réalisation efficiente des collaborations interprofessionnelles au sein de ces structures. De par leur multi-positionnement identitaire, ils sont en effet capables d'intéresser et d' enrôler des partenaires afin de soutenir leur cause. De plus, ces acteurs travaillent à définir précisément des concepts au cœur de ces dispositifs tels que la notion de « sport-santé », définitions qui vont s'installer comme de véritables PPO pour l'ensemble des partenaires. Un langage commun est ainsi constitué, langage qui favorise une coordination entre des univers hétérogènes. En problématisant des notions clés spécifiquement, les groupes d'acteurs hétérogènes doivent entrer dans ce cadrage afin d'intégrer ce système d'alliance pour lequel ils ont un intérêt. Ces opérations de traduction jouent ainsi un rôle clé dans le processus de coordination entre les acteurs.

4. D'inévitables tensions : perdre prise sur son dispositif

Dans ce chapitre, nous avons tenté de caractériser, de décrire et d'expliquer la manière dont des acteurs issus d'univers professionnels différents, parfois éloignés, travaillaient à une coordination entre eux au sein des RSSBE. Pour autant, ces dispositifs ne sont pas exempts de tensions et de difficultés en termes de collaboration interprofessionnelle. Cette forme organisationnelle formalisée et élaborée n'empêche pas des dysfonctionnements, des tensions qui entravent son fonctionnement. Ainsi, malgré la mise en place de dispositifs et

d'instruments permettant une coordination d'acteurs issus de mondes différents, les RSSBE peuvent être des lieux de tensions qui vont amener des difficultés de coordination. Celles-ci sont issues de la confrontation d'univers différents qui entrent dans un processus de lutte de pouvoir dans la mesure où certains des acteurs différenciés peuvent revendiquer une forme de monopole sur le dispositif.

Afin de mettre en lumière les difficultés de coordination au sein des RSSBE, nous porterons l'attention, dans cette sous-partie, sur le dispositif Prescimouv' – Bouger sur ordonnance. La coordination efficiente de professionnels issus de sphères hétérogènes autour de l'accompagnement des personnes dans leur parcours vers la mise en AP, tel qu'il est pensé dans les RSSBE, suppose une participation de chacun des acteurs du réseau. Il s'agit d'une des conditions importantes pour que la chaîne d'intervention à guichet unique puisse fonctionner. Or, cette participation semble parfois difficile rendant la coordination peu effective comme en témoigne l'exemple du réseau Prescimouv' dans le cadre du PSSBE de la région Poitou-Charentes. En effet, la préoccupation principale des coordonnateurs de ce réseau au moment de l'enquête était qu'ils avaient beaucoup de difficultés à mobiliser les acteurs du monde médical, en particulier les médecins, pour orienter le patient et prescrire une AP au moyen du dispositif¹⁰¹ :

« Enquêteur : Si on prend le début de la chaîne, comment ça se passe avec les médecins ?

Coordonnatrice: (rires). Les médecins, je les ai contactés. Je les ai contactés par courrier, je n'ai pas eu de réponse aux courriers, M¹⁰² ça a été un peu pareil. Zéro retour par courrier. Alors, du coup, j'ai essayé de contacter les secrétariats. Les secrétaires font une très bonne garde, je n'ai eu aucun contact par le secrétariat non plus. J'ai un contact d'une personne qui était avant moi sur le poste, qui était rentrée en contact lors de la formation ETP à la Rochelle, elle avait eu un médecin. Et après, les autres, c'est grâce à l'infirmière Asalé que j'ai pu avoir des contacts et des prescriptions. Donc, actuellement, j'ai quatre médecins sur plus de 80, qui m'ont fait des prescriptions. Pourtant, il y a d'autres

¹⁰¹ Il serait à ce propos intéressant d'identifier les potentiels changements impliqués par la loi de modernisation du système de santé de 2016 et la possibilité légale de prescription de l'AP par les médecins

¹⁰² La coordonnatrice cite ici un de ces collègues coordonnateurs du dispositif. Le prénom a été changé afin de garantir l'anonymat des acteurs.

médecins que j'ai contactés de la part d'autres médecins de qui je n'ai pas eu de réponse non plus. Donc, c'est aussi compliqué au niveau des médecins » (Entretien du 26/09/2016 avec l'une des coordonnatrices du dispositif *Prescirmouv' – Bouger sur ordonnance*).

S'ils disposent du soutien financier de l'ARS puisque le dispositif s'ancre dans le projet plus global du PSSBE, les coordonnateurs ne peuvent s'appuyer, contrairement aux RSSBE de Champagne-Ardenne et de Franche-Comté, sur l'implication de l'URPS-ML pour les raisons que nous allons détailler plus bas. En résulte la difficulté pour les coordonnateurs à mobiliser les médecins généralistes¹⁰³. Parallèlement dans cette région, des concurrences locales se construisent. Ainsi à l'initiative d'un médecin de la région membre de l'URPS-ML, un dispositif similaire à *Prescirmouv' – Bouger sur ordonnance* se met en place, indépendamment de la politique régionale du PSSBE. Ce médecin organise, en effet, dans le cadre de son activité libérale et au titre de l'URPS-ML un dispositif basé sur un modèle similaire mais sans le soutien des partenaires du PRSSBE de Poitou-Charentes. Un article du journal « La nouvelle République » local daté du 5 février 2016 témoigne de cette organisation :

« L'activité physique a plein d'effets cardiologiques et métaboliques. Comment faire pour la généraliser au plus grand nombre ? » interroge le docteur D¹⁰⁴ lors d'un colloque au centre de réadaptation du Moulin Vert à Nieuil-l'Espoir. Son schéma rassemble le médecin, un coordinateur pour les activités physiques adaptées et l'effecteur » (La nouvelle République, 5 février 2016).

Ce dispositif parallèle est vécu comme une redondance par les acteurs investis dans le réseau sport-santé de la région. Ainsi, le directeur de la Chaire sport-santé et directeur de la faculté des Sciences du Sport de l'Université de Poitiers, qui est un des promoteurs principaux du dispositif *Prescirmouv' – Bouger sur ordonnance*, souligne :

« Il a essayé de développer ça de son côté [...] Et puis, il essaye de le développer avec l'URPS » (Entretien du 15/10/2016 avec le directeur de la faculté des Sciences du Sport de l'Université de Poitiers).

¹⁰³ Précisons que c'est également un constat que font Weissland *et al.*, (2016) qui, étudiant le RSSBE Picardie en Forme, montrent également une faible prescription d'AP et d'orientation des patients vers le dispositif.

¹⁰⁴ Le nom du médecin a été anonymisé.

Cette redondance s'étale également dans l'espace public dans la mesure où des journées de promotion des deux dispositifs sont mises en place parallèlement. Est ainsi organisé un colloque sport-santé dans un centre de réadaptation par le médecin cité plus haut le 28 janvier 2016 sur le thème « Démarche incitative ou prescription sur ordonnance ? »¹⁰⁵. Quelques mois plus tard, est organisé le 16 Juin 2016 la 2^{ème} journée sport-santé Bien-être de la chaire sport-santé de l'université de Poitiers où le dispositif *Prescricouv' – Bouger sur ordonnance* est promotionné. S'observe ainsi ici une difficulté de coordination avec les acteurs du monde médical, par l'URPS-ML, qui s'impliquent faiblement dans le réseau *Prescricouv' – Bouger sur ordonnance* et qui conduit au développement de dispositifs similaires.

Le fonctionnement en réseau d'acteurs issus de sphères différentes semble ici générer tensions et conflits qui trouvent leur explication dès l'origine du réseau. En 2014, plusieurs acteurs sont réunis dans un comité de pilotage afin de développer le dispositif *Prescricouv' – Bouger sur ordonnance* dans le cadre du PRSSBE¹⁰⁶. Sont ainsi sollicités comme partenaires principaux l'ARS, la DRJSCS, le Conseil Régional Poitou-Charentes par l'intermédiaire de son service des sports, la Faculté des Sciences et des Sports ainsi l'URPS-ML de Poitou-Charentes. Durant ces discussions, l'entente est jugée satisfaisante par l'ensemble des acteurs interrogés. En outre, le médecin chargé de ce dossier pour l'URPS-ML ressent le sentiment d'être un acteur de premier plan dans ce dossier dans la mesure où il a cette idée de prescription d'AP sur ordonnance depuis plusieurs années. En témoignent les déclarations à la presse de l'URPS-ML et de son président :

« Nous travaillons sur ce dossier depuis 2014. Notre chef de projet, médecin à B¹⁰⁷., aux portes de Poitiers, a mis en place un comité scientifique et constitué un panel de praticiens spécialement formés. Ce panel va bientôt tester un carnet d'activités physiques sur ordonnance. Ensuite, viendra le temps de la pédagogie auprès des patients » (Sud-Ouest, 5 novembre 2015).

On perçoit ici la volonté d'appropriation de l'URPS-ML sur le dispositif en précisant que le groupe de travail est créé depuis 2014 et en insistant sur le caractère scientifique et robuste de la démarche par la « mise en place d'un comité scientifique ». Le médecin chargé du dossier

¹⁰⁵ Article de presse disponible à l'adresse suivante : <https://www.centre-presse.fr/dma-4932-colloque-sport-sante-le-champion-du-monde-stephane-diagana-jeudi-a-nieuil-l-espoir.html>

¹⁰⁶ Fiche action 2.5 : « Mettre en place, à titre expérimental, une action de prescription sur ordonnance de l'AP », PRSSBE Poitou-Charentes 2014-2016 (ARS de Poitou-Charentes, DRJSCS de Poitou-Charentes et Région Poitou-Charentes, 2014 : 25).

¹⁰⁷ Le lieu a été anonymisé.

pour l'URPS-ML évoque son investissement dans la création du dispositif sur le registre de l'effort, et du sur-travail. Se considérant comme pionnier quant à la prescription d'AP en région Poitou-Charentes, ce médecin a la sensation d'être l'investigateur principal de ce dispositif, celui qui l'a porté majoritairement :

« En 2013, je dépose une action, parce que à ce moment-là c'est tous les acteurs régionaux qui faisaient partie du co-pil, du comité de pilotage, qui se sentaient une fibre de faire quelque chose ont déposé une action. Donc là, officiellement, une action est déposée par l'URPS comme quoi on allait faire un projet, une modélisation d'une, au départ c'était une "incitation à faire une AP par les médecins". Donc c'était dans ma tête "sport sur ordonnance". Mais à l'époque, c'était tellement, un petit peu saugrenu, le sport sur ordonnance, que voilà, c'était une mesure incitative »

« Alors, j'ai organisé la première réunion du Groupe des 5, je l'avais appelée comme ça. J'avais réuni, début 2013, quelque chose comme ça, parce que je me disais que pour faire ça, ça ne pourra pas marcher que s'il y a un seul acteur. Il faut absolument que ça soit, sur le terrain, dimension territoriale, mais ça, on pourra en reparler et absolument que tous les acteurs potentiels pour que ça marche, faut les réunir tout de suite. Donc, je m'étais dit, pour que ça marche, c'est un binôme. Le binôme, c'est le prescripteur et l'effecteur. Le prescripteur, c'est le médecin, l'effecteur, c'est le prof de sport. Donc, ça me paraissait logique que le représentant du monde médical, il y avait moi forcément, le représentant du monde du sport, c'était la fac de sport et pour que ça marche il fallait aussi qu'il y ait l'aval de l'autorité de santé. Et quelle est l'autorité de santé, c'est l'ARS, et qu'elle est l'autorité sur le sport, c'est la DRJSCS. Voilà. Et puis, je me disais, il faut aussi un financeur. Ça fait le trinôme. Le financeur, je m'étais dit, ça peut être une collectivité territoriale. Et comme à Poitiers il y en avait plusieurs, il y avait l'agglomération de Poitiers, le conseil général et la région. La région, Ségolène Royale parlait de mesures incitatives depuis dans le sport-santé, donc c'est tout naturellement que je me suis retourné vers eux. Donc, on a fait la première réunion en mars 2013, le Groupe des cinq qui avait vertu de se transformer en Groupe des 12 avec lequel il était prévu d'intégrer le monde sportif olympique, le monde des mutuelles, la sécurité sociale, et les professionnels de santé, voilà.

Dès le début, dès le début, quand j'ai fait la première réunion avec le club des cinq. Avant que, personne d'autre dans la région n'avait parlé de sport sur ordonnance, personne d'autre. J'avais dit, on va se lancer, on va faire une expérience pilote, avant de généraliser, il faut bien qu'on fasse une expérience pilote, ça, c'est partout pareil.

Forcément, vous imaginez bien que, promoteur de ce dossier depuis des mois, j'ai prévenu, j'ai dit, écoutez, le projet n'est pas mûr, pour lancer un projet de santé publique, il faut plusieurs choses.

Il ne pouvait pas y avoir, il ne pouvait pas y avoir d'autre parce que c'était, c'était novateur. Et peu d'acteurs avaient une idée déjà de comment faire ? Il n'y avait pas de divergences parce que, quand vous avez un projet à construire, on avance, mais il n'y a pas d'a priori. C'est effectivement celui qui est psychologiquement pilote dans le projet parce qu'il y a plus réfléchi va forcément apporter des éléments à l'autre. (Divers extraits de l'entretien du 13/10/2016 avec le docteur D¹⁰⁸, représentant de l'URPS-ML concernant le projet 'Prescrimouv' – Bouger sur ordonnance lors des premières réunions de co-pilotage).

A plusieurs reprises, le docteur *D* évoque qu'il est le « promoteur de ce dossier depuis des mois », « le pilote dans le projet » car il y a réfléchi depuis plusieurs années. Il précise qu'il est un pionnier sur cette question dans sa région puisque « personne d'autre n'avait parlé de sport sur ordonnance ». En ce sens, en entretien, il décrit une réalité historique où il est à l'initiative des premières réunions de co-pilotage dans lesquelles, vont se réunir les porte-parole de l'ARS, de la DRJSCS, de la faculté des sciences du sport ainsi que le conseil régional par son service des sports. L'utilisation du pronom personnel « je » à la place du « nous » lorsqu'il évoque l'organisation des réunions entre les partenaires ou du dépôt de l'action visant la prescription d'AP dans le cadre du PRSSBE, est révélatrice. Du point de vue du Dr *D*, il est l'instigateur principal du dispositif, sont porteur premier.

Cependant, le 4 novembre 2015, l'URPS-ML annonce son retrait du comité de pilotage (Sud-Ouest, 5 novembre 2015) sous prétexte que le conseil régional, par l'intermédiaire de son service des sports, a forcé l'officialisation du dispositif alors qu'il était jugé insuffisamment opérationnel par l'URPS-ML, pour en faire un argument électoral en vue

¹⁰⁸ Le nom de l'acteur a été anonymisé.

des élections régionales française de décembre 2015 (Sud-Ouest, 5 novembre 2015)¹⁰⁹. Ainsi au cours des réunions de co-pilotage, les médecins de l'URPS-ML (par l'intermédiaire de leur représentant) ont ressenti, par cette volonté d'institutionnalisation jugée précoce, la mainmise du service des sports de la région et des universitaires de la faculté des sciences, remettant en question la démarche égalitaire à l'origine de la création du réseau, concrétisant un sentiment de dépossession. Le docteur A explique ainsi :

« Pour que ça marche, il faut petit territoire, petit échantillon, petite équipe. Voilà, trois choses. Et rapidement enrôler tous les acteurs, tous les acteurs. Et après dans la gouvernance, il faut que la gouvernance soit un représentant de chaque acteur. A partir du moment où un acteur voudra prendre le pied ou le pas sur l'autre, c'est mort. J'ai dit ça au départ. Et s'il y a une divergence, c'est que, à Poitiers, il y a un acteur, qui s'est cru plus légitime que les autres et a voulu passer en force, rouleau compresseur. Alors forcément, cet acteur n'aura pas la même analyse des choses forcément (...) On parle de la région, qui a voulu passer en force (...) le service des sports. (...) La région a voulu passer en force et a voulu sortir le projet pour des mauvaises raisons, qui sont les élections régionales qui ont eu lieu en décembre. Leur objectif à eux, secret, c'était ça. (...) C'était modélisé, mais pas encore opérationnel. Donc on a dit, non, le projet n'est pas encore assez mûr pour se lancer, donc nous médecin on ne veut pas contribuer à un projet bancal. (...) Et surtout, surtout, surtout, le corps médical n'était pas sensibilisé. C'était l'éeénorme (insiste sur le « éée ») raison. Je suis médecin depuis pas mal d'années et je sais que les médecins, pour leur proposer quelque chose, il faut que ce soit ficelé, organisé, transparent, lisible. C'était pas ça. C'était pas ça parce qu'on n'avait pas une taille critique de sensibilisation auprès du monde médical pour le lancer » (Entretien du 13/10/2016 avec le docteur D, représentant de l'URPS-ML concernant le projet 'Preskrimouv' – Bouger sur ordonnance lors des premières réunions de co-pilotage).

En reprenant le vocabulaire de Chateauraynaud (2006), on peut ici constater une perte de « prise », c'est-à-dire de maîtrise d'un des acteurs sur le dispositif, au détriment d'un autre conduisant au retrait du premier. Nous sommes ici proches de ce qu'observe Schweyer (2005)

¹⁰⁹ Cet article de presse relate ce retrait de l'URPS-ML.

qui travaille sur la création et le fonctionnement des réseaux de santé. En effet, selon l'auteur, les réseaux portent souvent la marque de leurs fondateurs dans la mesure où leur origine est souvent due à une initiative personnelle et à l'investissement important des pionniers. Pour Schweyer, une appropriation, considérée comme nécessaire pour persévérer dans la construction du réseau malgré les difficultés, est souvent à l'œuvre chez les fondateurs qui partagent une croyance tenace dans le bien-fondé de leur dispositif. Ainsi, selon l'auteur, « l'origine d'un réseau est souvent due à une initiative personnelle mais surtout à la ténacité et à l'investissement personnel de pionniers dont le registre d'action est celui de l'effort, du sur-travail, du don » (Schweyer, 2005 : 93). Or, après une phase de construction du réseau, son institutionnalisation, son financement et la contractualisation des relations entre ses membres reposent sur le respect d'un certain nombre de contraintes et d'objectifs en cohérence avec une politique régionale qui dépassent les intentions personnelles initiales des fondateurs. Dit autrement, « l'artisan créateur libre et autonome doit s'acculturer au nouveau modèle : le réseau lui échappe » (Schweyer, 2005 : 93).

Les RSSBE n'échappent pas à cela comme en témoigne l'exemple du dispositif *Preskrimouv' – Bouger sur ordonnance*, où l'échéance électorale dans le cadre d'une stratégie politique tend à une institutionnalisation jugée rapide par certains acteurs du dispositif, ce qui conduit à un désengagement des pionniers qui se sentent dépossédés de leur travail. Selon le Dr D, le dispositif n'était pas encore prêt au moment de son officialisation, entre autres à cause d'une faible sensibilisation du milieu médical. Pour autant, de son point de vue, l'institutionnalisation s'est réalisée sans l'accord de tous les partenaires à des fins d'enjeux politiques. Se considérant comme le promoteur principal de ce système réticulaire, ayant réfléchi depuis de nombreuses années à ce dossier, le Dr D vit alors un sentiment de dépossession de « son » dispositif comme en témoigne les extraits de l'entretien suivant :

« Dr D : Au mois de juin, colloque organisé par la fac de sport. Tout bêtement, il est organisé un colloque national sur le sport-santé, on ne m'invite pas (il attend et fait une pause de deux secondes pour appuyer le propos). Donc, vous en tirez les conclusions, ça veut dire qu'on ne veut pas me voir. Pourquoi ? (Il attend deux secondes). A votre avis ? Sur un sujet, qu'on n'invite pas la personne dont tout le monde sait qu'il l'a promu. Je veux dire, si on ne sait pas que D a promu le sport-santé dans la région, faut vraiment avoir des œillères, quoi. Donc, si on ne l'invite pas, moi je dis pourquoi ? Pourquoi ?

Enquêteur : Je ne sais pas, je ne peux pas répondre à cette question.
Dr D : Bah, quand on n'invite pas une personne, c'est qu'on n'a peut-être pas envie de l'entendre » (Entretien du 13/10/2016 avec le docteur D, représentant de l'URPS-ML concernant le projet *Prescirmouv' – Bouger sur ordonnance* lors des premières réunions de co-pilotage).

« Eh bien par exemple, il y a eu, le 24 septembre à Niort, le 28 juin à Poitiers, le 12 juin à la faculté, chacun organise son petit truc. Voilà. Où la région est invitée par Prescirmouv' et où le promoteur de Prescirmouv' n'est pas invité » (Entretien du 13/10/2016 avec le docteur D, représentant de l'URPS-ML concernant le projet *Prescirmouv' – Bouger sur ordonnance* lors des premières réunions de co-pilotage).

Au croisement d'une double logique contextuelle et de sentiment de dépossession, les médecins libéraux se désengagent du travail en réseau organisé dans le cadre du dispositif *Prescirmouv' – Bouger sur ordonnance* parce qu'ils ne sont plus placés au centre de celui-ci. Le réseau leur échappe au profit du service des sports de la région et de la faculté des Sciences du sport de l'Université de Poitiers, ce qui a pour conséquence une difficulté de fonctionnement avec le monde médical ainsi qu'une redondance des dispositifs impliquant au final un manque de lisibilité auprès du public et des professionnels.

Ces processus de tensions dans lesquelles la volonté d'affichage politique de certains acteurs entrent en conflit avec les visions d'autres partenaires conduisant à des sentiments de dépossession progressive sont également visibles sur d'autres terrains étudiés par la sociologie du sports-santé. Ainsi, Marsault (2017), étudiant le dispositif SSSO implanté à Strasbourg, montre que le développement du sport-santé est une occasion d'affichage politique intéressante pour le service des sports de la ville afin de prendre une position centrale dans la politique de la communauté urbaine, puis de l'Eurométropole. D'autre part, Ginbourger et Terral (2014), s'intéressant à la dynamique collaborative au sein d'un comité de pilotage d'un projet d'activité physique sur un site de lutte contre le cancer, montrent que des tensions s'organisent autour de la question de l'opérationnalisation du dispositif. Certains acteurs vont ainsi s'opposer à un management de projet aux temporalités courtes qu'ils considèrent comme des préoccupations quantitatives et une volonté d'utiliser le projet comme un produit marketing. Est ainsi dénoncée une démarche managériale utilisée dans le projet privilégiant le produit au processus dans une perspective d'affichage politique. Ces tensions semblent proches ce que nous avons relevé et décrit plus haut.

Ainsi, la formalisation des réseaux n'est pas neutre. Elle peut valoriser certains professionnels plutôt que d'autres. Classiquement dans les réseaux de santé, « le médecin généraliste se voit le plus souvent reconnaître un rôle central » (Robelet *et al.*, 2005 : 244) or dans le cas qui nous intéresse, d'autres acteurs pilotent le réseau : le service des sports de la région ainsi que les universitaires de la faculté des sciences et du sport qui forment des professionnels de l'intervention en APAS. Outre la primauté dans la création du réseau revendiquée par les médecins, se joue aussi le poids symbolique des médecins sur les questions de santé et leur investissement historique dans la problématique du sport-santé (Radel, 2012 ; Favier-Ambrosini, 2016).

5. Conclusion partielle

Au final, les RSSBE ont indéniablement contribué à favoriser la coordination des actions de prévention par l'AP d'un niveau que l'on pourrait qualifier de minimal (mise en visibilité de l'existant) à un niveau plus intégré (parcours et suivi de la pratique au sein de la structure réticulée). Les formes organisationnelles réticulaires que sont les RSSBE correspondent, en effet, à ce que Trouvé *et al.*, (2010) appellent une organisation par « coordination » dans laquelle les parties prenantes mettent en place des moyens de collaboration pour trouver des solutions aux problèmes de discontinuité des interventions. La formalisation des réseaux encouragée par les PRSBE a permis de structurer la coordination au niveau horizontal par la construction d'outils et le partage de savoirs permettant un décloisonnement des actions de chacun.

D'autre part, en étudiant les formes de coordination en jeu dans les RSSBE, nous avons montré le rôle central que peuvent prendre certains acteurs afin de réunir, dans une structure réticulaire, des professionnels issus d'univers sociaux divers. En posant la focale sur le RSSBE de Champagne-Ardenne, nous avons pu montrer que l'un des promoteurs essentiels de ce dispositif revêt les caractéristiques de la figure d' « entrepreneur - frontière » qui viennent éclairer la manière dont la coordination interprofessionnelle s'organise au sein d'une structure réticulaire. Premièrement, grâce à une identité professionnelle plurielle issue d'expériences de travail diverses, ils se situent à la frontière de plusieurs univers qui peuvent parfois être en éloignés ou en conflit. Ce multi-positionnement leur permet de nourrir de nombreux contacts afin de créer des ponts entre les espaces médicaux, médico-sociaux et

sportifs. En d'autres termes, leur « carnet d'adresse » leur permet de s'adresser aux acteurs clés des univers sociaux. D'autre part, ces acteurs arrivent à percevoir finement les enjeux et intérêts de chacun des univers, puisqu'ils en font partie. Ils peuvent alors travailler leur capacité d'intéressement en argumentant sur les leviers les plus pertinents du point de vue des potentiels partenaires. Ils peuvent également disposer d'un répertoire varié de présentations d'eux-mêmes sur lesquelles ils peuvent jouer afin de maximiser les occasions d'alliances stratégiques. En ayant la possibilité de se présenter comme des acteurs appartenant à chacun des univers qu'ils souhaitent intéresser, et être perçus comme tels, les entrepreneurs - frontière rassurent quant à la démarche entreprise.

De plus, ces acteurs vont travailler à la définition de concepts au cœur des RSSBE qui vont s'installer comme des PPO pour l'ensemble des partenaires. Est ainsi constitué un langage commun qui favorise une coordination entre des univers hétérogènes. Les groupes d'acteurs différents se doivent d'entrer dans le cadrage définitionnel donné afin d'intégrer ce système d'alliance pour lequel ils ont un intérêt. Dès lors, ces démarches de traduction ont une importance capitale dans le processus de coordination entre les acteurs.

Cependant, malgré la mise en place de dispositifs et d'instruments permettant une coordination d'acteurs issus de mondes différents, ces structures peuvent également être traversées par des tensions qui génèrent des difficultés de coordination. Elles sont le fruit notamment d'univers professionnels différents qui entrent dans un processus de prise de pouvoir sur un territoire dans la mesure où sont mis en lien des acteurs divers qui peuvent revendiquer une forme de monopole sur le dispositif. En posant la focale sur le dispositif *Prescrimouv' – Bouger sur ordonnance*, nous avons montré comment des luttes de pouvoir dans un contexte d'échéances politiques locales pouvaient conduire à un sentiment de dépossession chez certains acteurs se considérant comme pionniers dans la création de cette structure collective, ce qui conduit à une difficulté de coordination sur le terrain entre les différents groupes professionnels.

Comme nous l'avons montré dans les chapitres précédents, on observe sur le terrain des politiques publiques, une injonction au travail interprofessionnel dans laquelle les mondes de la santé, du sport et de l'APA sont incités à collaborer ensemble. Si nous avons pu mettre en évidence les formes de coordination en jeu et étudier les moyens par lesquels celles-ci sont mises en place, nous nous interrogerons dans les sixième et septième chapitres sur ce que

produisent ces formes de travail interprofessionnelles au travers du prisme théorique du gouvernement de corps.

CHAPITRE 5 : GOUVERNER LES CORPS DANS LES RSSBE.
LA RECHERCHE D'UNE FORME DE NORMATIVITE

Chapitre 5 : Gouverner les corps dans les RSSBE.

La recherche d'une forme de normativité

Dans ce chapitre, nous montrons que dans le cadre des politiques publiques régionales et locales visant la mise à l'activité physique des populations et la lutte contre la sédentarité, les RSSBE étudiés revendiquent un ancrage dans une conception de la mise en mouvement des personnes pour leur santé qui cherche à prendre en compte la subjectivité des individus en s'appuyant sur leur participation afin de proposer des parcours qui leur sont les plus adaptés possibles. Les discours des concepteurs et acteurs de ces dispositifs témoignent alors d'une volonté d'éloignement des modèles normatifs visant l'imposition de normes prescriptives extérieures aux individus. Le gouvernement des corps à l'œuvre s'ancre ainsi dans un mouvement plus global d'individualisation des politiques publiques où les ressorts de l'activation des personnes passent par une attention forte portée au « sujet ». Les RSSBE s'intègrent alors dans un contexte contemporain global des politiques publiques qui fait la part belle à l'individu, c'est-à-dire qui prend en compte son individualité et sa subjectivité. Au cœur de ce mouvement, il en ressort que les RSSBE cherchent à s'éloigner d'un gouvernement des corps adossé à des modèles moralisateurs, normatifs et prescripteurs de normes collectives et extérieures aux bénéficiaires.

En ce sens, du point de vue des modèles normatifs en jeu, les RSSBE ont pour volonté de valoriser des processus de normativité plus que de normalisation. Sans détailler une nouvelle fois les perspectives théoriques que nous avons exposées lors du cadrage théorique de cette thèse, rappelons-en les grandes lignes. En s'ancrant dans les réflexions développées par Canguilhem (2013) autour du concept de norme, Klein (2008, 2010, 2011) va distinguer deux modèles normatifs pour la santé. Dans le premier, qui est qualifié de « biologique » les normes de santé sont mises en chiffres statistiquement par les sciences médicales et ce qui est qualifié de normal désigne ici une « moyenne » chiffrée (Canguilhem, 2013). Ainsi comme le souligne Cornu (2009 : 29), cette perspective est génératrice de « normalisation » dans le sens où la norme s'impose à l'individu selon un mouvement descendant et prescriptif. Le deuxième modèle est quant à lui qualifié de « psycho-social » (Herzlich, 1969 : 178) dans lequel tout sens objectif de la normalité est récusé et où celle-ci serait subjective. Selon cette conception, la normativité va définir la capacité de création de nouvelles normes par l'individu. Dès lors, ici l'action va changer de sens et l'on va passer d'une démarche dans laquelle on souhaite amener ou ramener l'individu à une norme, à un « travail qui étaye dans

le sujet sa capacité à instituer sa propre norme vitale, jusque dans la vie de la pensée » (Cornu, 2009 : 34). Pour ce qui concerne plus précisément l'éducation à la santé, il en découle que l'approche n'est plus verticale, c'est à dire de prescription de normes à l'individu que celui-ci devrait atteindre, mais consiste à porter l'attention à son expérience vécue afin d'en comprendre le « sens », ce qui implique de faire entrer une approche qualitative dans les observations et les hypothèses (Cornu, 2009).

1. Le refus d'imposer des normes chiffrées externes à l'individu

Une première caractéristique émanant du discours des concepteurs et coordonnateurs des RSSBE s'inscrit dans le refus d'imposer aux patients des normes chiffrées en termes de seuils moyens d'activité physique ou de dépense énergétique à atteindre. En effet, au niveau international et national, de nombreux textes de santé publique travaillent à la transmission, auprès des populations, de recommandations de bonnes pratiques en termes d'activité physique pour leur santé. Sur la base d'expertises scientifiques, des inventaires de comportements que chacun se doit d'adopter sont définis. Ceux-ci reposent en grande partie sur des seuils chiffrés, basés sur des moyennes, à atteindre. S'organise ainsi une injonction à la pratique physique selon un certain nombre de normes qu'il s'agit d'adopter au quotidien. Par exemple, L'OMS (2010) recommande aux adultes de pratiquer « au moins 150 minutes d'activité d'endurance d'intensité modérée par semaine ou au moins 75 minutes d'activité d'endurance cardio-respiratoire d'intensité élevée, ou une combinaison équivalente d'activité d'intensité modérée et élevée. La pratique de renforcement musculaire au moins deux fois par semaine est également recommandée ». Au niveau national, le rapport de l'Agence Nationale de Sécurité Sanitaire de l'Alimentation réactualise les recommandations du PNNS en termes d'activité physique en 2016. Ainsi, l'adulte est amené à être actif physiquement en jouant sur trois déterminants : le développement de l'endurance cardio-respiratoire, le renforcement musculaire ainsi que la capacité de souplesse et de mobilité articulaire. Concernant le premier point, l'individu est encouragé à pratiquer « au moins 30 minutes d'AP par jour. Des bénéfices supplémentaires sur la santé peuvent être obtenus avec une pratique de 45 à 60 minutes » (Anses, 2016 : 399). Il est également précisé que « la marche étant une activité particulièrement accessible, 7 100 et 11 000 pas quotidiens sont recommandés pour les adultes » (Anses, 2016 : 399). En ce qui concerne le renforcement musculaire, la personne doit pratiquer « de 8 à 10 exercices différents impliquant les membres supérieurs et inférieurs,

répétés 10 à 15 fois par série ; chaque série peut être répétée de 2 à 3 fois (...) 1 à 2 fois par semaine (...) en respectant 1 à 2 jours de récupération entre deux séances (...) avec une intensité de contraction permettant la répétition de 10 à 15 mouvements sans douleur musculaire » (Anses, 2016 : 399-400). Enfin, pour le troisième point : « Les étirements doivent être réalisés régulièrement, au minimum de 2 à 3 fois par semaine » (Anses, 2016 : 400). Bien que ces dernières recommandations se spécifient pour s'adapter à plusieurs catégories de population, et qu'une marge de manœuvre soit laissée à l'individu puisqu'il conserve le choix de ses activités de loisirs, de ses pratiques physiques et des formes d'engagement, il n'en reste pas moins qu'elles s'imposent comme des normes collectives que les individus sont amenés à respecter. Ces recommandations prennent appui sur des travaux scientifiques et rapports d'expertises (INSERM, 2008 par exemple) définissant des « moyennes » caractérisant des régularités. Pour reprendre la problématique exposée par Canguilhem dans *Le normal et le pathologique* (2013) les travaux scientifiques « physiologistes », sur la base d'expertises statistiques, travaillent à créer du « normal », c'est-à-dire des normes qui « sont en fait des constantes déterminées par des moyennes » (Canguilhem, 2013 : 130). Or, Canguilhem soutient l'idée selon laquelle la norme issue de la constante statistique ne permet que de donner des tendances générales qui ne recourent aucunement le fonctionnement individuel de chaque individu, qui est justement singulier. L'écart à la norme est constamment présent. Ainsi, en travaillant à construire une norme sur la base de moyennes statistiques que les individus devraient suivre, les textes et programmes de santé publique tendent à la normalisation des comportements de santé en instaurant un rapport descendant d'imposition de normes externes collectives c'est-à-dire non spécifiques à l'individu. Comme le souligne Gadais (2015) dans une revue de littérature des dispositifs d'éducation à la santé par l'AP, il s'agit d'une forme particulière de stratégie d'intervention qualifiée de « sensibilisation » qui vise à toucher des populations globales.

Les trois RSSBE étudiés s'inscrivent, quant à eux, dans des démarches différentes dans la mesure où ce type de recommandations, que Génolini et Clement (2010 : 148) qualifient « d'injonctions » normatives, sont très faiblement reprises. En effet, bien que des tests physiques ainsi que des questionnaires psychologiques soient effectués et que des résultats chiffrés soient relevés comme nous l'étudierons plus en détail au sixième chapitre, il est extrêmement rare qu'un seuil chiffré ou qu'une moyenne générique à atteindre soient cités dans les discours ou dans les documents produits par les réseaux. Les coordinateurs sont

explicites, l'objectif prioritaire n'est pas de faire atteindre aux personnes un certain IMC, de les faire pratiquer tant de fois par semaine ou de réaliser un certain nombre de pas par mois :

« On ne travaille vraiment pas sur « vous vous êtes amélioré de tant au test, c'est très bien ». On est vraiment sur personnellement quels bénéfices il en tire, du ressenti qui peut très bien être, si c'est pas physiologique, de dire, je me sens moins essoufflé, ça peut être très bien, j'ai renoué le contact avec un groupe alors que j'étais isolé chez moi » (Entretien du 12/09/2016 avec l'un des coordonnateurs du dispositif Prescirmouv' – Bouger sur ordonnance).

Cet extrait montre bien que dans le discours, l'idée d'atteindre des moyennes collectives transformées en normes (Canguilhem, 2013) n'est pas l'objectif. Le vocabulaire utilisé est significatif ; il s'agit, en effet, de travailler « personnellement » sur les « bénéfices ressentis », propres à la personne, loin d'une démarche d'atteinte ou non des recommandations génériques. Cette prise de distance explicite avec l'imposition prescriptive de normes extérieures s'incarne également dans les outils utilisés par les réseaux. Nous y reviendrons en détail, mais contentons-nous ici de préciser que ces dispositifs produisent des carnets de suivi des bénéficiaires dans lesquels plusieurs informations sont inscrites, dont des résultats chiffrés à des tests physiques ainsi qu'à des questionnaires à différents moments de leur prise en charge. Si ces données quantitatives sont bien produites, nous notons qu'elles ne sont jamais reliées à des chiffres extérieurs à l'individu qu'il serait censé atteindre. Au contraire, la quantification à l'œuvre est auto-référencée et individualisée selon des processus que nous aborderons en détail. Les données chiffrées produites ne sont comparées que par rapport à soi et ne sont jamais mises en tension avec des moyennes générales que la personne devrait atteindre. En ce sens, au sein des RSSBE, l'ambition est que les « soignants aident le patient à définir sa norme propre » (Lecorps, 2004 : 85). En suivant Canguilhem (2013) et Klein (2011), les RSSBE travaillent donc au développement d'un processus de normativité en accompagnant l'individu à créer ses propres normes de mise à l'activité physique sur la base de son fonctionnement singulier.

2. Des parcours adaptés à des individus singuliers

2.1. Le sujet comme être singulier

Ce refus d'imposer des normes prescriptives génériques caractérise les RSSBE au-delà de l'étude des métriques en jeu. En effet, ces dispositifs s'inscrivent dans un modèle « psycho-social » d'éducation à la santé (Herzlich, 1969 ; Klein, 2008 ; Perrin, 2013, 2016) où c'est la prise en compte de la personne dans sa singularité qui est visée. Refusant de voir dans le patient un être rationnel qui cherche à préserver son capital-santé sur la base de recommandations à suivre pour préserver et améliorer sa santé (Lecorps, 2004), ces dispositifs considèrent que la mise ou remise à l'activité physique quotidienne de personnes ne va pas de soi et demande un travail profond et individuel avec la personne (Fuchs *et al.*, 2014 ; Barth *et al.*, 2014, Barth et Perrin, 2011). Les parcours d'accompagnement se doivent donc d'être les plus individualisés et personnalisés possibles dans le but de modifier les comportements dans la perspective d'une vision à long terme. La question du « sujet » (Klein, 2010) comme être porteur de significations est alors au cœur du discours des acteurs qui réalisent les BMS. Les propos des coordonnateurs du dispositif *Prescirmouv' – Bouger sur ordonnance* sont ici saillants dans la mesure où, lorsqu'ils évoquent les personnes à qui le dispositif est destiné, le champ lexical utilisé renvoie systématiquement à l'unicité et à la singularité du bénéficiaire :

« Sur l'approche effectivement, on est vraiment dans le concept d'APA dans le sens où on se centre vraiment sur l'utilisateur, ses capacités, ses ressources, ses besoins en activité physique. Mais on est vraiment centré effectivement sur l'utilisateur, de se dire, quel est son besoin en activité physique et surtout, qu'est-ce qu'il est en mesure de faire ou de ne pas faire. On a une vision vraiment déjà centrée sur l'utilisateur et puis à long terme » (Entretien du 6/09/2016 avec un des coordinateurs du dispositif *Prescirmouv' – Bouger sur ordonnance*).

Le professionnel cité dans ce passage insiste lourdement, à trois reprises, sur le fait que la focale est « centrée sur l'utilisateur » au sens où l'attention est portée sur l'être singulier que représente le patient. Cette caractéristique majeure est également rappelée par le chargé de mission sport-santé du Comité Régional Olympique et Sportif (CROS) de Poitou-Charentes, acteur représentant la branche sportive au sein des comités de co-pilotage du dispositif *Prescirmouv' – Bouger sur ordonnance*. Celui-ci, expliquant, qu'au moment de la création de ce dispositif, le mouvement sportif travaillait également à la conception d'une organisation territoriale dans le domaine du sport-santé, insiste sur la différence principale entre les deux :

« Et en plus, de tête, il y a un paramètre important de Prescirmouv' qui différencie bien cette action de ce qu'on souhaitait faire, c'est la notion de

*programme. Nous, on avait imaginé un système en programme donc, avec quelque chose de plus collectif, avec de l'adaptation individuelle dans ces programmes bien sûr, mais là, on est plus sur un modèle, et ça s'explique tout à fait, X¹¹⁰ nous ont bien expliqué pourquoi, ils sont vraiment sur la notion d'individualisation » (Entretien du 2/12/2016 avec le porte-parole du CROS pour le dispositif *Prescirmouv' – Bouger sur ordonnance*).*

On perçoit, dans le discours de cet acteur, une focalisation sur l'individu et l'importance de la notion d'individualisation des parcours qui est au cœur de la démarche du dispositif. La coordinatrice du RSSBE de Franche-Comté s'inscrit dans une perspective similaire. Discutant de l'outil MÉDICOSPORT-SANTÉ© édité par le CNOSF qui propose pour chaque pathologie, des recommandations d'activités physiques différentes, elle précise sa conception d'un programme d'AP dans un but de santé :

« Quand je vois, oui, il y a toutes les pathologies qui sont recensées, c'est super, par contre, moi, dire qu'un diabétique peut faire telle ou telle activité dans tel ou tel club, etcetera, ça me semble un petit peu, un peu, un peu léger. Pour moi, deux diabétiques ne se ressemblent pas, deux diabétiques n'ont pas les mêmes complications, deux diabétiques n'ont pas les mêmes goûts, etcetera » (Entretien du 27/09/2016 avec la coordinatrice du RSSBE de Franche-Comté).

Dit autrement, la prescription générique d'une activité physique est difficilement concevable pour elle. La singularité de chaque individu doit être prise en compte, si bien que l'imposition de normes collectives en termes d'AP est peu envisageable. Dans le même sens, pour le président du RSSBE de Champagne-Ardenne écrivant en introduction de l'Annuaire sport-santé du réseau :

« Le RSSBE n'a qu'un objectif : placer le patient au centre de ses préoccupations » (RSSBE Champagne-Ardenne, Annuaire sport-santé édition Champagne-Ardenne, p. 2)

Cette importance donnée à la notion d'individualisation des parcours d'accompagnement dans les RSSBE, centrant l'attention sur la personne, se réalise

¹¹⁰ L'acteur cite ici les prénoms des trois coordonnateurs du dispositif *Prescirmouv' – Bouger sur ordonnance*. Nous avons anonymisé.

structurellement dans les conditions posées pour l'organisation des créneaux sport-santé. En effet, le RSSBE de Champagne-Ardenne a mis en place, dès 2009, une labellisation de créneaux Sport-Santé dans lesquels les patients sont orientés. La délivrance du label, effectué par la DRJSCS jusqu'en 2017 puis par le RSSBE à partir de cette date¹¹¹, repose sur un cahier des charges précis dans lequel, un des critères, concerne le nombre limité de participants. Celui-ci est fixé à un maximum de quinze personnes pour ce label. Le dispositif *Prescirmouv'* – *Bouger sur ordonnance* ne délivre pas un label en tant que tel mais des critères sont fixés afin que les coordonnateurs du dispositif puissent identifier de potentiels créneaux susceptibles d'intégrer le dispositif. Le nombre maximum de personnes est ici fixé à huit. Il est alors intéressant de constater que ce nombre réduit est lié, dans le discours des coordonnateurs, à la notion d'individualisation des parcours :

« Donc là, ce qui ressort du dispositif, c'est vraiment ça, c'est permettre à des personnes de prendre conscience qu'ils peuvent être actifs en six mois d'activité, encadrés, cocoonés, des créneaux qui vont être spécifiques, des créneaux de huit personnes encadrées par un enseignant en activité physique adaptée et de voir comment pendant ces six mois, faire une éducation à la santé autour de l'activité physique » (Entretien du 6/09/2016 avec un des coordonnateurs du dispositif *Prescirmouv'* – *Bouger sur ordonnance*).

Le discours est bien centré sur l'individualisation et la personnalisation des interventions dans le sens d'une prise en compte de l'individu en tant que sujet. Il s'agit donc de « cocooner » les personnes avec des interventions qui sont qualifiées de « spécifiques ».

Ainsi les RSSBE, en travaillant à une prise en compte des personnes comme êtres uniques et singuliers s'inscrivent, selon les discours des acteurs, dans un modèle d'éducation à la santé qui refuse d'imposer des normes génériques et collectives aux usagers. C'est à l'inverse une volonté d'individualisation des parcours qui est à l'œuvre. Perrin (2008) souligne le rôle des organisations en réseau dans le renouvellement des modèles normatifs dans le domaine de la santé publique. Ces structures s'inscrivent « en rupture avec un fonctionnement institutionnel hiérarchique et cloisonnant » (Perrin, 2019 : 62) et installe une

¹¹¹ On peut en effet lire sur le bilan d'activité pour l'année 2016 du RSSBE de Champagne-Ardenne : « La labellisation comme nous la connaissions ne sera pas reconduite par la DRJSCS. Le réseau reprendra ce label afin de continuer le travail initié durant les années précédentes. Un groupe de travail composé des trois branches du réseau sera mis en place en 2017 » (Boucherot et Delliott, 2016 : 13)

nouvelle « relation de service de santé “plus à l’écoute de la demande du patient dans sa singularité” [Robelet *et al.*, 2005]). Inspirés du fonctionnement des réseaux de santé, les RSSBE ont donc pour ambition de s’ancrer dans ces perspectives.

2.2. L’importance de donner du sens à la pratique

En portant l’attention sur l’individu en tant qu’être singulier, les RSSBE affichent une deuxième caractéristique capitale : la volonté de se rapprocher des dispositifs d’éducation à la santé qui mettent au cœur de leur démarche la prise en compte de l’expression des goûts de la personne, de leur rapport intime aux pratiques physiques et à leur corps ainsi que de leur histoire de vie. Cette propriété est systématiquement reliée, dans le discours des acteurs, à la volonté de donner du sens à la pratique, volonté considérée comme centrale afin d’atteindre l’objectif central que se fixent ces dispositifs : permettre aux personnes de pratiquer une activité physique en autonomie tout au long de leur vie. L’hypothèse soutenue par les RSSBE est que la pérennité de la pratique physique à long terme n’est pas motivée par des injonctions sanitaires mais répond à des besoins qui font sens pour les pratiquants. Les propos des acteurs de ces dispositifs sont ainsi révélateurs :

« L’activité physique ça a du sens, ça se motive, ça ne se prescrit pas » (Entretien du 6/07/2017 avec le président du RSSBE de Champagne-Ardenne).

« Après moi je pense que les tests ou les questionnaires, c’est bien quand c’est du fonctionnel. Qu’est-ce que je n’arrivais pas à faire et qu’est-ce que j’arrive à faire maintenant. Dans notre quotidien je ne suis pas convaincu des mesures. Des mesures de distances. Je ne trouve pas ça parlant pour un patient. Pour un patient ce qui est parlant c’est maintenant j’arrive à m’attacher les cheveux, j’arrive à accrocher mon soutien-gorge sans passer par devant. Voilà, je pense que dans les questions, il faut arriver à être plus fonctionnel. C’est plus parlant pour les patients. Leur dire tu fais telle distance, tu fais combien, il n’y a pas de sens » (Entretien du 18/06/2016 avec une kinésithérapeute menant des créneaux Sport-Santé dans le cadre du RSSBE de Franche-Comté)..

Rendre l’activité « parlante », « donner du sens » à la pratique sont au cœur des discours. Plus précisément, dans les réseaux étudiés, pratiquer une activité physique est question de « sens »

dans une vision proche de celle de Develay (1996), pour qui celui-ci est à l'articulation du désir et de l'intérêt. Celui-ci s'envisage comme un construit de significations intimes reposant sur des tendances à agir personnelles liées aux expériences vécues ainsi que dans une sorte d'appétence pour un objet qui porte en lui une forme de réponse concrète ou symbolique à un besoin présent chez l'individu. Dit autrement, le sens se construit au carrefour de l'histoire des personnes et de leurs objectifs personnels. L'analyse des entretiens avec les professionnels des dispositifs révèle une adhésion à cette définition étant donné qu'ils insistent tout d'abord sur leur activité d'exploration du vécu des personnes :

« Alors moi, les gens que j'ai vu, c'est des publics poly-pathologiques en général et avec des gros problèmes au niveau social ou psychologique à côté, enfin des vécus des maladies difficiles, des vécus aussi on va dire familiaux compliqués, enfin c'est des choses quand on échange avec les associations sportives, qu'elles ne prennent pas en compte, elles ne se rendent pas compte par rapport au public qu'on accueille » (Entretien du 26/09/2016 avec l'une des coordinatrice du dispositif *Prescirmouv' – Bouger sur ordonnance*).

Transparaît ici l'attention portée au « vécu » des personnes selon leur propre point de vue. S'intéresser à cette histoire du point de vue de ceux qui l'ont vécu découle alors sur un travail d'exploration des significations et des représentations vis-à-vis de l'activité physique, notamment lorsque les professionnels chargés de réaliser le BMS cherchent à identifier, avec les bénéficiaires, les obstacles et freins à la pratique d'une AP :

« Voilà essayer de voir ça. Souvent les facteurs freinant, c'est aussi pour les personnes obèses, "moi je n'irai pas à la piscine parce que je ne veux pas qu'on me voit en maillot de bain". Donc essayer de rectifier le fait qu'on n'est pas des groupes pour se regarder ou se juger mais avant tout pour notre bien-être et notre santé et qu'ils seront dans des groupes. Souvent je leur explique que ce serait bien d'aller faire du tennis ou autre, ça leur fait peur. Donc il faut casser aussi l'image de certains sports aussi qui sont pour eux "non moi je ne peux pas faire ça, je ne peux pas faire ça", alors qu'en vrai, là dans les créneaux Sport-Santé, quasiment tous les gens que je vois peuvent aller dans n'importe quels créneaux quoi. Puisque c'est adapté » (Entretien du 28/06/2017 avec un des EMS du RSSBE de Champagne-Ardenne).

« Oui, oui, tout ce qui pourrait être des obstacles. Qu'est-ce que ça représente pour vous l'activité physique, oui, oui, on travaille par rapport à ça. Surtout quand il y a des résistances, voilà, il y a des difficultés à bouger des choses. Voilà, on travaille beaucoup sur les représentations et ce que ça évoque chez eux et les difficultés qu'ils peuvent ressentir » (Entretien du 29/06/2017 avec un des EMS du RSSBE de Champagne-Ardenne).

Ces deux extraits d'entretiens témoignent du fait que les personnes en charge des bilans ont à cœur de sonder les représentations de l'activité physique et notamment la dimension « sportive » qui peut potentiellement faire peur. De plus, on voit que le rapport au corps perçu par les personnes est scruté afin, là encore d'identifier les obstacles à la pratique et proposer un parcours d'accompagnement qui puissent faire sens pour les personnes. Détaillant la manière dont elle conduit l'entretien réalisé dans le cadre du BMS, la coordonnatrice du RSSBE de Franche-Comté explique également l'importance d'explorer le rapport au corps vécu des personnes en lien avec leur histoire :

« Donc, ça peut être la personne obèse, ça peut être la personne qui a eu une ablation du sein. Il peut y avoir des cicatrices, des choses comme ça que la personne n'a pas envie de montrer ou a peur de montrer. Donc, le dernier exemple, c'est une jeune dame qui souffre d'obésité qui a eu un échec avec une sleeve¹¹² et qui, du coup, n'ose plus du tout aller à la mer avec ses filles. Donc, a un besoin d'activité physique pour lutter contre son surpoids, aussi pour les autres facteurs de risques liés à l'obésité mais qui aimerait aussi changer son mode de vie. Donc, ça la bloque un peu dans son quotidien. Donc, elle m'a appelée en me disant qu'effectivement elle aimerait bien reprendre tout ça. Donc, moi, l'objectif dans l'entretien motivationnel c'est déjà de lever tous les freins, donc de voir qu'est-ce qui pourrait l'aider, qu'est ce qui pourrait faciliter votre entrée à la piscine ? Qu'est-ce que vous pensez qui serait facilitant pour accéder au bassin sans être gênée ? Donc, ça passe déjà par la case vestiaire donc, que la personne ait un vestiaire individuel pour que la personne puisse se changer de manière individuelle. On lui propose parfois de venir quinze minutes avant la séance, donc déjà qu'elle ait le temps de se changer. On lui propose qu'elle

¹¹² La sleeve gastroplastie est une technique chirurgicale qui vise à réduire la taille de l'estomac à l'aide de sutures non résorbables au cours d'une fibroscopie sous anesthésie générale (HAS, 2009)

vienne avec un peignoir, une serviette, jusqu'au bord du bassin et d'entrer, avant tout le monde, dans l'eau. Donc, ça, c'est en accord avec le maître-nageur. Donc le maître-nageur est présent quinze minutes avant. Et donc la personne arrive, on la fait participer généralement au premier groupe. Là, c'est ce qui s'est passé, la personne est venue, l'éducatrice avait bien pris cela en charge. Et des fois aussi, il peut arriver qu'il y ait quelqu'un qui soit plus maigre au bord de l'eau ... donc parfois il y a l'éducateur qui vient aussi dans le groupe, pour enlever un petit peu cet aspect de concurrence. Donc, ça, ça peut arriver. Donc là le cas de vendredi, la maître-nageuse était dans l'eau car c'est les premières séances, donc il n'y avait pas de souci. La personne, du coup, a suivi tout ce protocole et j'ai reçu un message le soir comme quoi c'était bon, elle continuait l'activité physique, que ça lui avait plu » (Entretien du 27/09/2016 avec la coordonnatrice de RSSBE de Franche-Comté).

Dans la situation qu'elle décrit, la coordinatrice du RSSBE repère que des personnes présentent une ablation du sein avec « des cicatrices » qu'elles n'ont pas envie ou « peur » de montrer. Le rapport intime au corps en lien avec des histoires de vie est ici identifié et pris en compte afin de lever les obstacles pouvant entraîner une absence de pratique. Il en va de même pour le cas décrit dans cet extrait où la personne obèse entretient un rapport à son corps et à l'image de soi compliqué dans la mesure où elle « n'ose plus aller à la mer avec ses filles ». Le rapport intime au corps se pose donc comme un obstacle à la pratique d'activités aquatiques dans la mesure où la personne est « gênée » de montrer son corps aux autres. En identifiant à la fois le vécu et le rapport qu'ont les personnes à leur propre corps, la coordonnatrice peut alors adapter le programme de mise à l'AP en prenant en compte les significations, peurs et obstacles en jeu afin de proposer des adaptations tels qu'un vestiaire individuel, de rentrer avant les autres dans l'eau, de garder sa serviette jusqu'à l'entrée du bassin. Les propos de la coordonnatrice du RSSBE de Franche-Comté laissent percevoir la volonté d'identifier les relations intimes et subjectives que les personnes entretiennent avec leur corps et/ou avec l'AP afin de concevoir un programme adapté. Nous constatons donc que le sens comme construit de significations intimes liées à des expériences vécues (Develay, 1996) cherche à être travaillé par les professionnels des RSSBE, notamment par ce travail d'exploration des freins et barrières perçues.

Dans la perspective de proposer des programmes adaptés qui prennent sens aux yeux des personnes, si le vécu des personnes est exploré, ce sont également leurs désirs, leurs

appétences et leurs objectifs personnels qui sont sondés. A cette fin, tous les professionnels interrogés qui effectuent les BMS ont une partie de leur canevas d'entretien¹¹³ consacrée à cette fin :

« Donc, à la suite de ça, on a tout un panel de questions qu'on pose aux personnes, donc savoir si c'est quelqu'un qui est à la retraite, si c'est quelqu'un qui travaille encore, s'il y a des intérêts plus que d'autres sur telle ou telle activité » (Entretien du 27/09/2016 avec la coordonnatrice de RSSBE de Franche-Comté).

« Et on commence à leur lancer une petite balise, oui, mais alors, là, vous pratiquez dans un environnement assez confortable, il reste trois mois avant la sortie, est-ce que vous avez envie de pratiquer, est-ce qu'il y a déjà des activités qui vous plaisent, est-ce que vous voulez essayer quelque part ? On amorce le travail de se dire, attention quand vous allez arriver au bout, il ne s'agit pas d'aller voir votre médecin pour qu'il vous prescrive. Il s'agit de trouver quelque chose qui vous corresponde » (Entretien du 6/09/2016 avec l'un des coordonnateurs du dispositif *Prescimouv' – Bouger sur ordonnance*).

« Et puis quand il n'y a pas d'idée, eh bien, souvent, je pars de ce qu'ils aiment faire hein, dans les préoccupations qu'ils ont et qu'ils aimeraient faire » (Entretien du 29/06/2017 avec un des EMS du RSSBE de Champagne-Ardenne).

Ces extraits d'entretiens révèlent que les professionnels des RSSBE sont attentifs à repérer les « intérêts » des bénéficiaires pour « telle ou telle activité ». Les désirs et appétences en termes d'activités physiques sont pris en compte dans la mesure où les personnes sont amenées à expliciter ce qu'elles ont « envie de pratiquer », « leurs préoccupations » « les activités qui leur plaisent » ou qu'elles « aimeraient » faire. Ces désirs et appétences sont relevés, in fine, afin de proposer un programme de mise à l'activité « qui leur corresponde », autrement dit, qui puisse prendre du sens à leur yeux car répondant à leurs désirs. Dans cette quête de sens, au-delà de la proposition d'une activité physique qui réponde aux désirs des personnes, ce sont également les objectifs individuels et singuliers en lien avec la pratique physique que les professionnels des réseaux cherchent à identifier. En effet, le RSSBE de Franche-Comté

¹¹³ Celui-ci est plus ou moins formel en fonction des RSSBE.

propose au patient de définir, avec l'aide du coordonnateur « un objectif final » pour la prise en charge. Celui-ci est défini durant l'entretien avec la personne et émerge dans la conversation :

« Quand on parle d'objectif final, on a des fois des personnes qui vont nous inscrire, on peut avoir juste "monter chez moi par les escaliers". Donc, ça va être quelqu'un qui habite au 4^{ème} étage et qui ne prend plus les escaliers depuis des années. Elle souhaite reprendre un peu de souffle, un peu de force musculaire pour pouvoir monter les escaliers et ne plus du tout utiliser l'ascenseur. Donc, ça peut être ça, et ça peut être parfois des objectifs un peu sportifs. On a une dame qui, une fois, nous a écrit que son mari faisait un trail dans le secteur et que du coup, elle souhaitait vraiment un jour le faire avec lui mais en marchant. Et au bout de deux ans, elle a réussi à s'inscrire au trail. Et l'éducatrice qui la suivait, donc, l'a fait avec elle. Elles l'ont fait en marchant, c'était un trail de dix kilomètres et c'était l'objectif qu'elle s'était fixé » (Entretien du 27/09/2016 avec la coordonnatrice de RSSBE de Franche-Comté).

Les exemples décrits ici montrent le caractère individualisé des objectifs. Ceux-ci correspondent aux souhaits des individus et peuvent être extrêmement divers. D'un objectif fonctionnel lié à un changement dans la vie quotidienne des personnes (telle que la capacité à pouvoir monter des escaliers afin d'éviter de prendre l'ascenseur pour certains), d'autres vont privilégier un objectif plus sportif comme réussir à réaliser un trail de dix kilomètres avec ses proches. En visant à définir avec le bénéficiaire un objectif singulier, les professionnels des réseaux travaillent à proposer un programme de remise à l'AP qui puisse prendre du sens pour les personnes, c'est-à-dire qui leur tienne à cœur. Cette démarche se retrouve également dans le fonctionnement du RSSBE de Champagne-Ardenne où sont notées les « attentes du patient » (PASS' sport-santé bien-être, RSSBE Champagne – Ardenne, p. 5) ainsi que dans celui du dispositif *Prescrimouv' – Bouger sur ordonnance* dans lequel les trois coordonnateurs amènent les personnes à « fixer » trois « objectifs concrets et réalisables » (Carnet de suivi, *Prescrimouv' – Bouger sur ordonnance*, p. 4). Ces derniers, similairement à ce que nous avons montré concernant le RSSBE de Franche-Comté, sont extrêmement hétérogènes car individualisés et peuvent être tout autant en lien avec la vie quotidienne des personnes que plus sportifs. A la page spécifiquement dédiée à cette phase de définition des objectifs sur le carnet de suivi des personnes, il est en effet noté :

« *Voici **quelques exemples*** ¹¹⁴ *mais vous pouvez toujours en ajouter :*
- *Objectifs physiques : Gagner en souplesse, en force, perdre du poids...*
- *Objectifs de la vie quotidienne : Jardiner, Marcher pendant 2 heures... »*
(Carnet de suivi, *Prescirmouv' – Bouger sur ordonnance*, p. 9).

Les professionnels des RSSBE accompagnent donc les personnes dans l'identification de leurs désirs et de leurs attentes, que ce soit en termes d'AP ou d'objectif à la pratique. Cette démarche est individualisée de manière à ce que le programme ainsi proposé puisse prendre du sens pour les personnes bénéficiaires. Cette individualisation est d'autant plus nécessaire que les professionnels de ces structures insistent sur le fait que les objectifs identifiés avec les personnes soient réalisables :

« *Fixez-vous des objectifs concrets et réalisables sur cette première phase du programme et notez-les ci-dessous* » (Carnet de suivi, *Prescirmouv' – Bouger sur ordonnance*, p. 9).

« *Après, des fois, on a des objectifs un peu farfelus, on a essayé vraiment que la personne se responsabilise bien et surtout d'avoir un objectif atteignable* » (Entretien du 27/09/2016 avec la coordinatrice du RSSBE de Franche-Comté).

Les objectifs ne doivent donc pas être trop difficiles voire inatteignables sous peine de risquer le désengagement de la personne. Ils doivent alors présenter une difficulté optimale qui nécessite ainsi une individualisation importante.

Dès lors, afin de proposer un parcours d'accompagnement qui soit significatif pour les bénéficiaires dans le cadre de stratégies d'intervention visant un changement comportemental à long terme, les RSSBE travaillent à l'identification, avec la personne, de leurs propres désirs, de leurs propres intérêts et de leurs propres objectifs. Cette démarche est donc nécessairement individualisée et singulière pour chaque participant.

Ainsi comme nous l'avons vu, donner du sens à la pratique dans les RSSBE s'inscrit au carrefour de la prise en compte du vécu intime des personnes et de leurs désirs. Dans cette perspective, l'imposition d'activités physiques génériques et d'objectifs chiffrés à atteindre pour tous n'est pas recherchée. Dès lors, du point de vue des modèles normatifs générés par

¹¹⁴ Les caractères en gras sont inscrits sous cette forme dans le document original.

ces structures, on observe que celles-ci ont pour ambition de travailler à un processus de normativité plus que de normalisation (Canguilhem, 2013 ; Romeyer, 2015 ; Klein, 2010 ; Cornu, 2009). Les bénéficiaires sont en effet amenés, avec l'aide des professionnels des réseaux, à créer leurs propres normes de pratique physique. L'activité proposée, les objectifs à atteindre ainsi que les modalités de pratique sont définis en référence à une exploration des freins et des motivations à la pratique. En d'autres termes, les bénéficiaires sont accompagnés dans la définition de leurs propres normes relativement à leur mise à l'activité physique et non à respecter des normes externes génériques, décontextualisées du vécu des personnes. Ceci est explicite dans les propos du président du RSSBE de Champagne-Ardenne pour qui :

« C'est ridicule, mais franchement ridicule d'écrire sur un papier, allez faire 30 minutes de je ne sais pas quoi, trois fois par semaine. C'est ridicule, donc, voilà. Moi, si on me dit, va faire 30 minutes de kayak trois fois par jour, je lui dis, mais écoute arrête, si je veux faire du kayak, j'y vais et si je n'ai pas envie, je n'y vais pas. J'en fais pour mon plaisir pas pour une durée quoi. L'activité physique, ça a du sens, ça se motive, ça ne se prescrit pas » (Entretien du 6/07/2017 avec le président du RSSBE de Champagne-Ardenne).

L'utilisation du pronom personnel « je » dans cet extrait d'entretien est révélateur. La perspective de prescription générique d'activité physique est refusée car s'éloignant nécessairement des motifs d'agir personnels qui sont singuliers.

2.3. Travailler « avec » la personne et non « sur » la personne

Viser l'individualisation dans la conception des programmes passe non seulement par la prise en compte du point de vue des personnes pour donner du sens à la pratique physique mais également par le fait de les impliquer dans la conception même du parcours. En ce sens, les RSSBE cherchent à s'écarter des modèles d'intervention verticaux en éducation à la santé dans lesquels le pouvoir médical impose aux patients un programme. Au contraire, l'intention est de se rapprocher d'une forme d'horizontalité des relations entre le professionnel de santé et le patient selon une perspective de démocratie sanitaire (Batifoulier, 2012). Là encore, ce mouvement s'inscrit dans un processus visant la normativité plus que la normalisation des comportements dans la mesure où ce n'est pas l'imposition de normes de manière descendante depuis le corps médical vers l'individu qui prime, mais bien une relation plus

horizontale dans laquelle les professionnels accompagnent les patients dans la création de leurs propres normes.

Cette caractéristique des RSSBE se révèle à plusieurs niveaux. Tout d'abord, dans le discours des acteurs faisant vivre ces dispositifs, la question de l'auto-détermination des bénéficiaires est centrale. S'inspirant consciemment des théories motivationnelles de l'auto-détermination (Deci et Ryan, 2002), il ressort des discours des professionnels des RSSBE la croyance selon laquelle les personnes seront susceptibles de s'impliquer tout au long du processus proposé par les RSSBE puis de poursuivre une activité physique quotidienne régulière en autonomie après leur prise en charge, s'ils ont eu la possibilité de s'impliquer dans la conception de leur programme d'action. Ainsi, comme nous l'avons vu précédemment, la définition de l'objectif final est réalisée avec la personne. Celui-ci n'est pas imposé par le coordonnateur du RSSBE mais bien choisi par le bénéficiaire.

La volonté d'impliquer le bénéficiaire dans l'élaboration de son parcours selon un mouvement général de rééquilibrage horizontal des rapports entre professionnels de santé et patients est également à l'œuvre lors de la phase d'entretien entre le coordonnateur et le patient lors du BMS. En effet, dans le RSSBE de Champagne-Ardenne, un des EMS précise que lorsqu'il se renseigne sur les antécédents médicaux des personnes, ce n'est pas par l'intermédiaire d'un outil technique émis par un professionnel de santé mais bien par l'histoire vécue en première personne par le bénéficiaire :

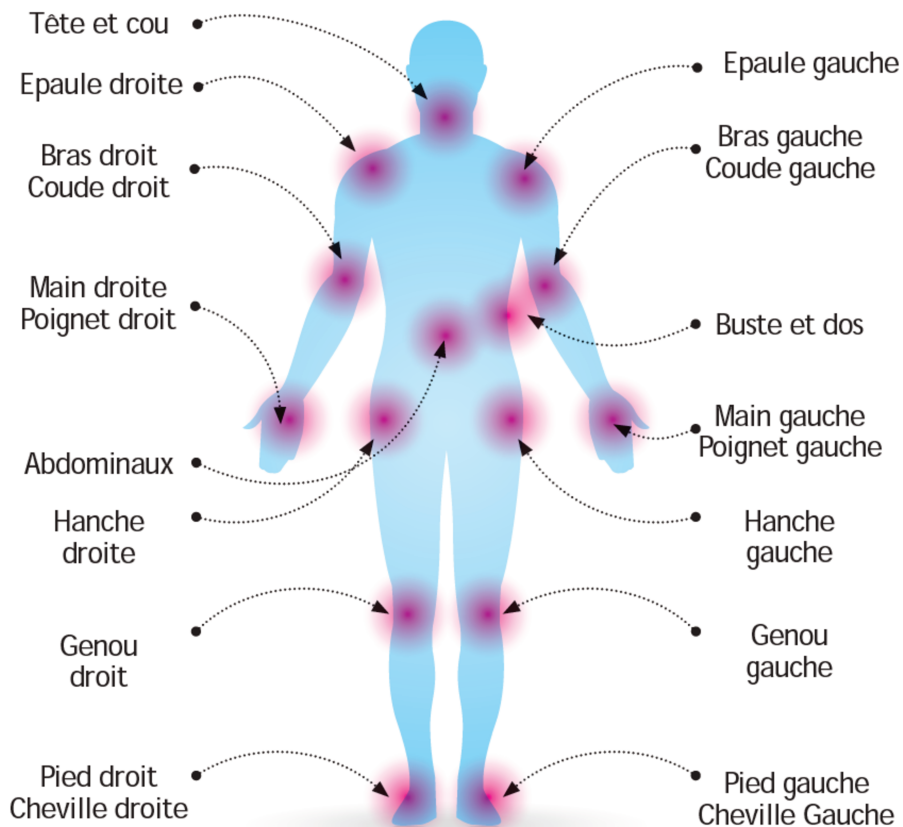
« Ils me racontent un petit peu leur parcours médical, on va dire. Alors, c'est eux qui me le racontent, ils ne viennent pas avec des données, des radios, des choses comme ça. C'est vraiment le patient qui me dit » (Extrait d'entretien du 28/06/2017 avec l'un des EMS du RSSBE de Champagne-Ardenne).

En d'autres termes, ce n'est pas le pouvoir médical qui parle au pouvoir médical par l'intermédiaire d'un objet professionnel qui n'inclurait pas le patient, mais bien ce dernier qui vient participer au processus de construction de son programme d'intervention. En ce sens, le RSSBE s'est doté d'un outil nommé « Le bonhomme »¹¹⁵ afin de permettre au patient d'identifier lui-même les potentiels douleurs et soucis de santé qui pourraient être importants dans la conception de son parcours d'accompagnement. Cet instrument est intégré au carnet

¹¹⁵ Il s'agit du terme indigène utilisé par les acteurs pour décrire cet outil.

sport-santé qui sert d'outil de coordination entre les différents acteurs impliqués dans le processus de prise en charge de la personne :

Aidez-nous à prendre soin de Vous



Autres douleurs

.....

.....

.....

.....

.....

7

**Figure 10 : Page n°7 du PASS' Bien-Etre
du RSSBE de Champagne-Ardenne**

Par l'utilisation de cet instrument, c'est bien le soigné qui vient renseigner le soignant. La formule introduisant cette page du carnet de suivi est révélatrice ; c'est à la personne d'aider les professionnels à prendre soin d'elle. Dit autrement, loin d'une démarche descendante depuis le professionnel vers le patient, la relation soignant-soigné s'horizontalise. C'est ce que souligne l'un des coordonnateurs du RSSBE de Champagne-Ardenne :

« Enquêteur : Dans le carnet de suivi, si je reste sur ces idées de tests, d'évaluation, je remarque que quand on est à la page 7 du PASS, il y a une sorte d'auto-évaluation... »

Coordonnateur : (coupe l'enquêteur) On appelle ça un Bonhomme. L'objectif de ça, ça a été mis en place en 2010 quand j'étais à Châlon avec une éducatrice sport-santé en natation qui avait des difficultés lors d'un cours avec une patiente, avec une pratiquante en me disant : "C'est bien, vous m'avez dit qu'elle était diabétique mais elle n'est pas que diabétique, elle a d'autres problèmes, et moi, je ne le sais pas. Si elle ne me le dit pas, je ne le sais pas". Donc, du coup, on a mis ça en place. Pour le coup, cette personne-là, elle avait eu une éventration et elle avait une grille au niveau du ventre, et bien sûr, ça ne se voit pas. Et donc, il y a pleins d'exercices au niveau abdominaux qu'elle ne pouvait pas faire. On a décidé donc de mettre ça en place, qui a été repris. L'objectif est de, à la fois l'EMS, à la fois le patient, à la fois le médecin, puissent entourer et s'entendre, tendinite de l'épaule, arthrose au niveau des genoux, voilà des choses, tout ce qui peut être important. Alors parfois, le Bonhomme, il est entouré complètement, faut bien cibler. Mais tout ce qui peut être utile pour l'activité physique et permettre à l'EMS de bien faire son métier. Ici, le patient est au cœur de sa propre santé »
(Extrait d'entretien du 01/11/2017 avec un des coordonnateurs du RSSBE de Champagne-Ardenne).

Comme en témoigne cet extrait d'entretien, la relation soignant-soigné s'horizontalise dans la mesure où ce dernier participe pleinement à renseigner les professionnels sur son état de santé. Il est alors mis au « cœur de sa propre santé » selon l'expression utilisée par le coordonnateur du RSSBE de Champagne-Ardenne citée ci-dessus. En ce sens, la démarche engagée se rapproche d'une forme « d'autosanté » définie par Andrieu (2012) comme « une médecine qui s'appuie sur les croyances subjectives pour placer le sujet dans une position d'agent de son traitement dans une compréhension intégrée à son système d'interprétation de

ses états ». En effet, la perception subjective de la santé et du corps de la personne est prise en compte. C'est ainsi que le type de relation soignant-soigné s'ancre dans ce qu'Andrieu (2012), à la suite de Veatch (1987) nomme « le patient partenaire » dans laquelle l'un des principes consiste en une « reconnaissance du savoir expérientiel du patient » (Pomey *et al.*, 2015 : 42). En utilisant un outil technique comme le Bonhomme, le RSSBE de Champagne-Ardenne s'inscrit dans de telles perspectives.

Les RSSBE cherchent à s'écarter des modèles d'intervention verticaux et paternalistes dans lesquels le pouvoir médical s'impose aux patients, non seulement dans les interactions soignants-soignés mais également dans les modèles de gouvernance mis en place. En effet, le conseil d'administration du RSSBE de Champagne-Ardenne est composé, depuis sa création, de trois vice-présidents représentants de l'URPS-ML, du CROS et du Collectif Interassociatif Sur la Santé (RSSBE Champagne-Ardenne, Statuts de l'association du réseau sport santé bien-être, p. 1). Ce dernier collectif représente les usagers du système de santé. Comme le souligne l'un des membres fondateurs du RSSBE :

« Il nous fallait les usagers parce que c'est pour eux qu'on travaille. Donc, un représentant avec la loi HPST¹¹⁶, c'était le CISS, le collectif interassociatif » (Entretien du 3/10/2016 avec l'ancien médecin conseiller de la DRJSCS de Champagne-Ardenne).

Il s'agissait donc, dès le départ, d'impliquer les usagers de santé dans la gouvernance même du réseau, selon un processus d'horizontalisation des relations entre professionnels de santé et usagers de santé. Les entretiens menés avec le représentant du CISS confirme que cette implication ne s'inscrivait pas dans un objectif de représentativité de façade, mais bien de co-construction de la philosophie et les outils du RSSBE :

« Alors, au début pour ainsi dire, on a tout inventé, on a essayé les plâtres, ça a été très compliqué. Moi, je me rappelle, on a fait un copil, A¹¹⁷ est venu me solliciter tout à fait au début, il m'a dit : "allez, tu représentes les usagers". C'est vrai que des fois, au niveau Champagne-Ardenne, pour les usagers, c'est très facile de faire appel au CISS et on les met un peu partout. Il y a des fois, on est

¹¹⁶ Loi du 21 Juillet 2009 portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

¹¹⁷ Il s'agit du même acteur dont nous avons détaillé la fonction d'entrepreneur-frontière dans le chapitre précédent.

même peu instrumentalisé. Il y a besoin d'un usager, allez hop, le CISS, on est là, vous venez là, comme ça, ils sont contents, ils ont leurs usagers dans leur commission. Mais bon, A, on se connaissait quand même bien, il m'a dit on peut réfléchir. Donc, on a commencé à réfléchir, à construire, et c'est vrai que ce n'était pas simple, hein parce qu'on est parti de zéro. Donc, on a dû construire tous les outils. Le PASS bien-être, toute la méthodologie » (Extrait d'entretien du 10/05/2017 avec la représentante du CISS de Champagne-Ardenne).

Les représentants du CISS sont ainsi intégrés, dès la création du réseau, aux processus de décisions et de construction de la méthodologie, des outils, de la philosophie du RSSBE. En ce sens, le RSSBE de Champagne-Ardenne s'ancre dans la volonté d'impliquer les patients/bénéficiaires/usagers¹¹⁸ dans la conception même des parcours s'écartant ainsi des modèles d'intervention verticaux en éducation à la santé dans lesquels le pouvoir médical s'impose au patient.

2.4. La formation en Education Thérapeutique du Patient

La volonté des RSSBE de travailler *avec* la personne et non *sur* en mettant en place des parcours adaptés afin de leur proposer des activités physiques qui font sens pour elles, en les considérant comme des êtres singuliers porteurs de significations, nous semble en lien étroit avec une particularité des professionnels de ces réseaux. Malgré des profils professionnels hétérogènes dans ces structures réticulaires, on remarque une récurrence : l'importance d'acteurs ayant suivi une formation à l'Education Thérapeutique du Patient (ETP) chez les concepteurs des dispositifs mais aussi chez les personnels chargés de réaliser les BMS dans lesquels se joue l'orientation des personnes vers des structures adaptées.

2.4.1. *Le RSSBE de Champagne-Ardenne*

¹¹⁸ Les termes pour qualifier les destinataires des dispositifs diffèrent en fonction des acteurs des différents réseaux.

Pour ce qui est du RSSBE de Champagne-Ardenne, les EMS qui organisent et animent les BMS doivent posséder comme « *pré-requis indispensable pour exercer* » (RSSBE Champagne-Ardenne, Livret de l'Éducateur Médico-sportif, p. 3) au sein du réseau, une :

« Formation universitaire : Licence ou Master STAPS (de préférence en APA(S) et/ou Sport santé), une formation à l'Education Thérapeutique du Patient (ETP) de Niveau 1 (40 heures) minimum ainsi qu'une formation médicale initiale ou continue aux pathologies prises en charge dans l'activité encadrée » (RSSBE Champagne-Ardenne, Livret de l'Éducateur Médico-sportif, p. 3).

L'obligation fixée de posséder une formation à l'ETP pour les EMS nous semble une caractéristique particulièrement importante afin d'expliquer les volontés initiales des RSSBE. En effet, selon le rapport Saout (2008) visant une politique nationale d'ETP remis à la Ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative en 2008, l'un des aspects de cette pratique « vise à rendre le malade plus autonome par l'appropriation de savoirs et de compétences afin qu'il devienne l'acteur de son changement de comportement » (Saout, Charbonnel et Bertrand, 2008 : 3). La philosophie de l'ETP invite alors à privilégier des programmes individualisés, personnalisés et adaptés en se concentrant sur le vécu des personnes tout en leur redonnant le pouvoir quant à la gestion de leur propre santé. En évoquant la manière dont il conduit son entretien lors du BMS qu'il effectue avec les personnes, un des coordonnateurs du RSSBE de Champagne-Ardenne précise, en ce sens, la manière dont il utilise son guide d'entretien :

« Donc, si vous voulez, je m'appuie dessus mais ça reste un guide et l'entretien, ça reste de l'échange avec les techniques que j'ai apprises, moi, dans le cadre du DU éducation thérapeutique, en formulant, en essayant de faire évoluer la personne en entretien, quoi. En fonction de ce qu'elle aborde, j'essaye d'aller un peu plus loin, sans faire vraiment interrogatoire » (Extrait d'entretien du 29/06/17 avec l'un des EMS du RSSBE de Champagne-Ardenne).

La volonté est ici de comprendre le rapport individuel et subjectif de la personne à sa santé, à l'AP, à son corps et dans laquelle la formation à l'ETP vient outiller le professionnel.

De plus, comme le souligne Walger (2013 : 404), l'ETP consiste en un renoncement à une relation verticale descendante entre soignant et patient (Tourette-Turgis et Thievenaz, 2014). Sans considérer l'ETP comme une pratique uniforme (Peljak, 2011), force est de

constater que celle-ci cherche à diminuer les rapports de domination du corps médical sur l'individu. Le gouvernement des corps par l'imposition de normes externes génériques établies par des experts que des patients devraient suivre, sans être renié en bloc, est toutefois mis de côté pour valoriser un accompagnement de l'individu dans la création de ses propres normes. Le travail de Perrin (2008, 2019) abonde en ce sens dans la mesure où l'auteure montre que les réseaux de santé ont participé d'une réforme des relations soignants-soignés en étant « plus à l'écoute de la demande du patient dans sa singularité », notamment en « prenant appui sur la dynamique de développement de l'éducation thérapeutique du patient » (Perrin, 2019 : 63). Ainsi, en posant comme contrainte l'obligation de posséder une formation à l'ETP pour les éducateurs médico-sportifs chargés de réaliser le BMS, le RSSBE de Champagne-Ardenne s'éloigne d'un modèle normatif d'imposition de normes extérieures et se rapproche d'un modèle horizontalisant les relations soignant-soigné, comme nous avons pu le montrer empiriquement plus haut.

D'autre part, l'étude de la trajectoire sociologique d'un des acteurs considérés comme l'instigateur principal de ce réseau¹¹⁹ par l'ensemble des professionnels interrogés, montre que celui est fortement imprégné par la pratique de l'ETP. L'étude de sa trajectoire professionnelle nous laisse percevoir son investissement important depuis le milieu des années 1990 dans ce domaine, dans la mesure où il a suivi les formations pionnières dans ce secteur à Genève, sous la direction du Professeur Jean-Philippe Assal, acteur pionnier de la promotion de l'ETP en Suisse (Walger, 2013). Puis, il complètera sa formation avec un diplôme universitaire en ETP. De plus, spécialisé initialement dans le secteur de la diabétologie qui a été un domaine particulièrement porteur quant au développement de cette pratique, cet acteur a été amené à travailler et à réfléchir à la mise en place de RSSBE avec le docteur Etienne Mollet, promoteur historique du développement de l'ETP en France¹²⁰.

¹¹⁹ Voir le point 3.2 *La figure d'entrepreneur-frontière* du quatrième chapitre du présent document.

¹²⁰ Celui-ci est médecin, président de l'Espace Santé Dole Nord Jura, ancien coordonnateur et formateur en ETP du réseau GENTIANE et formateur en ETP à l'AFDET (Association Française pour le Développement de l'Education Thérapeutique). Les travaux socio-historiques de Terret et Perrin (2007) ou sociologiques de Perrin et Chantelat (2009) que nous avons déjà cités, montrent que l'intégration des interventions à visées éducatives en APA dans l'objectif de transformer les habitudes de vie des patients a émergé dans le secteur de la diabétologie à la fin des 1990, en même temps que le développement de l'ETP en France. Et Perrin (2019 : 63) de préciser que les premiers réseaux diabète « initiés dans le cadre du dispositif expérimental de l'ASAVED étaient pilotés par trois diabétologues précurseurs investis dans les dynamiques de formation à l'éducation thérapeutique : Les docteurs Etienne Mollet (Dôle), Régis Bresson (Douai) et Vincent Colliche (Boulogne-sur-Mer) ». On comprend ainsi les liens forts liant l'instigateur central du RSSBE de Champagne-Ardenne et la pratique de l'ETP.

L'analyse de son discours est particulièrement révélatrice. Répondant à la première question du premier entretien avec lui « tout d'abord, pouvez-vous revenir sur votre formation et votre parcours professionnel ? », celui-ci déclare :

« Donc, j'avais prévu de faire prof d'EPS au départ, c'est important compte tenu de... et puis compte tenu que le concours est à la fin de quelques années de travail, j'ai finalement choisi de m'orienter sur médecine. Pourquoi, parce que j'étais aussi sportif, de compétition pendant pas mal d'années. Et responsable associatif de clubs, dans les comités régionaux, de triathlons, de plein de disciplines, tennis, triathlon, etcetera. Donc, j'ai toujours été sensible au fait que le sport pouvait être un outil d'éducation à la santé, voire à l'éducation thérapeutique pour les patients atteints de pathologies chroniques » (Entretien du 3/10/2016 avec l'ancien médecin conseiller de la DRJSCS de Champagne-Ardenne).

Avant toute évocation de cette particularité du RSSBE de Champagne-Ardenne, et dès les premiers instants de l'entretien, celui-ci évoque spontanément l'éducation thérapeutique quand il décrit son parcours, témoignant ainsi de l'importance que celle-ci prend dans sa conception des liens entre AP et santé. Invité à décrire plus en détail sa vision personnelle de ce que l'on appelle actuellement le « sport-santé », celui-ci souligne :

« A bien, elle est, je dis pas exclusivement, mais à 95 % au moins, dans l'éducation thérapeutique. C'est-à-dire, on ne peut considérer quelqu'un, et en tous cas, son changement de comportement par rapport à l'activité physique, que dans une logique d'éducation à la santé ou d'éducation thérapeutique » (Entretien du 3/10/2016 avec l'ancien médecin conseiller de la DRJSCS de Champagne-Ardenne).

Cette pratique semble ainsi au cœur de sa démarche, et le lexique employé laisse transparaître une conviction forte :

« Maintenant, l'éducation thérapeutique a une méthode, j'ai fait le diplôme universitaire, je me suis rendu compte de ce que c'était, tout l'apport. J'ai une vision encore qui a changé depuis ce DU, où je trouve ça génial, je trouve ça absolument génial » (Entretien du 3/10/2016 avec l'ancien médecin conseiller de la DRJSCS de Champagne-Ardenne).

Si l'ETP représente une pratique regroupant plusieurs caractéristiques, c'est bien le fait que « la reconnaissance *du vécu du patient* est la pierre angulaire de ce modèle, avec son corollaire, l'identification des besoins d'apprentissage du patient »¹²¹ qui est souligné par cet acteur. En effet, dans la description de sa pratique en lien avec l'ETP, il insiste sur l'importance de prendre en compte la personne dans sa singularité afin de proposer des programmes les plus adaptés possible :

Moi, j'ai été en diabète. Donc, avant l'éducation thérapeutique, avant que ça existe, moi, tous les jours je passais une heure avec les gens. Ceux qui étaient en hospitalier, en bilan de semaine, je les voyais pendant une heure, je discutais avec eux, mais je ne connaissais pas l'éducation thérapeutique, donc je faisais ça, je ne dis pas n'importe comment, mais sans méthodes. (...) Mais donc, j'étais en diabétologie, je faisais les bilans de diabète tous les jours, et donc du coup, je voyais, sur le plan éducatif comment motiver les gens pour aller vers l'AP. (Entretien du 3/10/2016 avec l'ancien médecin conseiller de la DRJSCS de Champagne-Ardenne).

En ce sens, en s'inscrivant dans la perspective de l'ETP, cet acteur s'éloigne des stratégies d'intervention basées uniquement sur la transmission d'informations ou de recommandations agissant comme des normes extérieures à la personne que celle-ci devrait suivre, pour valoriser des modalités pédagogiques variées favorisant l'identification et l'élaboration de normes individualisées dans l'objectif d'une pratique autonome à long terme, par une attention particulière accordée au vécu de la personne. Cette dimension est particulièrement flagrante dans un des articles écrits par cet acteur dans le cadre d'un ouvrage collectif visant à éclairer la démarche de prescription des activités physiques sur ordonnance (Depiesse et Grillon, 2009). Exposant le modèle d'organisation retenue pour le RSSBE de Champagne-Ardenne, il détaille les missions de l'EMS chargé de réaliser le BMS suivant la consultation avec le médecin. Ainsi, la première phase de la prise en charge consiste pour l'EMS à « assurer l'accueil et *l'écoute du patient* »¹²² (Depiesse et Grillon, 2009 : 365). Cette dernière expression est révélatrice de la conception en jeu : il s'agit, pour l'EMS, de se mettre dans une posture « d'écoute du patient » de façon à prendre en compte son vécu, son histoire et son

¹²¹ Programme éducation thérapeutique du patient des Hôpitaux Universitaires de Genève, <https://www.hug-ge.ch/programme-education-therapeutique-du-patient>.

¹²² L'expression « écoute du patient » est en italique dans le texte d'origine.

individualité tout en s'éloignant d'un modèle descendant et hiérarchique entre le professionnel de santé et le patient. Sa parole est accueillie afin de mettre en place un programme le plus adapté possible dans une perspective de mise à l'AP à long terme en autonomie.

2.4.2. *Le RSSBE de Franche-Comté*

Contrairement au RSSBE de Champagne-Ardenne, le réseau de Franche-Comté ne pose pas comme condition d'avoir suivi une formation à l'ETP. Cependant, ici encore, l'étude historique de la construction de ce réseau montre que les acteurs fondateurs sont très imprégnés de cette pratique. Expliquant la manière dont se sont déroulés les premiers temps de structuration du RSSBE, le porte-parole de l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM) puis de l'ARS Franche-Comté pour le RSSBE entre 2007 et 2015 souligne que :

Il y avait la volonté de prescrire de l'activité physique aux personnes qui avaient des problèmes de maladies chroniques. Oui, dans les gens autour de la table, en première intention de ce réseau, on avait fait venir des éducateurs sportifs. Alors, je ne sais plus comment on les appelle, mais vous voyez à quoi je fais référence qui travaillaient chez nous dans le diabète car il y avait chez nous une association diabète très forte, GENTIANE, l'association, elle s'appelait GENTIANE. Et GENTIANE, c'était en gros une association qui faisait de l'éducation, ETP, de l'éducation thérapeutique du patient, et dans laquelle il y avait justement une forte dimension Activité Physique. Et cette association avait un éducateur médico-sportif alors qui s'appelle Nicolas Tabard, qui était très en pointe aussi sur ça. Nicolas Tabard, qui fait partie comme D¹²³ mais il était plus âgé, Nicolas, des éducateurs médico-sportifs qui en veulent, qui étaient très porteurs justement à la fois de la défense, enfin de la défense, de la promotion de leur statut et puis de l'importance de leur activité dans le processus justement de réhabilitation et de prise en soin des gens atteints de maladies chroniques. (Entretien du 17/10/2016

¹²³ L'enquêté cite ici le nom de l'un des coordonnateurs du RéPPOP de Franche-Comté qui est un des membres pionniers du RSSBE de Franche-Comté.

avec le coordonnateur PNNS en région Franche-Comté et porte-parole de l'URCAM puis de l'ARS au RSSBE entre 2007 et 2015).

Plusieurs membres fondateurs du RSSBE, dont les deux acteurs cités, l'un des coordonnateurs du RéPPOP et Nicolas Tabard éducateur médico-sportif au réseau GENTIANE¹²⁴, sont ainsi très impliqués dans le développement de l'ETP. Interrogé sur le rôle de Nicolas Tabard dans le développement du RSSBE, le coordonnateur du RéPPOP explique :

Alors Nicolas Tabard, il est bien enseignant en APA diabète, c'était le réseau GENTIANE qui était à l'initiative du Dr Etienne Mollet, bien avant. Etienne Mollet bien connu car voilà, il a insufflé l'éducation thérapeutique dans la région. (Entretien du 20/10/2016 avec l'un des coordonnateurs du RéPPOP de Franche-Comté).

Ainsi, Nicolas Tabard, éducateur médico-sportif au réseau GENTIANE, réseau fondé en partie par Etienne Mollet, lui-même formateur en ETP à l'Association Française pour le Développement de l'Education Thérapeutique dont Perrier et Perrin (2018) ont pu montrer l'importance historique quant à l'implantation de l'ETP en France, apparaît comme un acteur clé dans la construction du RSSBE¹²⁵ et très impliqué dans l'ETP. A l'instar du RSSBE de Champagne-Ardenne, le RSSBE de Franche-Comté est alors fortement influencé par les perspectives de l'ETP. En ce sens, le coordonnateur du RéPPOP cité plus haut, évoquant les potentielles difficultés des opérateurs du RSSBE à travailler en collaboration avec les médecins, déclare :

« Là où c'est plus compliqué, c'est les médecins un peu à l'ancienne, perdus au fin fond du truc un peu tout seuls. Je prends un exemple très concret. Là, j'ai un jeune médecin qui s'est installé, qui a travaillé avec nous, qui est venu chez nous et qui du coup s'est installé sur un secteur un peu, semi-rural. Lui, il arrive, il a déjà monté un atelier Parcours d'Accompagnement Sportif pour la Santé, il est sur le point d'en monter un deuxième. Je l'ai eu au téléphone hier, je lui parle du

¹²⁴ Le Réseau GENTIANE est un réseau de santé destiné aux personnes diabétiques. Il a notamment comme missions d'améliorer la prise en charge et la qualité de vie des diabétiques, de former des professionnels de la santé à l'éducation thérapeutique, de faciliter les consultations en podologie et diététique de la personne diabétique et de permettre un accompagnement en activités physiques adaptées.

¹²⁵ L'étude des comptes rendus des comités de pilotage du RSSBE de Franche-Comté montre en effet que celui-ci fut présent à 24 réunions sur 27 entre 2007 (date des premières réunions) et 2012.

projet jeune-enfant qu'il a, il me dit : "Moi, je n'ai pas assez de jeunes, j'en n'ai que cinq ou six. » Et moi, je lui dis qu'il faudrait qu'on arrive à une dizaine, pour qu'économiquement, ça ait du sens et que ça tienne la route. Puis je lui lance : « Et tes collègues, et tes confrères, est-ce que tu penses que tu peux relayer l'information à tes collègues ?" Il me dit : "Tu sais, mes collègues, ils ne voient pas d'un très bon œil. Parce que pour eux, la conception de l'obésité, c'est quand même, à Auschwitz, il n'y avait pas d'obésité, quoi. Quand on n'a pas à bouffer et on ne grossit pas". Alors que lui, il est dans l'éducation thérapeutique, comprendre le patient dans sa globalité, travailler avec lui sur des objectifs thérapeutiques cohérents, qui ont du sens qu'il peut conduire progressivement » (Entretien du 20/10/2016 avec l'un des coordonnateurs du RéPPOP de Franche-Comté).

Transparaît ici l'idée selon laquelle la sensibilité à l'ETP permet de travailler à la compréhension du patient dans sa globalité, *avec* et non *sur* lui afin que le programme d'accompagnement prenne du sens pour lui.

2.4.3. Le dispositif Prescirmouv' – Bouger sur ordonnance

Cette récurrence dans les parcours professionnels des concepteurs et des acteurs faisant vivre ces dispositifs est également présente dans le dispositif *Prescirmouv' – Bouger sur ordonnance*. En effet, les trois acteurs chargés de réaliser les bilans dans lesquels se joue l'orientation des personnes vers des structures adaptées ont suivi une formation à l'ETP. Si deux d'entre eux ont pour formation initiale, un master STAPS APA-S, le troisième déclare que :

« Enfin nous, enfin moi, la première chose, en tout cas, l'une des premières choses que j'ai faites en me rendant compte un petit peu, donc en m'imprégnant du dispositif, ce qu'allait être mon rôle et ainsi de suite, j'ai demandé une formation d'éducation thérapeutique du patient de façon à... Parce que moi, je suis arrivé sur l'APA plus tard, parce que j'ai fait « éducation et motricité » et ainsi de suite. Donc cette notion d'éducation thérapeutique du patient, d'exploration des freins, des barrières, des motivations des personnes j'en avais vraiment besoin pour mener des entretiens avec les personnes. Et si on n'a pas

ça, justement pour relever les besoins des personnes, c'est compliqué » (Entretien 06/09/16 avec l'un des coordonnateurs du dispositif *Prescimouv' - Bouger sur ordonnance*).

En « s'imprégnant » de la philosophie du dispositif, ce coordonnateur va jusqu'à ressentir le besoin de suivre une formation complémentaire en ETP afin de pouvoir, dans les entretiens qu'il mène avec les personnes, explorer les significations en jeu ainsi que les subjectivités dans leurs rapports aux corps, à l'AP, à leur santé. Dit autrement, la formation à l'ETP s'inscrit, pour cet acteur, comme un indispensable afin d'atteindre les objectifs du dispositif.

En valorisant des profils professionnels ayant suivi des formations en ETP, les RSSBE ont pour volonté de privilégier des modèles normatifs de santé qui s'inscrivent dans l'accompagnement des personnes dans leur reprise d'AP en étant à leur écoute et à leurs demandes. L'ambition est de travailler avec la singularité de chaque individu selon une approche soignants-soignés horizontale. En ce sens, c'est bien une recherche de normativité dans laquelle le professionnel aide l'individu à définir ses propres normes qui est privilégiée. Ainsi, sur le terrain des RSSBE, nous suivons Perrin (2019 : 63) qui, à propos des réseaux de santé, explique que l'influence des perceptives développées par le courant de l'ETP leur permet « d'afficher une double rupture par rapport à la conception traditionnelle de l'exercice de la médecine : dans la relation médecin-malade et la relation malade-maladie ».

3. Conclusion partielle

Les RSSBE étudiés s'inscrivent donc dans la volonté de s'ancrer dans un modèle refusant l'imposition prescriptive de normes génériques externes auxquelles le patient devrait se conformer. Au contraire, l'objectif est de proposer un parcours le plus adapté possible à la personne en identifiant ses besoins, ses envies, ses représentations et ses barrières quant à l'AP pour sa santé. Le sujet est alors considéré comme un être singulier porteur de significations. En ce sens, le modèle normatif qui semble caractériser la volonté des RSSBE étudiés, se rapproche d'une quête de normativité, c'est-à-dire que c'est l'individu, accompagné par les différents professionnels impliqués, qui identifie ses caractéristiques afin de construire de nouvelles normes et objectifs qui feront sens pour lui. Dès lors, les RSSBE travaillent à une horizontalisation des relations soignant-soigné dans lesquelles le patient

participe à la construction de son parcours d'accompagnement. Ceci s'inscrit dans les perspectives de l'ETP dont une partie des concepteurs et acteurs faisant vivre les RSSBE ont suivi la formation. L'intention est ainsi ici proche des interventions par l'APS ou l'APA repérée sur d'autres terrains (Barth et Lefèbvre, 2016 ; Mino et Lefève, 2016 ; Feillet, 2018)

Au final, les RSSBE s'inscrivent dans des stratégies d'intervention de « développement de l'autonomie » (Gadais, 2015) visant l'autodétermination dans la gestion de la vie dont la littérature scientifique montre que celle-ci devrait-être mise en avant pour favoriser l'investissement des personnes à long terme dans la pratique d'une AP quotidienne (Cogérino, 1999 ; Corbin, 2002 ; Pfaeffli et Gibbons, 2010 ; Sallis *et al.*, 1997). Plusieurs auteurs montrent en effet que les stratégies d'intervention offrant la possibilité aux personnes de développer leur propre programme d'action augmentent leur chance de maintenir un comportement à long terme (Gadais, 2013 ; Gadais et Nadeau, 2014 ; Michaud, Nadeau, Martel, Gagnon et Godbout, 2012 ; Barth *et al.*, 2014). Considérer le bénéficiaire comme un être singulier, chercher à identifier ses motivations profondes en explorant son rapport au corps, à sa santé, à l'AP, en le considérant comme un « partenaire » dans les relations soignant-soigné visent en effet à permettre de développer l'autonomie de celui-ci afin qu'il puisse pratiquer une AP régulière et quotidienne sur le long terme.

**CHAPITRE 6 : GOUVERNER LES CORPS DANS LES RSSBE.
DU RETOUR DE LA NORMALISATION**

Chapitre 6 : Gouverner les corps dans les RSSBE.

Du retour de la normalisation

Comme nous l'avons montré dans le chapitre précédent, les RSSBE cherchent à s'éloigner, dans leur volonté, d'un gouvernement des corps adossé à des modèles moralisateurs, normatifs et prescripteurs de normes collectives, extérieures aux bénéficiaires. En ce sens, le modèle normatif qui semble caractériser la volonté des RSSBE étudiés, se rapproche d'une quête de normativité, c'est-à-dire que c'est l'individu, accompagné par les différents professionnels impliqués, qui identifie ses caractéristiques afin de construire de nouvelles normes et objectifs qui font sens pour lui.

Pour autant, la question de la normalisation des comportements reste tout de même prégnante et passe par l'importance non négligeable de procédures d'objectivation des corps par le chiffre, grâce à l'utilisation de plusieurs instruments. Au-delà des discours, celles-ci prennent en effet une place très importante dans le fonctionnement de ces structures et permettent d'ériger en normes, non pas l'atteinte de seuils externes qui seraient imposés de manière prescriptive à la personne, mais une démarche d'amélioration individualisée objective de soi par soi par un processus d'externalisation des corps en données dites « objectives ». Les mécanismes de gouvernement des corps à l'œuvre dans ces opérations de normalisation entrent alors en dissonance avec la philosophie première de ces dispositifs. Nous soutenons l'idée selon laquelle la nécessité de coordonner des acteurs issus d'univers différents, de se légitimer auprès de ses partenaires ainsi que d'évaluer les dispositifs conduit à cette traduction des corps en chiffres, ce qui semble en divergence avec les volontés initiales de ces dispositifs.¹²⁶

1. L'importance non négligeable de données chiffrées dans les carnets de suivi

Si la prise en compte de la subjectivité des individus dans la mise en place de parcours d'accompagnements adaptés et individualisés émane du discours des concepteurs et acteurs de ces dispositifs, l'étude des outils utilisés montre qu'au-delà des intentions, des procédures d'objectivation des corps par le chiffre sont à l'œuvre. Ceci est particulièrement flagrant dans

¹²⁶ Précisons dès à présent que le prochain chapitre sera consacré à l'étude de la gestion de cette dissonance.

l'outil central de coordination de l'ensemble des professionnels du dispositif que représente le carnet de suivi des patients, où les chiffres et les données quantitatives prennent une place importante. Nous montrons que la traduction des corps en chiffres conduit à un éloignement d'avec les objectifs premiers de ces dispositifs.

En effet, au sein du RSSBE de Franche-Comté par exemple, le professionnel chargé du suivi des personnes leur fait effectuer, à trois moments du parcours (au début, au milieu et à la fin), un test permettant de mesurer la souplesse des membres supérieurs puis celle des membres inférieurs. Concernant les membres supérieurs, il s'agit de :

« Rejoindre les deux majeurs (de la main), avec une main qui passe au-dessus de l'épaule et l'autre en bas du dos ». La souplesse des membres supérieures est alors évaluée en « mesurant le nombre de cm qui séparent les extrémités des majeurs » (Prescimouv' - Bouger sur ordonnance, Carnet de suivi, p. 13).

En ce qui concerne la souplesse des membres inférieurs, il est demandé au patient de :

« Assis sur une chaise, jambes tendues, chercher à atteindre ses orteils. On mesure le nombre de cm qui séparent le bout des doigts de l'extrémité des orteils » (Prescimouv' - Bouger sur ordonnance, Carnet de suivi, p. 13).

Est également mesurée la force des membres supérieurs et inférieurs où pour les premiers le patient est invité à :

« Réaliser des “ pompes ” adaptées à la verticale contre un mur (pieds à 50 cm du mur). On mesure le nombre de “ pompes ” réalisées en 30 secondes » (Prescimouv' - Bouger sur ordonnance, Carnet de suivi, p. 14).

Et pour les seconds :

« Le participant est assis en position de départ (sur une chaise). Comptabiliser le nombre de levées (assis-debout) réalisées en 30 secondes, avec les bras croisés sur la poitrine et les pieds à plat sur le sol. On mesure le nombre de levées réalisées en 30 secondes » (Prescimouv' - Bouger sur ordonnance, Carnet de suivi, p. 14).

De plus, c'est également « l'endurance aérobie » qui est mesurée grâce à un test de marche où

la personne doit :

« Marcher pendant six minutes sur un terrain plat de 100 mètres et balisé tous les 5 mètres. On mesure la plus grande distance parcourue en mètres pendant six minutes » (RSSBE Franche-Comté, carnet de suivi, p. 14).

La mesure de l'endurance est l'occasion de relever les fréquences cardiaques (FC) à l'aide d'un oxymètre de pouls. Sont alors relevées la :

« FC de repos mesurée avant l'exercice de marche de six minutes, la "FC effort" mesurée pendant l'exercice de marche de six minutes, la "FC récup" mesurée deux minutes après la fin de l'exercice de marche de six minutes » (RSSBE Franche-Comté, carnet de suivi, p. 15).

Enfin, les équilibres statiques et dynamiques sont aussi évalués. Pour le premier :

« Le participant est en équilibre statique sur une jambe. On mesure la durée en secondes (maximum deux minutes) » (RSSBE Franche-Comté, carnet de suivi, p. 16).

Pour le second :

« Départ assis, le participant se lève, marche 2,50 mètres, fait demi-tour et retourne s'asseoir. On mesure la durée de l'exercice en secondes » (RSSBE Franche-Comté, carnet de suivi, p. 16).

Les résultats à ces différents tests sont notés dans un carnet de suivi appartenant au bénéficiaire et les « performances »¹²⁷ mesurées aux trois différents moments du parcours sont inscrites les unes à côté des autres, sous forme de « série » (« série 1 ; série 2 ; série 3 »). Les données chiffrées relevées par les professionnels du RSSBE de Franche-Comté que nous venons de décrire sont des mesures obligatoires à effectuer pour chacun des bénéficiaires. Par ailleurs, ces derniers sont invités à noter, dans leur carnet, de façon autonome et non obligatoire, d'autres données quantitatives telles que « l'indice de masse corporelle » (IMC). Celui-ci est présenté comme une :

¹²⁷ Le mot *performances* est entre guillemets car renvoyant souvent à l'univers compétitif (Queval, 2004) du sport dont les RSSBE souhaitent se dégager.

« Grandeur qui permet d'estimer la corpulence d'une personne = poids/taille² »
(RSSBE Franche-Comté, carnet de suivi, p. 9).

C'est également leur « tour de taille » que les bénéficiaires sont invités à mesurer selon une méthode qui est précisée sur le carnet :

« On mesure le tour de taille avec un mètre à ruban de couturière. Debout, les pieds légèrement écartés, placez le mètre juste sous la dernière côte, à la fin d'une expiration, sans exercer de pression sur la peau » (RSSBE Franche-Comté, carnet de suivi, p. 9).

A l'instar des résultats aux tests physiques, ces deux mesures sont relevées aux trois moments du parcours afin de pouvoir constater leur évolution.

Il en va de même dans les autres RSSBE où ont été menées les investigations. En ce qui concerne le RSSBE de Champagne-Ardenne, deux tests physiques sont mis en place durant les BMS initiaux et finaux. Le test de marche de six minutes qui permet à l'évaluateur de :

« Mesurer la distance parcourue pendant six minutes » (RSSBE Champagne-Ardenne, Livret de l'Éducateur Médico-sportif, p. 7).

Au cours de ce test, les objectifs sont également de recueillir des informations concernant :

« Les sensations respiratoires à l'effort et au repos (Borg) si nécessaire, le rythme cardiaque, la saturation en O₂, la tension artérielle, le ressenti général du patient » (RSSBE Champagne-Ardenne, Livret de l'Éducateur Médico-sportif, p. 7).

afin de :

« Déterminer s'il y a une progression lors des suivis » (RSSBE Champagne-Ardenne, Livret de l'Éducateur Médico-sportif, p. 7).

Le deuxième test consiste à « évaluer la tonicité des membres inférieurs » dont l'objectif est « d'évaluer les capacités physiques des membres inférieurs du patient ». Cela permettant « d'évaluer rapidement la condition physique d'une personne ». Le patient :

« Doit réaliser un maximum d'extension de la chaise en 30 secondes. Il se lève et se rassoit jusqu'à ce que l'évaluateur lui dise STOP. Sont comptabilisées le nombre d'extensions » (RSSBE Champagne-Ardenne, Livret de l'Éducateur Médico-Sportif, p. 10).

En ce qui concerne le dispositif *Prescirmouv' – Bouger sur ordonnance*, les mesures complétant le BMS relevées par les trois coordonnateurs consistent en un relevé de la taille, du poids, de l'indice de masse corporelle de la fréquence cardiaque de repos et de la saturation en oxygène au repos (*Prescirmouv' – Bouger sur ordonnance*, Carnet de suivi, p. 6). De plus, les résultats à différents tests physiques sont notés dans le carnet de suivi du bénéficiaire avant et après le programme. Ceux-ci consistent en un test de tonicité des membres inférieurs similaires à celui du RSSBE de Champagne-Ardenne, un test de marche de six minutes semblable à celui utilisé par le RSSBE de Franche-Comté ainsi qu'un test d'équilibre unipodal statique identique au test d'équilibre statique du RSSBE de Franche-Comté (Dupuy, Lissajoux, Maudet, 2017 : 3). Le « corps physique »¹²⁸ des personnes est également mesuré par l'intermédiaire du questionnaire de Ricci et Gagnon qui est utilisé dans les trois dispositifs étudiés. Celui-ci vise à auto-évaluer son niveau habituel d'activité physique sur la base de huit items regroupés en trois échelles. Une donnée chiffrée en est tirée à partir de laquelle la personne repère son profil vis-à-vis de l'activité physique et de la sédentarité. Les RSSBE de Franche-Comté et de Champagne-Ardenne mettent alors en visibilité la classification du questionnaire et la personne est catégorisée en « inactive », « active » ou « très active » (RSSBE Champagne-Ardenne, Livret de l'Éducateur Médico-Sportif, p. 4) ou de « peu active », « assez active » ou « très active » (RSSBE Franche-Comté, carnet de suivi, p. 8) tandis que le dispositif *Prescirmouv' – Bouger sur ordonnance* ne propose pas cette classification dans son carnet. De plus, le RSSBE de Franche-Comté va plus loin en donnant des indications pour interpréter son score. Ainsi, il est noté que :

« - Moins de 16 points : vous êtes peu actif(ve). Augmentez votre quantité d'activité physique quotidienne, vous mesurerez les bienfaits au bout de quelques semaines. Demandez conseil à votre médecin pour démarrer.

¹²⁸Nous empruntons les expressions de « corps physique » et « corps mental » à Berthoz (2003 :169) : « Nous avons deux corps, le corps physique et le corps mental ».

- Entre 16 et 32 points : vous êtes assez actif(ve). Continuez de pratiquer régulièrement pour garder les bénéfices acquis !

- Plus de 32 points : vous êtes très actif(ve). Pensez à varier les activités et à vous accorder du repos ! » (RSSBE Franche-Comté, carnet de suivi, p. 8).

Par ailleurs, si le corps « physique » est mis en chiffre, c'est également le corps « mental » (Berthoz, 2003) qui est objectivé par des données chiffrées. En effet, les RSSBE se donnant pour mission de contribuer à la lutte contre la sédentarité et au traitement des affections de longue durée par l'utilisation de thérapeutiques non médicamenteuses (HAS, 2011), c'est également du point de vue du bien-être et de la santé mentale que les bienfaits de l'activité physique sont espérés. Or, à ce niveau on observe aussi une objectivation par le chiffre. Le RSSBE de Champagne-Ardenne utilise ainsi le questionnaire SF-36 (MOS 36 Short Form) pour donner un « score psychique » (RSSBE Champagne-Ardenne, Livret de l'Éducateur Médico-Sportif, p. 12) chiffré dont l'objectif est :

« D'évaluer l'état de santé de la personne sur le versant physique et psychique » (RSSBE Champagne-Ardenne, Livret de l'Éducateur Médico-Sportif, p. 12).

Validé scientifiquement (Wade et Sherbourne 1992) pour le contexte français (Leplège et al., 1998) ce questionnaire comporte 36 items regroupés en 8 échelles¹²⁹. Le ressenti est ainsi chiffré et externalisé en données objectivables par l'utilisation des questionnaires visant à évaluer la qualité de vie des personnes. Dans la même veine, le dispositif *Prescirmouv' – Bouger sur ordonnance* utilise, quant à lui, le WHOQOL-BREF (Dupuy, Lissajoux et Maudet, 2017) qui est une forme abrégée du WHOQOL-100 élaboré par l'OMS (Skevington, 2004). Avec 26 items, celui-ci est un instrument visant le relevé de la qualité de vie subjective des personnes et comprend les quatre domaines : « santé physique », « bien-être psychique », « relations sociales » et « environnement ». La réponse aux items se fait avec une échelle à cinq niveaux donnant un score final. Le RSSBE de Franche-Comté n'utilise pas, quant à lui, ce type de questionnaires.

Les RSSBE travaillent ainsi à une externalisation des corps (sur les plans à la fois physique et mental) en données objectivables et chiffrables. Autrement dit, on observe une

¹²⁹ Activité physique (10), limitation/état physique (4), douleur physique (2), santé perçue (5), vitalité (4), vie/rerelations (2), santé psychologique (5), limitation/état psychologique (4)

importance non négligeable de ce type de données, dans les carnets de suivi des personnes, valorisant ainsi une conception des corps comprise en troisième personne (Andrieu, 2011). Il s'agit d'une approche objective des comportements de santé qui tend à diminuer la prise en compte de la subjectivité des acteurs. Ces données correspondent en effet aux informations qui peuvent être obtenues par un observateur extérieur indépendamment de ce que vit l'acteur. Le codeur, non impliqué dans la situation, cherche à documenter la facette publique, visible, comportementale des conduites (Vermersch, 2010 : 26). Vieille-Marchiset (2019), dans une analyse sociologique de la mise en mouvement des corps dans un but de santé incitée par l'action publique, montre une généralisation de la conception d'un « corps hyper-rationnel » (Vieille-Marchiset, 2019 : 55) par l'intermédiaire des outils se développant afin de quantifier les corps. Les RSSBE s'inscrivent dans ce processus global. Le corps existe ainsi en tant qu'entité extérieure si bien que le ressenti, le vécu en première personne, c'est-à-dire du point de vue de celui qui le vit, n'est que partiellement pris en compte dans ces outils. Comme nous l'avons précisé plus haut, le ressenti subjectif des personnes n'est pas totalement exclu. Loin d'une vision caricaturale amenant à conclure à une négation de la subjectivité des individus (Collinet et Delalandre, 2014), celle-ci est prise en compte notamment lors de l'entretien avec le bénéficiaire afin de connaître ses préférences en termes d'activités physiques ainsi que les freins à la pratique et les objectifs personnels. Ceux-ci sont d'ailleurs relevés et notés dans le carnet de suivi comme nous l'avons décrit dans le chapitre précédent. Pour autant, concrètement, les indications retenues ne vont pas jusqu'à explorer le rapport intime des personnes à la pratique ou le parcours de vie expliquant leur rapport aux activités physiques et sportives et à leur santé. Ainsi seul un petit espace de quelques lignes est disponible dans ces carnets afin de noter les informations relatives aux aspects plus subjectifs du rapport de la personne à sa santé et à l'AP. Le ressenti, le « corps mental » est externalisé en données objectivables par l'utilisation des questionnaires visant à évaluer la qualité de vie des personnes, ce qui tend à diminuer quelque peu la prise en compte de la complexité des parcours de vie comme le souligne Andrieu (2012 : 36) pour qui « si les échelles de qualité de vie indiquent bien la santé perçue par le sujet, c'est toujours une évaluation en troisième personne qui rend difficilement compte du système perceptif, des représentations et des croyances vécues en première personne¹³⁰ ».

¹³⁰A l'inverse des données en troisième personne, celles-ci visent à renseigner les facettes intimes, privées, ressenties, subjectives, singulières des actions. On s'intéresse ici à l'expérience vécue par la personne selon son propre point de vue. L'individu accède au statut d'« informateur principal » qu'il soit aidé ou non par un tiers

Ainsi, on constate, dans les carnets de suivi, tout un ensemble de mesures traduisant le corps en données objectivables. Sans aller jusqu'à une négation de l'individualité des bénéficiaires, force est de constater la prévalence des données en troisième personne dans les outils concrètement utilisés, ce qui tend à diminuer quelque peu l'importance des données en première personne. Ceci entre quelque peu en dissonance avec la philosophie première des RSSBE revendiquant un type d'éducation à la santé de type « psycho-social » (Merlaud, 2012) ou « éducatif » (Perrin, 2013) mettant au cœur de leur démarche la prise en compte de l'expression des goûts de la personne, de son rapport intime aux pratiques physiques, du rapport qu'elle entretient avec son corps, ainsi que de son histoire personnelle.

Si l'étude des outils utilisés par les RSSBE montre une traduction des corps en troisième personne entrant en dissonance avec les discours et volontés initiales de ces dispositifs de politiques publiques, l'utilisation de ces données chiffrées nous semble s'inscrire dans un processus de normalisation des comportements vis-à-vis de la pratique physique dans un but de santé renforçant ainsi l'éloignement d'avec les discours initiaux.

2. Données chiffrées et normalisation de « l'amélioration de soi par soi »

L'ensemble de ces mesures d'objectivation des corps traduisant les corps en données chiffrées semble participer, selon nous, d'un processus de normalisation des comportements tel que nous l'avons défini plus haut. Ces procédures permettent en effet d'ériger en norme, non pas l'atteinte de seuils externes qui seraient imposés de manière prescriptive à la personne, mais une démarche d'amélioration individualisée objective de soi par soi. Nous mettons en évidence ici, dans le détail, les ressorts de cette normalisation en montrant que celle-ci s'appuie sur trois processus. Les données quantitatives permettent tout d'abord une « évaluation de soi », incitent ensuite à une « amélioration objective de soi par soi » tout en permettant une « surveillance des corps à distance ».

2.1. Evaluation et diagnostic de soi

pour accéder à son propre vécu (Vermersch, 2010 ; Quidu et Favier-Ambrosini, 2014). L'enjeu des données en première personne, d'inspiration phénoménologique, consiste à accéder à ce qui fait sens pour l'acteur, à ce qui « lui apparaît, sans la réfutation préalable de l'objectivité ou de la validité extrinsèque » (Gouju, Vermersch et Bouthier, 2003).

Ce processus de normalisation « d'amélioration de soi par soi » passe tout d'abord, par une procédure d'évaluation chiffrée de soi. En effet, plusieurs des données chiffrées objectives relevées et inscrites dans les carnets de suivi travaillent à l'évaluation des personnes sur les plans physique et psychique. La métrique à l'œuvre est ici de type « diagnostique » (Granjon *et al.*, 2011 : 22) dans laquelle l'individu est outillé afin d'objectiver son état (Pharabold, 2019). Comme le souligne Memmi (2010), l'auto-évaluation, équipée et aidée par les experts vient appuyer l'engagement des individus dans l'adoption des « bons » comportements. L'objectivation permet de faciliter l'évaluation de soi, celle-ci étant l'un des ressorts principaux de la participation active des personnes. En effet, pour paraphraser Memmi (2010), l'auto-évaluation participe d'un auto-contrôle. En diagnostiquant son état, l'individu en prend alors conscience dans une perspective de changement. Cette démarche s'inscrit dans l'une des catégories des instruments de gouvernement des conduites décrites par Dubuisson-Quellier (2016c : emplacement 9236), à savoir construire « une réflexivité des individus en mettant en regard leurs actions avec les externalités négatives qu'elles produisent ». A ce titre, l'utilisation du questionnaire de Ricci et Gagnon que les personnes doivent remplir à différents moments de leur parcours dans les trois dispositifs est significative. Comme nous l'avons décrit plus haut, le bénéficiaire évalue son niveau habituel d'AP et sur la base de ce score est qualifié en personne « peu active », « assez active » ou « très active » et reçoit des conseils visant à devenir « très actif ». Le questionnaire de Ricci et Gagnon outille alors une auto-évaluation de son comportement vis-à-vis de l'activité physique. Il permet de « diagnostiquer » son état de sédentarité et d'en prendre conscience par le chiffre ainsi que la catégorie comportementale qui y est liée. En outre, au sein du RSSBE de Franche-Comté, ce questionnaire est associé à un podomètre visant à comptabiliser le nombre de pas effectués par jour. Les personnes sont invitées à noter sur leur carnet de suivi, dans un tableau, le nombre de pas réalisés chaque jour et chaque semaine. Pour la coordonnatrice du RSSBE de Franche-Comté qui fait passer les tests et questionnaires du bilan :

« On peut également leur demander quand elles rentrent dans le dispositif d'évaluer leur distance de marche quotidienne. Voilà, ça peut être un marqueur marquant comme le Ricci et Gagnon, voire plus, car les personnes se rendent compte du nombre de pas quotidiens qu'elles font. Parce qu'on a les personnes qui vont dire : "Oui, mais moi, je marche beaucoup, etc." ou alors : "Je suis

assez actif ». Mais quand on regarde le nombre de pas, ça peut être aussi quelque chose qui déclenche le fait que la personne se sente plus ou moins sédentaire »
(Entretien du 27/09/2016 avec la coordonnatrice de RSSBE de Franche-Comté).

Le podomètre combiné au questionnaire de Ricci et Gagnon, en rendant visible l'utilisation du corps par une donnée chiffrée, s'installe comme un dispositif d'évaluation de soi visant à susciter l'activité. Comme le souligne la personne interrogée, il s'agit de donner aux individus des outils leur permettant « de se rendre compte » de leur activité physique réelle et ainsi d'évaluer leur propre pratique. Sur la base d'une prise de conscience de son état, est espéré un « déclenchement » dans le changement de comportement. C'est ici une réflexivité de type « diagnostique », ayant pour objectif de « mettre au jour des régularités, réelles ou supposées, entre différentes pratiques, ce qui permet à l'individu de comprendre comment il fonctionne » (Granjon *et al.*, 2011 : 22) qui est recherchée. D'ailleurs, le vocabulaire utilisé dans les carnets de suivi des personnes est ici significatif. En effet, le RSSBE de Franche-Comté utilise l'expression « Diagnostic activité physique » pour désigner la partie du carnet où est utilisé le questionnaire de Ricci et Gagnon tandis que le dispositif *Prescirmouv' – Bouger sur ordonnance* qualifie de « Check-up » la partie de carnet où l'individu est évalué. Dans cette perspective, la quantification des corps permet de révéler une dimension « cachée » de l'existence personnelle : « il s'agit de capter l'ordinaire, mais aussi, ce qui se trame en deçà » (Granjon *et al.*, 2011 : 18). Le chiffre vient ici mettre au jour, révéler ce qui n'est pas visible, c'est-à-dire le « corps vivant » (Andrieu, 2013) peu accessible à la conscience.

Ce processus d'évaluation de soi par l'utilisation d'outils amenant à un diagnostic de son état vis-à-vis de l'inactivité physique témoigne, selon nous, d'une forme de normalisation des comportements de santé. Tout d'abord, cette métrique du diagnostic qui se rapproche plus d'un « diagnostic médical » que d'un « diagnostic éducatif » (Sandrin-Berthon., 2010) tend à une forme de catégorisation de la personne afin de l'amener à changer. Questionnaires et podomètres indiquent ainsi un statut (peu actif – assez actif – très actif) traduit par un chiffre que la personne est sommée de transcender pour passer à la catégorie supérieure. Ainsi, la norme à atteindre devient un score entre 16 et 32 afin d'être suffisamment actif, voire 32 points pour être qualifié de très actif. La recherche de l'atteinte d'une norme chiffrée externe que l'on impose est à l'œuvre. D'ailleurs, les conseils visant ce changement de catégorie donnés dans le carnet de suivi édité par le RSSBE de Franche-Comté sont révélateurs de ce processus d'injonction :

« *“Augmentez votre quantité d’activité physique quotidienne (...) vous mesurerez les bienfaits au bout de quelques semaines”*. (RSSBE Franche-Comté, carnet de suivi, p. 8)

Ce type d’évaluation de soi par le chiffre se rapproche ainsi d’un diagnostic de type médical mettant en évidence « ce qui ne va pas », s’éloignant alors des perspectives plus éducatives issues de l’ETP valorisant au contraire les ressources des patients dans une vision positive de la santé dont veulent pourtant se rapprocher les RSSBE comme nous l’avons montré plus haut. En effet, pour Sandrin-Berthon (2010 : 39), « pour établir un diagnostic de maladie, les médecins sont à la recherche des dysfonctionnements, des excès, des insuffisances, des douleurs, autrement dit de ce qui va mal. Ils adoptent ensuite une démarche de résolution de problèmes. Ils ne sont donc pas habitués à mettre en évidence, à valoriser, ni à utiliser les ressources des patients, à repérer ce qui va bien : ce sont pourtant ces éléments positifs qui permettront aux patients de prendre soin d’eux-mêmes. En procédant par analogie avec le diagnostic médical, les soignants qui pratiquent le diagnostic éducatif ont souvent des difficultés à repérer et à nommer les ressources du patient et de son entourage ». Dans ce cadre, les questionnements classiques quant à ce type d’approche sont ici légitimes. Nous pouvons ainsi supposer que l’objectivation des corps par le chiffre comme support à l’évaluation de soi, révélant « ce qui ne va pas », dans une perspective de changement, puisse conduire à une forme de stigmatisation de certains comportements non conformes aux recommandations normatives ainsi érigées pouvant potentiellement déboucher sur un rejet de l’activité physique (Berlivet, 2004¹³¹). D’autre part, ce diagnostic de soi par l’évaluation chiffrée des comportements visant à permettre aux personnes de « se rendre compte » de leur activité quotidienne afin de « déclencher » un changement d’habitudes (pour reprendre les mots de la coordonnatrice du RSSBE de Franche-Comté) se rapproche des modèles d’éducation à la santé par l’AP de type prescriptif médicaux¹³². Ces derniers reposant « sur la croyance en l’efficacité des dispositifs *d’information - explication – recommandation* ainsi que sur la décision et l’action autonome du patient » et considérant « que les patients raisonnables et autodéterminés, seront réceptifs aux informations (écrites ou orales) positives sur l’activité physique, adhéreront aux objectifs et les mettront en pratique » (Perrin, 2013 : 330). En ce sens, ces procédures d’évaluation chiffrées de soi dans un but de changement

¹³¹ Bien que l’auteur ne discute pas à proprement parler de la question de l’activité physique comme outil de santé publique, il met en évidence les potentiels effets de stigmatisation de certaines campagnes.

¹³² Perrin (2013 : 330) qualifie ce modèle de « prescription de l’activité physique ».

s'éloignent des modèles portés par l'ETP¹³³, dont se revendiquent pourtant les RSSBE et qui cherchent à être moins normatifs car conscients que le « sujet » n'est pas un être calculateur et rationnel. Au final, l'objectivation chiffrée support de l'auto-évaluation au service du gouvernement des corps actifs rapproche les RSSBE d'un modèle normatif d'éducation à la santé visant la normalisation des comportements, ce qui est en dissonance avec la philosophie de départ de ces dispositifs.

2.2. L'amélioration objective de soi par soi

D'autre part, avec des repères chiffrés, l'individu est amené à améliorer ses scores et à s'engager dans un comportement actif au quotidien. L'évaluation chiffrée permet non seulement de « prendre conscience » au sens du « diagnostic » sur soi, mais également de susciter la motivation à la pratique. La mise en visibilité ainsi que la manière dont ces données sont utilisées amènent à penser qu'une forme de normalisation des comportements est à l'œuvre. Ce qui est normalisé n'est plus l'atteinte d'une norme externe mais la démarche même de progression par rapport à soi.

Repérant des « manières de faire chiffre de soi » Pharabod *et al.*, (2013 : 110) identifient trois types de mesures : de surveillance, de routinisation et de performance. Dans cette dernière, « les chiffres prennent sens non en fonction de seuils, mais d'objectifs définis personnellement, lesquels peuvent être réévalués selon l'évolution de la performance, et la mesure est à la fois faite pour se motiver et pour améliorer sa performance » (Pharabod *et al.*, 2013 : 110). Les mesures chiffrées produites dans les RSSBE, sur les plans à la fois physique et psychique, semblent se rapprocher de cette métrique de soi. En effet, les résultats sont censés inciter les participants à améliorer leurs propres « performances ». Granjon *et al.*, (2011 : 23) parlent dans ce cas de réflexivité « tournée vers l'action ». L'utilisation du test de marche de six minutes instaurée dans les BMS des RSSBE est une illustration exemplaire de cette motivation par le chiffre, comme le montre l'extrait d'entretien avec un des intervenants du RSSBE de Franche-Comté :

« Voilà, on a été chercher sur Internet des tests types et surtout moi, c'est important que ça soit des tests mesurables, avec un chiffre. C'est pas : "C'est

¹³³ Notamment le modèle de « l'éducation via une expérience prolongée » identifié par Perrin (2013 : 330) concernant spécifiquement la question du rapport aux activités physiques et sportives.

bien, pas bien, très bien“. C’est par exemple, la souplesse on va la mesurer avec une règle, pour le test d’endurance, on les fait marcher pendant six minutes. Hein, c’est sur une petite boucle et ça leur permet... Je vais vous donner un exemple. La première fois, il y en a une, elle a fait 390 mètres. On a refait un test intermédiaire et un dernier test. Au dernier test, elle faisait 560 mètres. C’est énorme. (...) le fait qu’on démarre, un pied devant l’autre et qu’au bout d’un moment, on voit qu’on a une progression physique, eh bien, ils continuent, c’est de la motivation. C’est une motivation extrinsèque pour moi. C’est un curseur qui leur dit : vous êtes bons, vous faites des progrès, vous êtes pas foutus en gros. (Entretien du 18/10/2016 avec une des intervenantes du RSSBE, titulaire d’un Brevet Professionnel de la Jeunesse, de l’Education Populaire et du Sport, Activités Aquatiques et de la Natation et du diplôme universitaire Activité physique adaptée, nutrition et cancer de l’Université de Franche-Comté)

L’évaluation chiffrée a donc une fonction motivationnelle, le professionnel cité utilisant explicitement les termes de « motivation extrinsèque » afin de constater une « progression physique ». C’est également ce que soutient un des coordonnateurs du RSSBE de Champagne-Ardenne :

« Ce qui joue sur la motivation, c’est le résultat des tests, tests de la condition physique. Le test de six minutes et le test de tonicité et le test de Ricci et Gagnon où là, on est sur un niveau d’activité physique [...]. Mais bien sûr, le patient dès qu’il va avoir fait son test de marche, il va vouloir se comparer aux autres. Mais l’objectif, c’est que quand vous revenez dans huit mois, c’est que votre test de marche, les résultats à votre test de marche soient augmentés. (Entretien du 27/04/2017 avec un des coordonnateurs du RSSBE de Champagne-Ardenne).

Cette motivation par le chiffre est également soulignée dans l’évaluation de l’action « Parcours d’Accompagnement Sportif pour la Santé », action principale du RSSBE de Champagne-Ardenne, réalisée par le Service Communal d’Hygiène et Santé (SCHS) de la ville de Reims :

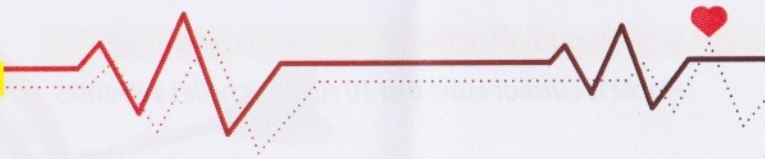
Le « PASS santé bien-être » sert quant à lui de document unique où le patient peut voir l’amélioration de sa santé (temps ou distance de parcours par exemple). (Ardoin, 2016 : 3)

Dans ce cadre, ce n'est pas par l'atteinte de normes chiffrées extérieures à l'individu qui prévaut mais bien l'amélioration de soi par rapport à ses propres performances. On passe ainsi « de l'imposition surplombante d'une norme à une propagation plus subtile » de celle-ci (Cornu, 2009 : 39). Dans cette perspective, la disposition des résultats chiffrés dans le carnet de suivi des personnes est significative. Ceux-ci sont disposés les uns à côté des autres, ce qui invite fortement leur comparaison. En effet, plusieurs sociologues de la quantification ont mis en avant l'aspect majeur de la dimension esthétique de la mise en forme des mesures quantitatives vis-à-vis de la mise en action des individus. Ainsi, Espeland et Stevens (2008 : 422) notent que « like any expressive action, quantification has an important aesthetic aspect ». Analysant les ouvrages expliquant comment mettre en forme les chiffres dans le cadre de la statistique, les auteurs montrent que l'une des normes établies consiste à « encourage the eye to compare different pieces of data » (Espeland et Stevens, 2008 : 424). La disposition des données chiffrées dans le carnet de suivi des RSSBE répond à cela en rendant extrêmement lisible l'évolution des « performances » comme en témoignent les différents carnets de suivi des trois dispositifs étudiés :

	Taille	Poids	IMC	FC Repos	Sat O2 Repos
AVANT le programme					
APRÈS le programme					

Figure 11 : Page n°6 du carnet de suivi du dispositif *Prescimouv' - Bouger sur ordonnance*

TEST [REPÈRES]



Nom du test	AVANT le programme	APRÈS le programme
Résultat		
Remarques		
Résultat		
Remarques		
Résultat		
Remarques		
Résultat		
Remarques		
Résultat		
Remarques		
Résultat		
Remarques		

- 7 -

**Figure 12 : Page n°7 du carnet de suivi
du dispositif *Prescimouv'* – *Bouger sur ordonnance***

Mesurer sa SOUPLESSE

13



▪ Souplesse des membres supérieurs :

Avec une main qui passe au-dessus de l'épaule et l'autre en bas du dos, essayer de rejoindre les deux majeurs.

On mesure le nombre de cm qui séparent les extrémités des majeurs :

Droite

▪ Série 1 :cm

▪ Série 2 :cm

▪ Série 3 :cm

Gauche

▪ Série 1 :cm

▪ Série 2 :cm

▪ Série 3 :cm

▪ Souplesse des membres inférieurs :

Assis sur une chaise, jambes tendues, chercher à atteindre ses orteils. Attention le dos doit rester droit.

On mesure le nombre de cm qui séparent le bout des doigts de l'extrémité des orteils :

▪ Série 1 :cm

▪ Série 2 :cm

▪ Série 3 :cm



Figure 13 : Page n°13 du carnet de suivi du RSSBE de Franche-Comté

Sous la forme d'un « avant-après » ou de suite de trois séries, les résultats aux différents tests sont inscrits les uns à côté des autres ou les uns en dessous des autres. L'évolution de soi est ainsi fortement mise en visibilité. Cette fonction motivationnelle à l'action est également

l'une des caractéristiques de l'évaluation de soi dans les dispositifs de santé étudiés par Memmi (2010). Comme le souligne Pharabod *et al.*, (2013 : 117), « les métriques de soi se présentent en effet comme l'un des instruments mis à la disposition du sujet contemporain pour motiver une action “autonome”, poser des objectifs personnels et se donner les moyens de les atteindre, autrement dit comme l'une des incarnations de cette injonction à l'autogestion de soi et l'un des moyens de s'y conformer ». Le gouvernement de soi à l'œuvre ici consiste non pas à se conformer à un ensemble de normes de référence mais à améliorer ses propres scores tout au long du parcours de prise en charge. C'est notamment ce que note Pharabod *et al.*, (2013 : 120) quant aux mesures de routinisation et de performance dans lesquelles « les valeurs de référence n'existent pas nécessairement, et on constate une individualisation plus forte des chiffres, des seuils, et même des unités de mesure », à l'inverse des mesures de surveillance dans lesquelles « la norme est très importante. Les seuils qui la cadrent sont ici le plus souvent de provenance extérieure et les utilisateurs les reprennent à leur compte, parfois tels quels, parfois en les adaptant (reprise des normes médicales/esthétiques dominantes – taux de cholestérol ; indice de masse corporelle – IMC ; poids “idéal”) ». Au travers des métriques de soi à l'œuvre dans les RSSBE, un modèle de normalisation que l'on pourrait nommer « d'injonction à l'amélioration de soi » nous semble ainsi à l'œuvre. En ce sens, « consigner les actions positives réalisées, fruits de l'effort entrepris, motiverait l'individu à poursuivre son effort » (Pharabod *et al.*, 2013 : 118). L'évaluation individuelle de soi, permise par les instruments décrits plus haut et motivant une action d'amélioration de soi chez les personnes, s'inscrit dans l'un des processus de gouvernement des corps décrits par Fassin et Memmi (2004) qui consiste à s'adapter aux particularités de chacun, de chaque histoire, de chaque problématique. Dit autrement, il s'agit d'un processus d'individuation des pratiques de santé (Bergeron et Castel, 2015) que nous observons sur le terrain des RSSBE.

La normalisation de l'amélioration de soi par soi est d'autant plus prégnante, nous semble-t-il, que les mesures produites le sont non seulement « pour soi » mais également « pour autrui » (Nguyen-Vaillant, 2010). En effet, celles-ci n'ont pas vocation à être privées, c'est-à-dire uniquement connues des bénéficiaires des parcours. Ces « traces de soi » (Ginzburg, 1980) sont inscrites sur le carnet de suivi qui circule parmi les professionnels des dispositifs afin de pouvoir identifier le plus précisément possible les caractéristiques des patients et faciliter la coordination des soignants (Favier-Ambrosini et Delalandre, 2018). Or, sur un autre terrain, celui du diabète de type 1, Nguyen-Vaillant (2010) montre que les patients sont également amenés à inscrire sur leurs carnets, des traces d'eux-mêmes qui

prennent le statut de « traces pour autrui » de par le caractère ouvert de ces objets de coordination interprofessionnelle. Le carnet et ses données circulant auprès des différents professionnels impliqués, le malade sait que son carnet va être regardé par les personnels soignants. Nguyen-Vaillant (2010 : 401) montre ainsi que celui-ci « peut servir au diabétologue à la recherche d'exemples de carnets bien tenus à montrer à d'autres patients. Elles peuvent aussi être destinées à des fins de recherche médicale, de constitutions de données empiriques sur les effets d'une nouvelle insuline, à l'enseignement à des étudiants ». Selon l'auteure, ces processus peuvent être mal vécus par les patients et conduire à des mécanismes « d'ajustement aux traces » (Nguyen-Vaillant, 2010 : 390). Certains patients sont ainsi amenés à mentionner ou non certaines informations ou même à les transformer dans le contexte d'une « mise en scène [Goffman, 1959] du patient lui-même à travers son carnet » (Nguyen-Vaillant, 2010 : 401). La possibilité de « garder la face » (Goffman, 1959) en ne dévoilant pas certaines données est donc possible pour les patients sur le terrain du diabète de type 1 dans la mesure où ces traces sont relevées et inscrites par le patient lui-même dans sa sphère privée. En revanche, dans les RSSBE, les carnets utilisés laissent moins de place à ces ajustements puisque les mesures chiffrées sont prises en présence des professionnels impliqués. Ainsi, l'aspect ouvert du carnet donne à voir des informations chiffrées qui, pour certaines d'entre elles, laissent difficilement la place pour s'y ajuster. L'individu ne peut s'ajuster et est incité, de par le recueil de données et le caractère ouvert du carnet, à améliorer ses scores tout au long du parcours.

L'amélioration de ses performances est ainsi érigée en norme. Etre en bonne santé passe alors par un comportement actif dont la comparaison dans le temps des données objectives, rationnelles et chiffrées doit témoigner. À l'instar de ce que peut observer Cornu (2009) dans le champ de la pédagogie, ou Goirand (2014) concernant le dispositif de Réussite éducative, la norme ne s'impose plus de l'extérieur vers l'intérieur, elle se construit au sein de la relation dans un travail sur et avec l'individu. Les processus décrits ici mettent en évidence une forme de gouvernementalité (Dubuisson-Quellier, 2016a ; Tesh, 1988, Miller et Rose, 2008 ; Petersen et Lupton, 1996) dans laquelle l'exercice de ce pouvoir se réalise non par l'interdiction ou par la contrainte, mais par une intériorisation subtile de la norme d'amélioration permanente de soi. Si les RSSBE se refusent à être prescripteurs de normes externes à atteindre en valorisant plutôt la création de ses propres normes par les bénéficiaires, ils produisent néanmoins une forme de normalisation.

En outre, pour reprendre les termes de Queval (Queval, 2011 : 23), cette normalisation s'incarne dans l'impératif d'un « corps performant » par cette injonction à l'amélioration de soi. Nous rejoignons alors ici Vieille-Marchiset (2019 : 12) pour qui la thématique de la mise en mouvement des personnes dans un but de santé s'installe dans un discours santéiste qui renvoie à un corps performant et perfectible. Pour autant, comme nous l'avons montré plus haut, les RSSBE revendiquent, dans les intentions premières, un ancrage dans une conception proche de ce que Merlaud (2014 : 146) nomme « bio-psycho-sensorielle » dans laquelle le but ultime n'est pas forcément une amélioration objective chiffrée, « mais un mieux-être et une meilleure prise de conscience du corps » Merlaud (2014 : 154) avec pour objectif de favoriser chez la personne, une relation de plaisir à l'activité physique dans une perspective de comportement actif à long terme. Dans ce cadre, la motivation par le chiffre n'est pas centrale car susceptible de développer à la fois démotivation (Sarrazin, Pelletier, Deci et Ryan, 2011) et dégoût de la pratique en cas d'échec ou de non-progression objective¹³⁴. En ce sens, les RSSBE s'inscrivent quelque peu en contraste avec leurs intentions premières.

2.3. Surveillance des corps à distance

Enfin, dans ce processus de normalisation de l'amélioration de soi, les données chiffrées sont utilisées pour responsabiliser les individus, c'est-à-dire les inciter à avoir une activité physique quotidienne, en dehors même des créneaux mis en place. En ce sens, les RSSBE mettent en place plusieurs instruments visant une surveillance des corps à distance.

Tout d'abord, le podomètre utilisé dans le RSSBE de Franche-Comté, objectivant le nombre de pas quotidiens joue ce rôle dans la mesure où, même en dehors de la pratique physique dispensée dans le cadre du réseau, l'individu est suivi dans son quotidien. Le RSSBE invite ainsi la personne à :

« Evaluer son niveau au quotidien. A l'aide d'un podomètre, indiquez dans le tableau ci-dessous le nombre de pas réalisés du matin jusqu'au soir » (RSSBE Franche-Comté, carnet de suivi, p.10).

Sont également proposées des équivalences en indiquant le nombre de pas correspondants à 10 minutes de vélo, à 10 minutes de natation ou à 10 minutes de yoga :

¹³⁴ Nous renvoyons ici aux travaux en psychologie concernant la motivation et plus particulièrement à la théorie des buts d'accomplissement (Elliot, Murayama et Pekrun 2011 ; Carver et Scheier, 1999).

Évaluer son niveau au quotidien

10

A l'aide d'un podomètre, indiquez dans le tableau ci-dessous le nombre de pas réalisés du matin jusqu'au soir.

Date	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche	TOTAL

Vous pouvez totaliser les autres activités physiques ; par exemple :

- 10 minutes de vélo : 1500 pas
- 10 minutes de natation : 1000 pas
- 10 minutes de yoga : 500 pas

Figure 14 : Haut de la page n°10 du carnet de suivi du RSSBE de Franche-Comté

De manière complémentaire, d'autres aspects des carnets de suivi jouent ce rôle de surveillance à distance dans la mesure où les individus doivent remplir, dans un espace dédié, la fréquence et le type d'activités qu'ils pratiquent en dehors des créneaux consacrés spécifiquement à la pratique sportive dans les structures dédiées et prévues à cet effet. Le carnet de suivi du RSSBE insiste en précisant en caractères rouge et gras que la :

« Pratique de l'activité physique ne doit pas se limiter aux séances proposées par le réseau sport-santé » (RSSBE Franche-Comté, carnet de suivi, p. 10).

Est alors proposé un tableau renseignant la pratique autonome des personnes :

Si le carnet de Prescirmouv' ne va pas jusqu'à proposer une quantification du nombre de pas, on retrouve un tableau dans lequel la personne est invitée à noter son activité physique en dehors des séances :

MON ACTIVITÉ PHYSIQUE [en dehors des séances]

Type d'activité	Fréquence par semaine	Remarques (pratique seul ou en groupe, ressenti...)

- 15 -

Figure 16 : Page n°15 du carnet de suivi du dispositif *Prescirmouv'* – *Bouger sur ordonnance*

Le RSSBE de Champagne-Ardenne se distingue à ce niveau en ne proposant pas ce type d'outil. Cependant, les coordonnateurs du réseau au moment de l'enquête réfléchissaient à intégrer ce type d'outils dans le carnet de suivi :

« Alors il évolue, là, on est en pleine phase de travail pour faire les modifications parce qu'il y a des manques ou des choses en trop qu'on ne trouve pas intéressantes. On aimerait partir sur la pratique autonome et on aimerait intégrer dans ce cadre-là un livret d'activité physique à la fin avec des cases pour que le patient puisse noter ce qu'il a fait tel jour, à telle heure, et qu'il puisse noter ce qu'il a fait en pratique autonome » (Entretien du 01/11/2017 avec l'un des coordonnateurs du RSSBE de Champagne-Ardenne).

Il s'agit ainsi de faire prendre conscience aux personnes de l'importance de se prendre en main pour être actif au quotidien. C'est ce que souligne la coordonnatrice du RSSBE de Franche-Comté :

« Et puis du coup, on essaye de vraiment responsabiliser les personnes sur le fait qu'on va les accompagner peut-être sur un ou deux créneaux par semaine, mais que ça ne suffit pas à changer leur mode de vie et qu'il faut qu'elles s'intègrent, en tous cas, qu'elles s'engagent par le biais d'une signature sur le carnet à pratiquer une activité physique en dehors de nos groupes. Donc, pour ça, elles ont un petit tableau sur lequel elles peuvent remplir ce qu'elles font quotidiennement. Un petit peu de vélo, un petit peu de marche, etcetera » (Entretien du 27/09/2016 avec la coordonnatrice de RSSBE de Franche-Comté).

Le carnet de suivi (que le patient est encouragé à utiliser dans sa vie quotidienne) associé au podomètre revêtent les caractéristiques d'outils utilisés pour gouverner les corps à distance, c'est-à-dire dans la vie quotidienne des personnes, en dehors des créneaux spécifiquement dédiés à cet effet. La personne doit être physiquement active et en donner la preuve objective par une quantification de son activité physique quotidienne, rendue visible pour les professionnels du sport-santé par l'intermédiaire du carnet de suivi. Cette surveillance à distance s'intègre de manière cohérente dans le discours des acteurs dans la mesure où ces trois dispositifs affichent une volonté de prise en charge globale de la personne. Ainsi, à

l'image d'un des coordonnateurs du dispositif *Prescirmouv'* - *Bouger sur ordonnance*, l'inactivité physique et la sédentarité sont différenciées¹³⁵ :

*« La sédentarité, c'est un terme qui a été un peu galvaudé. Alors on a parlé des marqueurs, c'était le temps passé devant la télé, on l'a mis en opposition avec sportif. On pouvait être sportif, si on était sportif trois fois semaine, on n'était pas sédentaire. On a eu quand même pas mal de confusion. Et là, c'est en train de ressortir, il y a quelques études qui mettent en avant le fait que d'avoir un comportement sédentaire très élevé, ça n'annule pas le risque d'être actif physiquement en club. Donc, c'est deux comportements, et nous on essaye aussi de travailler sur ça. (...) Donc, nous, on essaye vraiment de travailler sur ces deux notions. Effectivement, on envisage l'activité physique sur une approche globale. L'activité physique, ce n'est pas que la pratique sportive structurée. On peut utiliser, on structure des groupes parce que c'est bien de pratiquer en club, il y a une valeur sociale, etcetera. Il y a de l'encadrement, ça peut être stimulant. Mais on ne travaille pas que sur ça. Et donc dans notre carnet, on essaye de ressortir ça aussi. Se dire, quelle démarche en activité physique, et c'est le message qu'on a auprès des médecins, auprès des encadrants et surtout auprès des bénéficiaires, on leur précise que nous, on va leur proposer des choses structurées et que l'activité physique, ça ne se limite pas qu'à ça. On essaye d'intervenir sur tout ça. On a vraiment un travail général sur l'activité physique, sur un profil spécifique mais on essaye d'aller plus que de la façade, simplement, on vous engage dans des clubs et c'est bon, vous allez être guéris » (Entretien du 6/09/2016 avec l'un des coordonnateurs du dispositif *Prescirmouv'* – *Bouger sur ordonnance*).*

¹³⁵ Pour rappel, « l'inactivité caractérise un niveau insuffisant d'activité physique d'intensité modérée à élevée, ne permettant pas d'atteindre le seuil d'activité physique recommandé de 30 minutes d'AP d'intensité modérée, au moins cinq fois par semaine ou de 25 minutes d'AP intensité élevée au moins trois jours par semaine pour les adultes. Pour les enfants et les adolescents, le seuil recommandé est de 60 minutes d'AP d'intensité modérée par jour. La sédentarité ou "comportement sédentaire" est définie comme une situation d'éveil caractérisée par une dépense énergétique inférieure ou égale à la dépense de repos en position assise ou allongée (1,6 MET) : déplacements en véhicule automobile, position assise sans activité autre, ou à regarder la télévision, la lecture ou l'écriture en position assise, le travail de bureau sur ordinateur, toutes les activités réalisées au repos en position allongée (lire, écrire, converser par téléphone, etc.) » (ANSES, 2016 : 4). Dans le domaine de la vulgarisation auprès du grand public, le Dr Carré écrit un ouvrage en 2013 afin de clarifier la différence entre les deux termes et le colloque *La sédentarité dans tous ses états* de l'Observatoire National de l'Activité Physique et de la Sédentarité organisé le 12 octobre 2016 insistera sur cette différence.

Il s'agit ainsi de considérer le rapport à l'activité physique dans sa globalité, c'est-à-dire dans le cadre de la pratique institutionnalisée mais également de la pratique autonome. L'objectif est de lutter contre la sédentarité en favorisant des comportements actifs au quotidien en autonomie. Les dispositifs de surveillance à distance sont ainsi intégrés dans cette conception de la promotion de l'AP pour la santé.

L'injonction à l'amélioration chiffrée de soi se dote ainsi des moyens de sa réalisation par l'élaboration d'outils permettant aux professionnels impliqués dans ces dispositifs de surveiller que la personne fait bien ce qu'il faut pour améliorer sa santé. Le pouvoir médical s'immisce ainsi jusque dans les pratiques quotidiennes des personnes. L'utilisation des corps dans la sphère privée est investiguée par les professionnels des dispositifs dans la mesure où celle-ci est rendue transparente et traçable (Queval, 2011). Comme le souligne Queval (2011 : 29) « le corps mieux connu et contrôlé du point de vue médical, est également mieux contrôlé du point de vue de sa transparence ». Le podomètre vient révéler par le chiffre, là encore, le fonctionnement du « corps vivant » (Andrieu, 2013) difficilement accessible à la conscience dans le cadre d'une « connaissance de soi par les chiffres » à l'instar de ce que Vigarello a pu observer dans son histoire du « sentiment de soi » (Vigarello, 2014). Pour Granjon *et al.*, (2011 : 18) « les promoteurs du *self-tracking* présentent le prisme de la mesure comme un moyen d'objectiver certains faits tenant à leur “moi” et brouillés par leur subjectivité ». Il s'agit de connaître une réalité personnelle, singulière voire cachée en mobilisant la quantification. Podomètres, oxymètres de pouls et tableaux de recensement de ses activités physiques autonomes viennent ainsi rendre transparents, auprès des agents des pouvoirs publics, les corps des bénéficiaires. Ceux-ci sont alors « traqués », et ce, même en dehors des temps institutionnalisés de pratique. Les sociologues de la quantification insistent, à ce niveau, sur le fait que du point de vue de la personne, cette mise en visibilité la met en « situation de pouvoir ou devoir rendre des comptes et configure donc une forme potentielle de surveillance et de contrôle horizontaux » (Dagiral *et al.*, 2019 : 33). Lupton (2016a, 2016b) parle ainsi de « dataveillance » pendant que Albrechtslund (2008) et Timan et Albrechtslund, (2018) évoquent la notion de « surveillance participative ». Si nous avons vu dans le chapitre précédent que les RSSBE cherchent à valoriser une relation soignant-soigné centrée sur le patient, sur son vécu et sur ses besoins, notamment en valorisant une formation à l'ETP chez ses professionnels, pour Guirimand (2015 : 70), « l'autonomie du patient visée par l'ETP est à géométrie variable et peut être menacée par certaines dérives du biopouvoir ». En étudiant les dispositifs Télésage – qui initie un nouveau mode de télésurveillance et télésuivi téléphonique des patients diabétiques de type 1 et 2 – et celui de et la télétransmission de l'observance des

personnes atteintes d'apnées du sommeil, l'auteur montre que « la logique d'action mobilisée n'est plus celle de l'autonomie du patient visée par l'éducation, mais la discipline. La surveillance redevient la technologie du pouvoir biomédical. La confiance entre le soignant et le malade chronique, pourtant centrale dans la relation éducative, disparaît. S'y substitue la suspicion de celui qui surveille et de celui qui est surveillé ; suspicion institutionnalisée par les dispositifs » Guirimand (2015 : 70). Dit autrement, bien que se revendiquant des méthodes développées dans le cadre de l'ETP, ces dispositifs, par la technologie qu'ils déploient, semblent diverger de leurs aspirations premières. Un processus de ce type semble à l'œuvre dans les structures réticulaires que nous avons étudiées.

Pourtant, les RSSBE étudiés se rejoignent dans la volonté d'éviter de s'inscrire dans des processus culpabilisateurs pour les personnes. L'idée sous-jacente est que la mise en activité de manière régulière et autonome est d'autant plus efficace qu'elle est motivée par le plaisir de la pratique plus que par le respect d'injonctions sanitaires (Perrin, Ferron, Gueguen et Deschamps, 2002). Ainsi, la surveillance à distance outillée par l'objectivation chiffrée des corps semble aller quelque peu à l'encontre de ces principes dans la mesure où celles-ci peuvent potentiellement tendre à exacerber la culpabilisation de ne pas bouger « suffisamment ».

2.4. Capacitation, responsabilisation et autonomie

Les procédures de prise en compte de la subjectivité des acteurs dans le cadre de la mise en place d'accompagnements personnalisés ainsi que les démarches d'externalisation des corps en données objectivables – support d'une forme de normalisation à l'amélioration chiffrée de soi – semblent s'inscrire au sein d'un cadre plus large visant à favoriser la « capacitation » des individus (Cantelli et Genard, 2007). Ces démarches, comme le précisent Collinet et Delalandre (2014 : 454) « peuvent être considérées comme de véritables politiques de subjectivation et semblent croître aujourd'hui au sein des politiques sociales », que ce soit dans le domaine de la protection sociale (Warin, 2007) ou de l'insertion l'insertion (Soulet, 2007 ; Cantelli et Genard, 2007). Collinet et Delalandre (2014), étudiant les politiques publiques de prévention du vieillissement, notent ce processus de capacitation repose sur deux aspects : le développement d'un environnement matériel et social favorable à son activité, d'une part, et la diffusion de connaissances relatives aux pratiques exemplaires, d'autre part. Concernant le premier point, toute l'organisation des RSSBE, comme nous l'avons montré

dans le cinquième chapitre du présent document, est pensée de manière à offrir aux bénéficiaires un environnement favorable à leur mise en activité en leur proposant un parcours le plus adapté possible. Relativement au deuxième aspect, la mise en chiffres des corps permet à l'individu de disposer de plusieurs connaissances nécessaires à son changement. Premièrement, les tests et questionnaires (tests de souplesse, d'endurance, de force, questionnaire de Ricci et Gagnon, questionnaires de qualité de vie) définissant le profil « physique et psychique » des personnes lors des évaluations objectives de soi favorisent une connaissance de soi. Deuxièmement, au-delà des processus de surveillance qu'ils impliquent, podomètres et tableaux de recensement des activités physiques réalisées en dehors des créneaux sport-santé viennent renseigner objectivement l'individu sur ce qu'il fait concrètement pour améliorer sa santé, notamment en dehors des créneaux mis en place dans le cadre du dispositif. Troisièmement, l'association de ces deux types de connaissances incite à l'instauration d'un troisième type de savoir : un rapport de corrélation entre l'amélioration chiffrée de soi et la mise en activité de soi. Ce lien est explicite dans le carnet de suivi du RSSBE de Franche-Comté dans la rubrique « tester sa condition physique » :

« le carnet vous permet de faire le point tous les trimestres (série 1, 2 et 3) sur votre niveau de condition physique et d'évaluer les effets de la reprise d'activité physique sur l'endurance cardiovasculaire, la force musculaire, la souplesse, l'équilibre dynamique et le temps de réaction » (RSSBE Franche-Comté, carnet de suivi, p. 2).

Il s'agit ainsi de mesurer les effets de sa mise à l'activité physique régulière sur les mesures chiffrées résultant des différents tests. La corrélation entre ces deux variables est donc établie. Dès lors, « la production de chiffres sur soi et la consultation de ces données doit alors permettre à l'individu de prendre plus pleinement conscience de ses pratiques ou caractéristiques tout en les objectivant, voire en établissant des corrélations entre elles » (Granjon, 2011 : 22). Les RSSBE travaillent ainsi à développer la capacitation des personnes en renforçant le « pouvoir sur soi » (Génard, 2007). Pour reprendre les termes d'Andrieu (2018), c'est un corps capacitaire chez les individus que ces dispositifs cherchent à mobiliser, au sens où être en capacitaire, « c'est avoir conscience d'être capable parce que son vivant possède les moyens d'activer cette potentialité inédite » (Andrieu, sous presse). Le philosophe note que le mouvement du sport-santé éveille chez les individus un corps capacitaire jusque-là inactivé. Dès lors, si la capacitation renvoie au pouvoir d'agir, il en découle que l'individu est en partie responsable de sa santé. Cette responsabilité ne s'exerce pas à proprement parler par

le biais de références normatives : c'est parce qu'il est informé et qu'il peut agir que l'individu porte le poids des conséquences de ses comportements (Genard, 2007). Ainsi, « le travail de “responsabilisation”, évitant la “moralisation”, s'opère-t-il désormais moins sous l'horizon de références normatives substantielles, de devoirs supposés orienter les conduites, qu'il n'énonce des savoirs hypothétiques sur les liens entre styles de vie et conséquences prévisibles » (Gernard, 2007 : 48). Pour Vieille-Marchiset (2019 : 63), l'action publique contemporaine qui travaille à une « mise en mouvement santéiste des corps » vise à développer une « éthique de la responsabilité, voire d'autoresponsabilité ». Les RSSBE semble ainsi ne pas échapper à ce constat.

La normalisation à l'amélioration chiffrée de soi passe alors par une forme « d'injonction d'autonomie comme norme » dans laquelle « être en bonne santé, mince et en forme dépend de soi » (Queval, 2011 : 20). Nous partageons alors la pensée de Pharabod *et al.*, (2013 : 117) pour qui « les métriques de soi se présentent comme l'un des instruments mis à la disposition du sujet contemporain pour motiver une action “autonome”, poser des objectifs personnels et se donner les moyens de les atteindre, autrement dit comme l'une des incarnations de cette injonction à l'autogestion de soi et l'un des moyens de s'y conformer ». L'utilisation des chiffres semble donc s'inscrire dans ce que Vieille-Marchiset (2019 : 57) à la suite de Boussard (2008) ou Mauger (2001) nomme une pensée gestionnaire qui fait référence à un « individu autonome, capable de prendre des responsabilités et d'utiliser les nouvelles technologies pour devenir plus efficient. Doté d'une forte capacité de travail, il a les outils pour faire un diagnostic, construire rapidement une stratégie pour agir et s'adapter aux nouvelles contraintes de l'environnement ». L'idéologie faisant de l'individu un entrepreneur de sa propre vie, où il s'agit de mettre au jour les causes qui les affectent afin d'avoir la possibilité d'en prendre le contrôle et de maximiser ainsi ses capacités personnelles faisant écho aux diverses théories tâchant de penser l'individualisme à l'ère de la postmodernité (Beck, 2001 ; Aubert, 2006), semble ici peser de tout son poids.

En suivant Queval (2011 : 23), la responsabilité vis-à-vis de l'amélioration chiffrée de soi est d'autant plus forte qu'elle s'inscrit dans un paradigme où « rien n'échappe au corps ». Dit autrement, les données chiffrées viennent rendre compte de manière objective de la mise en activité des personnes et agissent comme de véritables traces-témoins de ces comportements. Les individus sont ainsi confrontés à l'injonction de leur mise à l'AP dans leur quotidien, en autonomie. En cas contraire, cela sera rendu visible par une non-progression de leurs résultats chiffrés. Plus profondément, si l'individu est rendu capable d'agir et qu'il porte le poids des conséquences de ses comportements, alors il devient

coupable en cas de non-amélioration chiffrée de soi. C'est en effet ce que soutient Queval (2011 : 21) pour qui « parce que libre et responsable, le sujet est nécessairement coupable lorsque son corps faillit, lorsque l'esthétique se dérobe, quand la maladie survient ou que la mort fauche, avant le très grand âge, l'instrument désaccordé ». Ainsi, en travaillant à la normalisation de l'amélioration de soi par une injonction à l'autonomie, les RSSBE semblent organiser un « retour de la culpabilité » (Queval, 2011 : 21 ; Rail, 2016) au cœur de ces processus de subjectivation dont ces structures souhaitent pourtant s'éloigner comme nous l'avons montré plus haut. Toutefois, il convient ici de recadrer nos propos dans le contexte de l'enquête menée et des limites inhérentes à celle-ci. En effet, nos données empiriques pour cette étude sont constituées des textes de présentation des différents PSSBE, des bilans publiés, des présentations descriptives des RSSBE, des documents de travail internes aux trois réseaux, des comptes rendus des réunions de copilotage et d'entretiens avec divers acteurs impliqués dans les réseaux. Ainsi, nous n'avons pas accès aux points de vue des bénéficiaires, si bien que l'hypothèse d'une potentielle culpabilité ressentie par les personnes reste à investiguer. Nous nous contentons ici de relever les divergences entre les volontés initiales des professionnels des RSSBE et les outils concrètement mis en place ainsi que leur utilisation. Celles-ci pourraient potentiellement être des pistes explicatives quant aux questionnements émis par Weissland *et al.*, (2016) à propos de l'efficacité du RSSBE Picardie en Forme face au constat que 70 % des patients intégrés à ce dispositif l'ont quitté.

La normalisation de l'amélioration de soi dans les RSSBE permise par l'utilisation de divers instruments qui visent à externaliser les corps en troisième personne, recouvre finalement l'ensemble des technologies de gouvernement des corps mises en évidence par Fassin et Memmi (2004) que nous avons expliqué dans notre cadrage théorique. Ainsi, sont à l'œuvre trois processus : un phénomène d'individualisation puisque les évaluations chiffrées de soi ne sont comparées qu'à soi ; une forme de responsabilisation des individus dans la mesure où ils sont informés, grâce aux données chiffrées, des liens entre leur état de santé et leur comportement au quotidien ; et des procédures de surveillance et d'auto-surveillance qui permettent un gouvernement des corps à distance.

3. Les contingences professionnelles

A ce stade de notre réflexion, nous avons montré que les trois RSSBE affichent une volonté de s'éloigner de modèles de gouvernement des corps prescripteurs de normes à atteindre. Ils cherchent au contraire à valoriser des processus de normativité en proposant des dispositifs les plus adaptés possible aux personnes. Cependant, nous avons montré par l'analyse des instruments mis en place, que toute forme de normalisation ne disparaît pas. Des dissonances sont ainsi perceptibles entre ce qu'affichent les réseaux dans leurs volontés initiales et les outils qu'ils mettent en place. Comment expliquer ces dissonances ? Nous soutenons l'idée selon laquelle les professionnels des RSSBE sont aux prises avec des contraintes pragmatiques – que nous allons expliciter – inhérentes à ce type de structures réticulaires, les amenant à les faire diverger de leurs objectifs initiaux.

3.1. Une nécessité de coordination interprofessionnelle

Cette traduction du corps en chiffres (dont les conséquences entrent en dissonance avec les volontés initiales des réseaux) s'impose comme une nécessité pragmatique du gouvernement des corps à l'œuvre dans ces structures réticulaires. La caractéristique principale de ces organisations est de faire travailler ensemble des professionnels issus d'univers différents. Le gouvernement des corps par le chiffre s'impose alors comme une contrainte nécessaire dans la tentative de coordination de ces différents partenaires. En effet, afin d'organiser une liaison optimale entre les professionnels qui interviennent à différentes étapes du parcours du bénéficiaire, les trois RSSBE mettent au cœur de leur fonctionnement un carnet de suivi que nous avons déjà évoqué dans les paragraphes précédents. Celui-ci sert de support sur lequel l'ensemble des informations jugées importantes sont inscrites. Ainsi, aux différentes étapes du parcours, chaque professionnel note plusieurs informations utiles aux autres acteurs qui interviennent dans le parcours de la personne, comme en témoignent les extraits d'entretien suivants :

« Le seul lien de suivi qu'on a avec la personne après, c'est le carnet de suivi, qui est, entre guillemets, l'outil de liaison interprofessionnelle qu'on utilise »
(Entretien du 27/09/2016 avec la coordonnatrice du RSSBE de Franche-Comté).

« Sur le carnet de suivi, on a aussi une fiche de correspondance interprofessionnelle qui, du coup, permet au médecin d'ajouter d'autres choses, permet, du coup, au patient d'ajouter certaines choses, permet à l'éducateur

sportif d'ajouter des choses. Donc, l'objectif, c'est vraiment, en fait, qu'on puisse communiquer et se coordonner » (Entretien du 27/04/2017 avec un des coordonnateurs du RSSBE de Champagne-Ardenne).

« L'idée de ce carnet, c'était de mettre du lien entre nous et la relation qu'on a avec le bénéficiaire. Et que ce soit lisible du coup, déjà pour l'utilisateur. Qu'il puisse se dire, ah oui, c'est vrai, il y a trois mois, j'ai dit ça, parce que des fois, on ne se souvient pas (rires), j'ai dit ça, ça faisait partie de mes objectifs donc, nous, ça nous permet de mettre du lien dans son suivi. Et ça permet aussi à l'encadrant, s'il est un peu curieux, de voir dans le carnet, d'avoir un petit focus sur, qu'est-ce qu'il a, le profil qui est face à moi, quels sont ses objectifs, il faut que je travaille dessus, que le médecin ou d'autres paramédicaux qui côtoient l'utilisateur, voilà, qu'ils aient des infos sur la personne qu'il a en face. Car on ne peut pas prendre notre téléphone à chaque fois, on va s'ouïer les gens si on dit, ouais, telle personne elle est venue, on lui fait ça, on lui fait ça. Ça, ça matérialise le lien, quoi. En se disant, vous voyez ce carnet, votre médecin, il peut le lire, l'encadrant, il peut vous le demander, il peut vous mettre des notes dessus. Le médecin aussi » (Entretien du 6/09/2016 avec l'un des coordonnateurs du dispositif Prescimouv' – Bouger sur ordonnance).

La nécessité de disposer d'informations partageables par l'ensemble des professionnels du réseau impose ainsi de privilégier des données objectivables et compréhensibles par l'ensemble des partenaires. Comme le souligne le troisième acteur cité, le lien interprofessionnel est facilité par l'intermédiaire du carnet dans la mesure où il évite de s'appeler trop souvent, « il matérialise le lien ». Les différents partenaires n'ont pas suivi les mêmes formations initiales et doivent donc, pour se coordonner, posséder un vocabulaire commun. On comprend ainsi que soient mises en exergue des informations chiffrées qui objectivent le corps des patients. Elles permettent à l'ensemble des professionnels d'identifier rapidement les caractéristiques des bénéficiaires du dispositif. Comme le souligne Porter, « la quantification offre un langage et une discipline communs qui transcendent d'autres formes de différences qui menacent les projets sociaux collectifs » (1995 cité dans Espeland et Stevens, 2008 : 419). Dit autrement, « la crédibilité basée sur une "objectivité mécanique" peut circuler aisément dans différentes sphères ou dans différents secteurs ou aires géographiques, contrairement à une crédibilité qui tient aux réseaux d'interconnaissance » (Joly, 2012 : 24). C'est également ce que soutient Desrosières (2008a : paragr. 15) en évoquant l'histoire du

programme de médicalisation des systèmes d'information des hôpitaux où « il était notamment demandé au personnel infirmier dans les hôpitaux psychiatriques de “coder” quotidiennement, sur une échelle de 1 à 10, l'état de “normalité apparente” de leurs patients ». Cette proposition a d'abord été rejetée. Il a ensuite été demandé « au personnel de procéder à cette “notation” par équipe, après discussion collective. Cela changeait tout : la notation devenait un langage commun, une médiation entre les individus, qui, à travers cette discussion, et en prenant appui sur cette demande administrative (éventuellement raillée comme bureaucratique et stupide), pouvaient progressivement se l'approprier, la naturaliser, et en faire une mesure de quelque chose de “réel” » (Desrosières, 2008a : chapitre 10, paragr. 15). L'auteur insiste ainsi sur la dimension sociale de l'utilisation des mesures chiffrées et postule que « les nombres sont d'abord un langage commun, qui peut circuler entre les hommes dès lors que sont oubliées les conventions qui ont présidé à leurs constructions » (Desrosières, 2008a : chapitre 3, paragr. 15).

De plus, ces informations, si elles doivent être partagées et facilement compréhensibles par l'ensemble des partenaires impliqués, doivent également pouvoir être rapidement lues et intégrées. Le critère temporel apparaît en effet primordial pour les acteurs, notamment pour les médecins impliqués, ce qui rejoint les constatations évoquées lors de notre état de l'art où Hénaff-Pineau (2014) ou encore Bauduer *et al.*, (2018) relèvent que le temps de la consultation des médecins généralistes est en général très réduit, ce qui s'inscrit comme un frein à la prescription d'APS. En effet, il est systématiquement souligné dans les entretiens menés que ces derniers sont majoritairement en crise de temps lors de leurs consultations et ont besoin d'outils qui soient peu coûteux en temps. Le président du RSSBE de Champagne-Ardenne souligne à ce titre :

« Un médecin généraliste voit en moyenne son patient 15 minutes. Et en 15 minutes, il y a beaucoup de choses à aborder et en règle générale, l'activité physique, c'est abordé dans les dix dernières secondes » (Entretien du 6/07/2017 avec le président du RSSBE de Champagne-Ardenne).

Le médecin représentant de l'URPS-ML au sein du comité directeur du RSSBE insiste également sur cet aspect :

« Là, nous, on est dans une région sous-médicalisée quand même, où on voit énormément, énormément de patients parce qu'on est un peu débordé. Bon, c'est à peu près partout pareil en France, en tout cas, notre région, c'est comme ça. On

n'a pas énormément de temps avec nos patients et pour motiver nos patients à faire du sport et tout, il faut prendre du temps. Parce que je peux vous dire qu'on rame, hein. Pour mettre un gros à faire du sport, on rame. Donc, ce n'est pas en deux minutes, de dire, il faut que vous fassiez du sport, qu'on y arrivera. Il faut y passer du temps et souvent, on n'a pas beaucoup de temps » (Entretien du 22/06/2017 avec le médecin représentant de l'URPS-ML au sein du comité directeur du RSSBE de Champagne-Ardenne.)

Il s'agit ainsi de privilégier des outils qui permettent de rapidement cerner le profil de la personne. Parcimonie et vitesse sont alors privilégiées comme le soulignent les acteurs :

« Oui, je connais les questionnaires pour motiver les gens mais on n'a pas le temps. J'ai été à une formation sport-santé l'année dernière, ils nous disent, vous les donnez au patient quand il est en salle d'attente. Si vous voyez nos agendas, nous on est dans une région où on voit 50 patients par jour, ce n'est pas gérable » (Entretien du 22/06/2017 avec le médecin représentant de l'URPS-ML au sein du comité directeur du RSSBE de Champagne-Ardenne.)

« Je pense que c'est l'occasion de bénéficier d'un outil simple et efficace pour la prise en charge du patient. C'est-à-dire que c'est relativement simple pour eux, il suffit de donner un numéro de téléphone pour que le patient entre dans le parcours de santé. Alors, bien sûr, il y a toute la démarche d'éducation thérapeutique, de conseil minimal, c'est du travail en amont qui est fait un petit peu à chaque consultation mais en tout cas lorsque le patient est prêt à passer le cap, c'est relativement simple et surtout, il n'a pas vraiment besoin de se former pour, pour pouvoir disposer de ce genre d'outil en fait. Parce qu'on est en train de faire une thèse là, enfin on a fini le recueil avec une interne qui montre très réellement ce besoin des médecins, d'avoir un outil simple surtout, pour lequel ils n'ont pas besoin de se former. Parce qu'ils ont déjà suffisamment de choses pour lesquelles ils doivent se former régulièrement que, ils sont surchargés, quoi » (Entretien du 6/07/2017 avec le président du RSSBE de Champagne-Ardenne).

La simplicité des outils permet ainsi de pallier le problème de manque de temps. Comme le soutient Jany-Catrice (2012) en évoquant les outils de quantification des subjectivités, les données chiffrées « reposent sur un processus de révélation qui n'est pas chronophage, se

limitant au temps d'administration du questionnaire et de collecte des données ». Ainsi, selon l'auteur, « outre son illusoire scientificité, le chiffre semble avoir des propriétés séduisantes de l'immédiateté, de la vitesse et de la simplicité ». Non seulement les données sont recueillies rapidement mais elles sont également aisément assimilables par les professionnels. Espeland et Stevens (2008) soulignent également cette fonction du chiffre en insistant sur le fait que les données chiffrées tendent à incarner deux caractéristiques : la clarté et la parcimonie. En ce sens, elles permettent de rendre compréhensible, à moindre coût, la complexité des phénomènes en jeu : « Yet despite such variation, two aesthetic ideals for numerical pictures are virtually universal: clarity and parsimony. Regardless of temporal and disciplinary context, people who make pictures with numbers typically prize representations whose primary information is easily legible (clarity), and which contain only those elements necessary and sufficient for the communication of this primary information (parsimony). These aesthetic ideals are visual manifestations of the allure of numbers outlined above: their peculiar capacity to make complex phenomena comprehensible » (Espeland et Stevens, 2008 : 423). Dans les RSSBE, l'utilisation de données chiffrées concernant la santé physique et mentale des personnes permet de cerner rapidement la complexité de la personne. Cette recherche de parcimonie est exemplifiée dans le RSSBE de Champagne-Ardenne où les coordonnateurs du réseau sont en réflexion afin de simplifier l'un des outils, le questionnaire SF-36 sur la qualité de vie, qui est encore trop coûteux temporellement pour eux :

« On a essayé de faire un petit peu plus simple parce que 36 questions, il est assez lourd, donc on essaye de faire une échelle analogique de 0 à 10 sur le patient au départ. Comment il se situe au niveau de sa qualité de vie au départ et comment il se situe à la fin. Et on essaye de voir s'il y a une corrélation entre le SF-36 et ça, et si c'est le cas, pour faire sauter le SF36 qui est assez lourd » (Entretien du 27/04/2017 avec un des coordonnateurs du RSSBE de Champagne-Ardenne.)

Les coordonnateurs du dispositif *Prescimouv' – Bouger sur ordonnance* prennent également en compte ces contraintes de coordination en privilégiant des outils simples en lien avec la problématique de la gestion du temps :

« En pratique, je ne maîtrise pas complètement, mais les quelques médecins qu'on a réussi à rencontrer, schématiquement ce qu'on nous a dit, nous, c'est qu'il faut que l'acte de prescription ne soit pas trop chronophage, qu'il soit simple. C'est

pour ça que nous dans le projet, on a pris ça en considération, on s'est dit qu'il ne faut pas qu'un médecin, il ait 14 documents à remplir, qu'il ait 20 examens à faire, que ça lui prenne une heure et quart, il ne le fera pas. Donc, nous, on s'est limité. Ce que l'on demande, c'est déjà qu'on puisse bien présenter le dispositif avec la finalité qui est, quel est l'intérêt de ce qu'on propose et après que, eux, ils engagent leurs patients sur l'activité physique. On ne leur demande pas de faire le suivi, de tout expliquer. Donc, on a été attentif à ne pas créer de consultation supplémentaire et à ne pas faire passer trop de temps au médecin » (Entretien du 26/09/2016 avec l'un des coordonnateurs du dispositif Prescirmouv' – Bouger sur ordonnance).

Cette caractéristique temporelle explique l'utilisation du questionnaire Ricci et Gagnon afin de repérer le degré de sédentarité des personnes. L'exploration du rapport à l'activité physique passe par un questionnaire rapidement administrable et dont les informations chiffrées qui en sont tirées facilitent la compréhension des profils des différents bénéficiaires :

« Oui, il y a tout un tas de difficultés et nous, on a essayé d'y pallier en simplifiant au maximum la tâche et le rôle du médecin. On part du principe que le médecin, il connaît la pathologie de son patient, il n'y a pas de soucis par rapport à ça. Et après, l'exploration du niveau d'activité physique, c'est quelque chose que le médecin, il n'est peut-être pas forcément outillé par rapport à ça et puis il n'a pas forcément le temps d'aller creuser un petit peu. Donc, on lui a mis à disposition le test de Ricci et Gagnon, voilà, qui est quand même assez rapide à faire passer et avec un memento de "voilà mon rôle, j'identifie". Et ça, ça se fait assez rapidement. Ça, comme je l'ai dit tout à l'heure, la pathologie, c'est quelque chose qu'il maîtrise, le niveau d'activité physique, il a juste à remplir le Ricci et Gagnon, donc, c'est 2-3 minutes maxi, il identifie rapidement si le score est en dessous de 18 et là, il lui propose. Et après, il a le certificat médical dédié et il demande de me contacter » (Entretien du 6/09/2016 avec un des coordonnateurs du dispositif Prescirmouv' – Bouger sur ordonnance).

Comme le précise l'acteur cité ci-dessus, le temps manque pour « creuser un petit peu » l'exploration du niveau d'activité faisant alors privilégier le questionnaire de Ricci et Gagnon et ses indices chiffrés. La dimension organisationnelle des réseaux sport-santé débouchant sur l'utilisation d'outils de coordination, tels que les carnets de suivi, explique que bien qu'un

entretien visant à prendre en compte le ressenti subjectif des patients soit organisé, seules quelques informations principales sont retenues dans l'outil carnet. Seul un petit espace de quelques lignes est disponible dans ce dernier afin de noter les informations relatives aux aspects plus subjectifs du rapport de la personne à sa santé et à l'activité physique. Il devient alors difficile d'accéder et de noter des informations quant au ressenti profond des personnes, à leur rapport intime à la pratique, aux significations en jeu ainsi qu'à leur perception de leur état de santé. Dit autrement, le travail en structures réticulaires rend difficile l'accès au « corps vécu » (Andrieu, 2011) par des données en première personne dont le recueil ainsi que la lecture seraient chronophages et fait privilégier les données en troisième personne focalisant l'attention sur « le corps visible » (Andrieu, 2011).

3.2. Légitimer sa position pour participer au dispositif de coordination

Coordonner des acteurs issus d'univers variés (monde médical, monde sportif, monde médico-social) quant à la prévention de la santé par l'activité physique, c'est aussi réussir à impliquer chacun d'entre eux autour d'un objectif commun. À ce niveau, plusieurs travaux ont pu montrer, d'une part, que le monde de la santé se méfie traditionnellement du monde sportif quant à sa capacité à pouvoir prendre en charge des patients dans un objectif de santé (Viaud, 2009 ; Radel, 2012 ; Vieille-Marchiset, 2019), et d'autre part, que l'orientation du monde du sport vers des missions essentiellement sanitaires est relativement récente (Honta et Illivi, 2019 ; Morales, sous presse)¹³⁶. Dans leur étude portant sur l'opérationnalisation du PSSBE en région Nouvelle-Aquitaine, Honta et Illivi (2019 : XIV) soulignent précisément la méfiance des professionnels de santé à l'égard des multiples organisations qui promeuvent actuellement l'AP dans un but de santé. D'après les auteurs, cette méfiance trouve une explication dans le fait que la reconnaissance du rôle de diverses catégories de structures a abouti à une multiplication des statuts de travailleurs qui interviennent dans ce champ. En ce sens, le sport-santé, et plus généralement le bien-être par l'AP, « suscite des comportements opportunistes de la part de très nombreux organismes marchands et non marchand » (Honta et Ivilli, 2019 : XIV). Il s'agit donc, pour les acteurs cherchant à faire vivre ce type

¹³⁶ Hormis certaines fédérations telles que la Fédération Française d'Éducation Physique et de Gymnastique Volontaire qui s'est historiquement construite autour de la thématique de l'Activité Physique dans un but de santé (Lebecq *et al.*, 2013).

d'organisation de se rendre crédibles et de témoigner du sérieux de leur démarche. Appréhender les corps en troisième personne apparaît alors comme un moyen, pour les acteurs proches du mouvement sportif et de l'APA-S de « faire science » (Morin, 1986), c'est-à-dire de légitimer leur démarche auprès du monde médical qui est notamment le bailleur de fond principal des RSSBE via les financements des ARS. Il s'agit de prouver leur compétence à prendre en charge des publics à pathologies pour pouvoir collaborer avec les acteurs du domaine de la santé. Dit autrement, l'approche « objective » s'inscrivant dans un gouvernement des corps par le chiffre s'explique également par une volonté de coordination d'acteurs issus du monde du sport et de l'APA-S afin d'impliquer dans leur dispositif, les acteurs du monde de la santé. L'extrait d'entretien ci-dessous avec l'un des acteurs pionniers du RSSBE de Franche-Comté, représentant l'URCAM puis de l'ARS entre 2007 et 2015, témoigne de cette recherche de légitimité du mouvement sportif grâce à l'utilisation des chiffres.

« La DRJSCS souhaitait introduire, peut-être pour rendre un peu plus crédibles les choses, parce que, quand on a des mesures, c'est toujours plus rassurant et ça permet d'avoir des fois plus d'argumentation, tout ça pour dire que dans le dispositif justement, il y a quand même cette notion de mesure, il y a un bilan qui est fait avec un entretien initial avec des mesures de performances, certaines mesures de performances avant et après. Donc, pour amener en gros un peu de sérieux, en disant : voilà, ils n'avaient pas seulement une prise en charge globale de type éducation thérapeutique. Il y a aussi des critères chiffrés, ça fait sérieux. Et donc, il y a eu ce mix-là en fin de compte. Mais la philosophie initiale est bien l'éducation thérapeutique mais dans laquelle on rajoute quelques données, voilà, physiologiques de base pour rassurer tout le monde » (Entretien du 17/10/2016 avec le coordonnateur PNNS en région Franche-Comté et porte-parole de l'URCAM puis de l'ARS au RSSBE entre 2007 et 2015).

Ici, la DRJSCS, représentant du monde sportif, cherche « à faire sérieux » en utilisant des données chiffrées afin de « rassurer tout le monde », notamment les acteurs du monde de la santé. Cette volonté de « rassurer le monde de la santé » par l'utilisation de données chiffrées est également présente dans le RSSBE de Champagne-Ardenne. En effet, le médecin représentant la branche médicale du dispositif explique que n'étant pas médecin du sport :

« Il y a tout un tas de tests que je ne connaissais absolument pas avant de m'intéresser au réseau. Et c'est vrai que quand je suis rentré là-dedans, j'ai vu des trucs que je ne connaissais pas et qui n'étaient pas si mal que ça. J'étais rassuré, c'est sûr, rassuré sur la qualité du réseau » (Entretien du 22/06/2017 avec le médecin représentant de l'URPS-ML au sein du RSSBE Champagne-Ardenne).

Il s'agit également d'une préoccupation partagée par les acteurs à l'origine de la conception du dispositif *Prescimouv' – Bouger sur ordonnance*. Un des médecins qui était à l'origine de la création de ce réseau explique à propos de la genèse de ce dernier que :

« Là, le but du jeu, c'était monter un projet et un protocole de sport sur ordonnance qui ne soit pas susceptible d'être attaqué par son manque de, par sa partialité, par son manque de connaissances scientifiques » (Entretien du 13/10/2016 avec le représentant de l'URPS-ML de la région Poitou-Charentes siégeant aux comités de pilotage du dispositif *Prescimouv' – Bouger sur ordonnance*).

C'est ici la représentation sociale du chiffre qui est utilisée à des fins de coordination des acteurs. En effet, comme le soulignent Espeland et Stevens (2008), les chiffres font preuve d'autorité au sens où ils sont associés, dans l'imaginaire collectif, à la rationalité et à l'objectivité. C'est également ce que soutient Desrosières (2008b : chapitre 6, paragr. 2) lorsqu'il évoque le fait que « la sociologie de la quantification est perpétuellement tendue entre deux conceptions des opérations statistiques, l'une "réaliste métrologique" (l'objet existe antérieurement à sa mesure), et l'autre "conventionnaliste" (l'objet est créé par les conventions de la quantification) », dans la mesure où les chiffres sont classiquement considérés comme des données permettant de décrire une réalité objective. Ils donnent ainsi une sensation de sérieux et d'autorité. La volonté d'impliquer les acteurs du monde médical amène donc les RSSBE à valoriser un corps chiffré et objectivé. Cette volonté apparaît donc comme une forte contrainte de coordination pour les acteurs impliqués dans cette démarche collective.

Sur le terrain de la mise en œuvre régionale du PNNS en Midi-Pyrénées, Haschar-Noé *et al.*, (2010 : 56) observent des processus similaires. Les auteurs montrent, par exemple, que le programme expérimental « Sport de nature et santé » à destination des enfants, est porté par les DRDJCS/DDJCS et le mouvement sportif. Dans une volonté de convaincre à la fois « les

élus et plus généralement les acteurs locaux, de l'effet bénéfique de l'activité physique sur la santé des populations et de la validité du programme proposé», les porteurs souhaitent s'inscrire dans une « démarche scientifique ». (Haschar-Noé *et al.*, 2010 : 56). Ainsi l'un des axes stratégiques mis en avant consiste à « scientifier le programme » par l'utilisation de plusieurs instruments que sont :

« - une batterie de huit test normés (Souplesse, équilibre, adresse, vitesse des membres inférieurs, vitesse des membres supérieurs, puissance des membres inférieurs (détente horizontale), puissance des membres inférieurs (détente verticale), puissance aérobie), permettant de calculer un « indice de forme » échelonné de 1 à 5 à partir d'une table de cotation ;

- Un questionnaire "habitudes de vie" ;

- Un livret de suivi destiné aux jeunes consistant pour ces derniers, à se fixer des objectifs dont le n°1 est "obligatoire : j'augmente mon taux d'activité physique par jour". Les enfants sont invités à noter toutes leurs heures de pratiques d'activité physique durant trois périodes d'une semaine réparties dans l'année » (Haschar-Noé *et al.*, 2010 : 56).

L'utilisation du chiffre dans ce programme semble ainsi s'inscrire dans un processus similaire à celui que ce que nous pouvons observer sur le terrain des RSSBE. La nécessité de coordonner et d'impliquer des acteurs issus d'univers différents dans les structures réticulaires que constituent les RSSBE, conduit à une traduction des corps en chiffres, ce qui entre en divergence avec les volontés initiales de ces dispositifs interprofessionnels.

3.3. Les données chiffrées pour évaluer et communiquer

Comme nous l'avons étudié dans les chapitres précédents, les RSSBE sont des dispositifs d'actions publiques pensés dans le cadre d'orientations contemporaines visant à coordonner l'offre d'AP pour la santé au niveau territorial. Ces dispositifs sont donc soumis à des évaluations par diverses instances. Or, si les objectifs affichés et déclarés ancrent les réseaux dans une conception de la santé refusant le caractère normatif de normes génériques prescriptives et descendantes, l'étude des évaluations effectuées montre que celles-ci ciblent l'attention sur les progrès chiffrés des bénéficiaires durant leur parcours de prise en charge. La normalisation d'une « amélioration de soi » que nous avons mise en évidence plus haut ainsi que le gouvernement des corps par le chiffre à l'œuvre répondent ainsi à la nécessité

d'évaluation des politiques publiques de santé semble s'inscrire dans le cadre de processus d'évaluation. Il s'agit de montrer que le réseau fonctionne concrètement et d'en donner la preuve. En effet, si le nombre de bilans et de créneaux sport-santé reste un critère prioritaire quant à l'évaluation des principaux financeurs, l'évaluation des indicateurs relevés lors des BMS est également importante. La chargée de mission du département prévention et promotion de la santé de l'ARS de Champagne-Ardenne explique ainsi que :

« Ce qui était très important pour nous, c'était l'évaluation du programme. Parce que c'était tout nouveau, et on voulait voir si ça allait fonctionner. Puisque c'est le souci qu'on a en prévention, promotion de la santé, c'est d'évaluer, de trouver des objectifs dans le programme, et de les évaluer. Et là, de voir s'il y avait un réel bénéfice. Donc, on a la chance d'avoir un éducateur médico-sportif qui avait des liens avec la fac de Reims et du coup, ils ont trouvé quelqu'un pour les aider dans cette évaluation. Et donc l'évaluation commence à, bien là, ça fait 5 ans maintenant, donc le nombre de bilans médico-sportifs commence à augmenter aussi. Puis de faire une procédure avec tous leurs différents éducateurs médico-sportifs sur tout le territoire pour récupérer les données des bilans médico-sportifs initiaux et finaux pour pouvoir faire une évaluation » (Entretien du 09/06/2017 avec la chargée de mission au sein du département prévention et promotion de la santé de l'ARS de Champagne-Ardenne).

Il s'agit ainsi d'évaluer les « réels bénéfiques » qu'apporte le dispositif. Pour cela, les acteurs du dispositif ont fait appel aux scientifiques de l'UFR STAPS de Reims afin de réaliser cette évaluation, ce que précise le président du RSSBE de Champagne Ardenne concernant l'évaluation du dispositif :

« Alors, il y a plusieurs types d'évaluation. L'évaluation qu'on fait tous les ans, c'est le nombre de BMS, c'est vraiment le reflet de notre activité sur le terrain. Ce nombre de BMS et le nombre de créneaux labellisés qui vont vraiment refléter notre activité. Par contre, on n'a pas de données fiables. On a des données, mais elles ne sont pas très fiables à l'heure actuelle sur la fréquentation des clubs sportifs. Donc, ça ne fait pas partie de nos bilans. Et par contre, il y a eu un bilan, qui date de l'année, ça devait être 2016 ou 2015, enfin bref, c'était un bilan qui analysait les évolutions des indicateurs qu'on relève pendant les BMS entre la prise en charge et la fin (...) L'évaluation faite par les STAPS. Ça, c'est

l'évaluation la plus complète » (Entretien du 6/07/17 avec le président du RSSBE de Champagne-Ardenne).

Ainsi, une étude scientifique réalisée par des chercheurs de l'université de Reims analyse les résultats chiffrés aux différents tests physiques et psychologiques réalisés durant les BMS (Bricky, 2016). Menée sur la base de données produites entre 2013 et 2015, cette étude met en évidence la progression des résultats des patients sur l'ensemble des différents tests réalisés lors des BMS et s'attache à mettre en visibilité une progression significative sur le plan statistique par l'intermédiaire de plusieurs tableaux et graphiques explicites tels qu'exposés ci-dessous :

Impact des BMS sur les résultats des patients : Amélioration significative de 6* indices sur les 6 mesurés				
Indices	Tests	Moyenne	Ec-Type	Différences
TM6	avant	465	100	Significative*
	après	504	99	
Tonicité	avant	18,0	6,2	Significative*
	après	21,3	6,8	
Souplesse	avant	3,5	11,6	Significative*
	après	1,6	10,6	
SF36 physique	avant	44,3	9,1	Significative*
	après	46,5	8,6	
SF36 psychique	avant	44,5	11,7	Significative*
	après	46,6	10,4	
Ricci & Gagnon	avant	21,4	7,7	Significative*
	après	26,2	5,4	

Sur la base du test t des séries appariées,
 (*) indique une différence significative entre les résultats d'avant et d'après le programme d'APAS

Figure 17 : Tableau récapitulant les évolutions des résultats des personnes aux différents tests du BMS du RSSBE de Champagne-Ardenne (d'après Bricky, 2016 : 6).

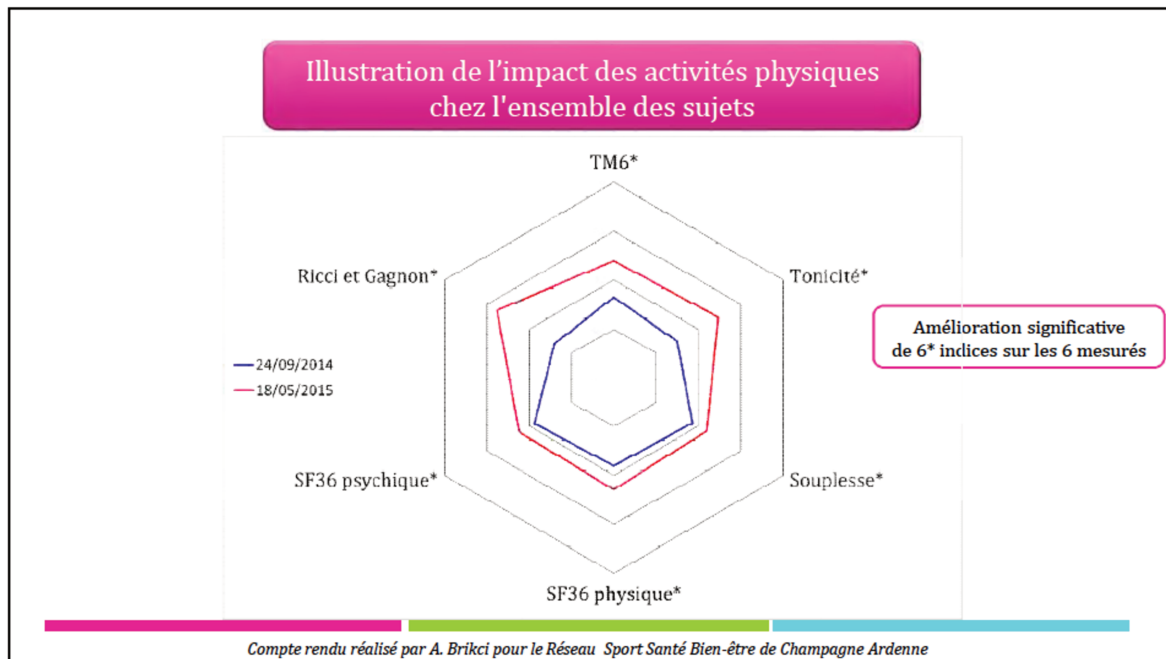


Figure 18 : Graphique récapitulant les évolutions des résultats des personnes aux différents tests du BMS du RSSBE de Champagne-Ardenne (d'après Bricky, 2016 : 6).

Les chiffres viennent ainsi prouver, de manière concrète, que le dispositif fonctionne. En ce sens, le médecin représentant de l'URPS-ML, assurant la vice-présidence du RSSBE pour la branche médicale, indique en entretien qu'il ne connaissait pas les tests utilisés avant de participer au dispositif mais que ceux-ci sont centraux dans la mesure où :

« ce qui est important, c'est de voir la progression du patient au sein de ces différents tests. C'est vraiment des éléments importants » (Entretien du 22/06/2017 avec le médecin représentant l'URPS-ML pour le RSSBE Champagne-Ardenne).

Cette étude permet non seulement d'évaluer le dispositif mais également d'afficher au grand public les résultats chiffrés puisque ceux-ci sont disponibles sur le site Internet du réseau¹³⁷. Par ailleurs, d'autres évaluations similaires ont été réalisées. Ainsi, la ville de Reims, ayant intégrée l'action du PASS du RSSBE de Champagne-Ardenne dans son Contrat Local de Santé (CLS), a produit une évaluation par l'intermédiaire du Service

¹³⁷ Disponible à l'URL suivante : [http://reseaux-sante-ca.org/IMG/UserFiles/Files/STATS%20BMS%202015\(A%20%20Brikci\)site.pdf](http://reseaux-sante-ca.org/IMG/UserFiles/Files/STATS%20BMS%202015(A%20%20Brikci)site.pdf)

Communal d'Hygiène et Santé (SCHS) dans laquelle les critères d'évaluation étaient les résultats aux différents tests effectués dans le cadre du BMS (par une comparaison statistique avant/après) ainsi que des entretiens avec les directeurs et éducateurs sportifs des associations sportives impliquées dans le projet :

« L'évaluation globale de l'action s'est faite selon deux axes. Le premier est une évaluation quantitative par le biais des bilans médico-sportifs (test de six minutes de marche, test de tonicité, test de souplesse), réalisés par des éducateurs spécialisés et formés, au début et à la fin de l'année du créneau passerelle. Les données ont été anonymisées et analysées sous Rstudio. Le second axe s'est penché sur l'évaluation qualitative de l'action à l'issue des trois saisons en réalisant un entretien avec les directeurs et/ou éducateurs sportifs des clubs ayant mis en place cette action. L'entretien a été mené par la même personne (interne en santé publique) selon un guide d'entretien (cf. ANNEXE 3). L'objectif de ces entretiens est de recueillir le ressenti des personnes qui ont mis en place les créneaux "sports santé" afin de continuer les bonnes pratiques organisationnelles et d'améliorer les autres » (Ardoin, 2016 : 5).

L'évolution chiffrée des différents indicateurs mesurés est ici centrale. Un tableau est produit afin de mettre en visibilité les évolutions significatives ainsi constatées, ce qui amène au constat suivant :

« Nous constatons donc une amélioration de l'ensemble des tests du bilan médico-sportif, ce qui montre un réel impact de cette action sur la santé des patients présentant une affection de longue durée » (Ardoin, 2016 : 7).

Des améliorations sont ainsi constatées statistiquement concernant « Le test de marche de six minutes », « Le test de tonicité musculaire de la chaise », « Le test de souplesse », « Le questionnaire Medical Outcome Study Short Form ou MOS SF36 » et « le questionnaire de Ricci et Gagnon » (Ardoin, 2016 : 7). L'évaluation des politiques publiques explique donc une importance forte portée sur la dimension chiffrée des conduites corporelles dans le cadre de ces réseaux. Pour reprendre les propos du chargé de mission sport-santé de l'ARS Champagne-Ardenne cités plus haut, on cherche ici à évaluer « les bénéfices réels » des dispositifs. Jany-Catrice (2012), pour qui « l'évaluation des politiques publiques s'aménage de plus en plus en une succession de dispositifs qui visent, dans les pratiques, à mesurer les

performances des services publics » explique que « la mesure de la performance des services est inscrite dans une posture réaliste qui prend pour acquis que ce qui est mesuré existe bien comme réalité non contestable ». Les évaluations étudiées, grâce aux chiffres, cherchent à retranscrire une réalité palpable de l'efficacité des dispositifs. Les évaluations étudiées, grâce aux progressions chiffrées, permettent de rendre palpables à la fois des objectifs ainsi qu'une potentielle efficacité des dispositifs, justifiant alors leur raison d'exister. Ceci s'inscrit dans le cadre d'un état néo-libéral (Desrosières, 2000) dans lequel sont fixés des objectifs opérationnels chiffrés et ciblés pour les services qui ont la charge de mettre en œuvre ces politiques. La raison d'être des RSSBE est donnée à voir comme une réalité non contestable.

Pour autant, si ces évaluations s'inscrivent dans une métrique réaliste, nous suivons la lecture de Desrosières pour qui l'objet est créé par les conventions de la quantification (Desrosières, 2008a). Ainsi, en évaluant le dispositif à l'aune des différences significatives aux différents tests effectués entre le début et la fin du programme, l'objectif central des dispositifs est quelque peu déplacé. D'une volonté de départ cherchant à modifier le rapport profond des personnes à l'activité physique afin de les rendre actives au quotidien de manière autonome et à long terme, on dévie vers une amélioration des indicateurs de santé chiffrés durant le temps de la prise en charge par le réseau. D'un désir de rechercher à travailler à un gouvernement des corps développant la capacité de normativité des individus, on en vient à développer une forme de normalisation à l'amélioration chiffrée de soi. Sans postuler que les acteurs faisant vivre ces dispositifs perdent de vue leurs objectifs initiaux, force est de constater que l'évaluation chiffrée produit une réalité quelque peu dissonante d'avec les volontés de départ. Par ailleurs, comme le souligne Jany-Catrice (2012), les évaluations des politiques publiques s'organisent dans une perspective à court terme afin de reconduire les financements attribués. En ce sens, l'évaluation faite par la ville de Reims tout comme celle effectuée par la faculté de Reims s'appuient sur des données disponibles qui renseignent de l'évolution des résultats chiffrés aux différents tests sur une année (durant laquelle les individus ont participé au parcours). Cependant, aucune évaluation à plus long terme n'est opérée. L'étude de la persistance ou non des comportements actifs en autonomie, c'est-à-dire après la sortie du dispositif n'est pas effectuée. De plus, l'étude spécifique des significations investies par les personnes dans leur pratique physique quotidienne ainsi que les éventuelles modifications de leur rapport au corps ne sont pas investiguées. Ces aspects relèvent de processus profonds s'organisant sur un temps long difficilement compatible, en termes d'évaluation, avec des procédures étudiant les effets du dispositif sur un an. En outre, ces évaluations qualitatives nécessitent des procédures méthodologiques plus lourdes impliquant

un coût financier et humain important. C'est ce qui est souligné dans l'évaluation de cette action au sein du CLS :

« Néanmoins, nous pouvons relever que l'objectif principal, qui est de faire revenir à une pratique sportive régulière dans des créneaux sportifs classiques est très peu atteint. (...) Cette donnée n'est pas clairement recueillie par le réseau « sport santé » ni par les clubs sportifs » (Ardoin, 2016 : 10).

« Il aurait été intéressant de faire une évaluation du ressenti des patients qui ont pu profiter de ces créneaux. Cependant, cette évaluation est lourde à mettre en place, cela nécessite une logistique humaine importante pour recueillir l'avis d'un nombre suffisant de patients et ainsi avoir une puissance suffisante dans les résultats. Une telle évaluation sera cependant plus simple à construire si une procédure de suivi post-action est mise en place pour savoir si les patients ont poursuivi, ou non, une activité sportive » (Ardoin, 2016 : 9).

Par ailleurs, au-delà de l'évaluation des politiques publiques de santé à l'œuvre, la mise en visibilité d'évaluations diverses permet également de communiquer sur l'efficacité du dispositif auprès du grand public et des différents partenaires du dispositif. Là encore, ce processus repose en majeure partie sur des différences statistiques basées sur les chiffres des résultats aux tests. Ainsi, si l'objectif de ces réseaux ne semble pas être de travailler spécifiquement à une amélioration en termes de résultats chiffrés à des tests physiologiques et psychologiques, ceux-ci sont au cœur de la communication et de l'évaluation de ces politiques publiques. En ce sens, l'appui sur les données chiffrées issues des bilans afin de communiquer sur l'efficacité du dispositif n'est pas l'apanage du RSSBE de Champagne-Ardenne. En effet, dans son « Etat des lieux Mars 2016 - Juin 2017. Bilan de l'action de prescription médicale d'activité physique, Prescirmouv' – Bouger sur Ordonnance » (Dupuy, Lissajoux, Maudet, 2017), le dispositif *Prescirmouv'* s'attache à afficher, dans une plaquette de communication, les améliorations chiffrées des résultats aux différents tests et questionnaires passés par les bénéficiaires du dispositif lors de leurs trois bilans. Si d'autres informations que les chiffres sont également affichées¹³⁸, force est de constater que ces derniers soutiennent une partie de l'argumentation quant à l'efficacité du dispositif comme en témoigne la figure suivante :

¹³⁸ Tels que les obstacles à la pratique les plus rapportés ou les motifs d'abandon.

Les bénéficiaires: résultats tests et évaluations

30 Bénéficiaires ont terminé le parcours de 6 mois : premiers résultats

+ 12,5

Score Ricci & Gagnon

+18,5 m

Test de Marche 6 minutes

+ 1 lever

30 secondes Assis-Debout *

+10%

Qualité de Vie **

-1 pt

Indice de Masse corporelle

+ 3

Niveau perçu d'activité physique

+ 5 sec

Equilibre Unipodal Statique

* Score Test lever de chaise en 30 secondes

** Score Qualité de Vie Générale selon WHOQOL Bref

Figure 19 : Etude des résultats des bénéficiaires aux différents tests organisés dans le cadre des bilans d'AP menés au sein du dispositif Prescirmouv' - Bouger sur ordonnance (d'après Dupuy, Lissajoux, Maudet, 2017 : 3)

Le dispositif *Prescimouv' - Bouger sur ordonnance* communique ainsi sur la progression chiffrée des bénéficiaires. Or, la philosophie initiale de ce type de dispositif est au contraire de ne pas se focaliser sur une l'amélioration quantifiée mais sur une modification profonde du rapport des usagers à la pratique physique.

L'utilisation de données chiffrées sert ainsi également à « donner la preuve » que le dispositif fonctionne et qu'il a sa raison d'être. On objective ainsi une progression validée par des outils statistiques permettant de relever des « différences significatives ». Cela permet de communiquer facilement sur l'efficacité présumée de ces dispositifs en utilisant des graphiques qui ont « l'avantage considérable de donner une vision immédiate, sinon saisissante des faits et de la réalité » (Deblock, 2000 : 67). Cette problématique de la nécessité de donner la preuve de l'efficacité du dispositif *Prescimouv' - Bouger sur ordonnance* s'inscrit dans un contexte politique particulier. En effet, comme nous l'avons précisé plus haut, ce dispositif fut créé à l'occasion du PSSBE de la région Poitou-Charentes pour la période 2014-2016. Cependant, avec la loi N° 2015-29 du 16 janvier 2015 relative à la délimitation des régions (République Française, 2015), un nouveau PSSBE était en rédaction au moment de l'enquête afin d'être effectif en 2018. Ce nouveau plan avait pour ambition de prendre en compte le territoire de la nouvelle région Nouvelle Aquitaine en incluant les anciennes régions Aquitaine, Limousin et Poitou-Charentes (Illivi, 2018). Les emplois des trois coordonnateurs du dispositif *Prescimouv' - Bouger sur ordonnance* étaient ainsi pérennisés pour trois ans et soumis à une évaluation du dispositif sur cette période afin de reconduire ou non ce dernier pour le prochain PSSBE. Dans ce contexte, les coordonnateurs du dispositif étaient confrontés, au moment de l'enquête, à l'importance d'une évaluation de l'efficacité de leur dispositif dans une situation de potentielle concurrence des dispositifs ancrés sur la thématique du *sport-santé* de la nouvelle région. C'est ce que souligne l'un des coordonnateurs dans l'extrait d'entretien suivant :

« Et je l'ai lu, le plan sport-santé bien-être. De toute façon, on nous a dit, avec le redécoupage du territoire qu'il allait y avoir, et là j'aimerais bien être associé, une re-discussion. Ils vont renouveler le nouveau plan sport-santé bien-être, Nouvelle-Aquitaine. Donc, ils se donneraient l'année 2017 pour le rédiger pour qu'il soit effectif en 2018. Donc, nous, ça tomberait, parce que je n'ai pas précisé mais on a été recruté en CDI mais on nous a dit que les financements étaient sûrs sur 3 ans. Je ne sais pas si c'est très rassurant, mais bon. Donc, nous, là, on est à

un an de recrutement donc si on considère ce qui a été dit avec un nouveau plan sport-santé bien-être, on arriverait nous à 2 ans et demi d'expérimentation. Donc, est-ce que nous, notre projet de prescription, il va être intégré à ce plan en étant allégé ou en étant développé ailleurs sur des territoires ? On ne sait pas trop. Quand on s'informe, on sait que, en Aquitaine, ils ont un chargé de mission sport-santé, il y a des choses qui se développent à Biarritz, la municipalité à Villeneuve-sur-Lot, ils travaillent sur ça. En Dordogne, il y a un chargé de mission. Je ne sais plus dans les autres départements ce qui se passe. Dans les Landes aussi, il y a un chargé de mission. On est tombé sur une info d'une asso qui est en train d'être montée "Limousin sport-santé". Donc ça, c'est des choses qui sont sur la nouvelle région. Donc, on ne sait pas si chacun va rester dans son coin. Donc, il y a un risque de redondance avec des montages qui communiquent un peu de la même façon, qui ciblent un peu le même type de public et qui ont des organisations un peu différentes. Et du coup, on s'interroge et moi, je fais le lien pas mal avec la difficulté qu'on a déjà à stimuler le corps médical. Si demain, sur sa boîte mail, le médecin, il reçoit le médico-sport, une initiative Prescimouv', un répertoire de la DR / ARS, plus un club qui veut l'informer sur ça, il va se dire, je ne comprends pas, les quatre initiatives, au moins trois d'entre elles, il y a les logos de la région et de l'ARS, qu'est-ce qui est vraiment sérieux, en quoi elle sont liées ? Voilà, aujourd'hui, il n'y a pas forcément de lisibilité et ça parasite forcément le déploiement du dispositif» (Entretien du 06/09/16 avec un des coordonnateurs du dispositif Prescimouv' – Bouger sur ordonnance).

On comprend ainsi la nécessité d'inclure des données chiffrées dans le carnet de suivi des personnes. Celles-ci permettent d'avoir une évaluation du dispositif sur la durée de son fonctionnement et de permettre de le pérenniser auprès des principaux financeurs.

Sur un autre terrain, Delalandre et Collinet (2018) étudiant les politiques de prévention des chutes par la pratique des AP, montrent un processus similaire. Les auteurs soutiennent, en effet, l'idée selon laquelle le problème des chutes chez la personne âgée est cadré essentiellement de façon biomédicale et qu'un phénomène de médicalisation (Conrad, 1992) des dispositifs est alors à l'œuvre. D'après les auteurs, cette médicalisation s'intègre dans un processus plus général de rationalisation de la gestion du problème qui implique l'évaluation des procédures de prévention, à la fois sur le plan médical et économique, ce qui a des effets sur l'offre de pratique destinée aux personnes âgées. De manière similaire, Chantelat et Perrin

(2009 : 257) notent que les EMS et les coordonnateurs de réseaux diabète sont également confrontés à cette réalité au sens où ils sont « contraints de rendre des comptes et de faire avec la logique gestionnaire, notamment sur le plan des résultats obtenus en termes d'amélioration de l'état de santé et d'autonomie du patient par rapport à son AP. En ce sens, les autorités de tutelle ne peuvent souscrire à une offre de pratique d'AP qui s'inscrirait dans une logique de loisir sportif ou même simplement "éducative", aussi bénéfique soit-elle pour la santé. Les financeurs attendant un retour sur investissement, les évaluations visent à apporter les preuves de l'efficacité, de l'utilité et de la rentabilité de l'activité des EMS ».

Ainsi, la raison principale de la création de ce type de réseaux, à savoir une volonté de travailler sur une mise à l'activité physique à long terme de personnes qui en sont éloignées par une prise en charge globale, semble devoir être conciliée avec une nécessité d'évaluer son dispositif dans un temps court ainsi qu'avec l'affichage de résultats « concrets » donné à voir au grand public.

4. Conclusion partielle

A ce stade de la réflexion, nous avons montré que les RSSBE étudiés s'inscrivent dans la volonté de s'ancrer dans un modèle refusant l'imposition prescriptive de normes génériques externes auxquelles le patient devrait se conformer. Au contraire, l'objectif initial est de proposer un parcours le plus adapté possible à la personne en identifiant ses besoins, ses envies, ses représentations et ses barrières quant à la pratique d'une activité physique pour sa santé. Le sujet est alors considéré comme un être singulier porteur de significations. En ce sens, le modèle normatif qui caractérise la volonté des RSSBE étudiés se rapproche d'une quête de normativité, c'est-à-dire que c'est l'individu, accompagné par les différents professionnels impliqués, qui identifie ses caractéristiques afin de construire de nouvelles normes et des objectifs qui feront sens pour lui. Cependant, au-delà des discours, l'étude des instruments utilisés par les RSSBE montre une importance non négligeable accordée aux mesures chiffrées traduisant les corps en troisième personne. Nous avons ainsi soutenu l'idée selon laquelle l'ensemble de ces processus d'objectivation participant au gouvernement des conduites participe d'un processus de normalisation des comportements, renforçant ainsi l'éloignement d'avec les discours initiaux. Ces procédures permettent en effet d'ériger en norme, non pas l'atteinte de seuils externes qui seraient imposés de manière prescriptive à la

personne, mais une démarche d'amélioration individualisée objective de soi par soi. Les ressorts de cette normalisation s'appuient sur trois processus permis par l'utilisation des données chiffrées : « l'évaluation de soi », « l'amélioration objective de soi par soi » et « la surveillance des corps à distance ». Ces procédures semblent s'inscrire au sein d'un cadre plus large visant à favoriser la « capacitation » des individus en renforçant la responsabilité des individus vis-à-vis de la prise en charge de leur santé. Ainsi, des dissonances sont perceptibles entre ce qu'affichent les réseaux dans leurs volontés initiales et les outils qu'ils mettent concrètement en place. Nous proposons des pistes explicatives à ces constats en soutenant l'idée selon laquelle les professionnels des RSSBE sont aux prises avec des contraintes pragmatiques inhérentes à ce type de structures réticulaires, les amenant à les faire quelque peu diverger de leurs objectifs initiaux. Nous avons ainsi montré que cette traduction du corps en chiffres s'impose comme une nécessité pragmatique du gouvernement des corps à l'œuvre dans ces structures interprofessionnelles afin de permettre une coordination minimale entre les divers professionnels qui interagissent dans ces dispositifs. Il s'agit également d'une manière, pour certains acteurs, de se rendre crédibles et de témoigner du sérieux de la démarche proposée. Enfin, ce gouvernement des corps par le chiffre s'inscrit dans un contexte d'évaluation des politiques publiques qui pèse de tout son poids sur le fonctionnement des RSSBE. Au final, les RSSBE sont traversés de conceptions diverses quant à l'utilisation de l'APS comme outil de santé publique qui se révèlent lorsque l'on porte l'attention sur l'étude des modèles normatifs à l'œuvre dans ces structures. Les professionnels impliqués dans les RSSBE sont alors aux prises avec ces conceptions. L'étude de leur activité professionnelle montre que ceux-ci travaillent à s'ajuster par divers moyens à ces conceptions hétérogènes.

CHAPITRE 7 : ÊTRE AUX PRISES AVEC SON DISPOSITIF :
OBJETS-FRONTIÈRES ET AJUSTEMENT

Chapitre 7 : Etre aux prises avec son dispositif : objets-frontières et ajustement

Au regard des différentes analyses que nous avons menées tout au long de cette partie, il apparaît que les RSSBE sont des dispositifs traversés par des conceptions diverses quant à l'utilisation de l'AP comme outil de santé. Les prismes d'analyse que sont ceux du gouvernement des corps et des modèles normatifs d'éducation à la santé en jeu nous ont permis de montrer que des dissonances existent entre les objectifs affichés des concepteurs en termes de philosophie et de principes directeurs et les outils concrètement mis en place.

Pour autant, en étudiant plus spécifiquement l'activité professionnelle des coordonnateurs et intervenants sport-santé des RSSBE, nous pouvons mettre en évidence que ceux-ci sont aux prises avec ces dissonances et travaillent à s'y adapter par divers moyens. Dans ce chapitre, nous soutenons l'idée selon laquelle les professionnels des RSSBE s'adaptent aux conceptions hétérogènes présentes au sein de ces dispositifs en utilisant le caractère « frontière » des outils techniques mis à leur disposition. Ils s'adaptent également aux contraintes dans lesquelles ils travaillent, en faisant preuve de tout un processus « d'ajustement » afin de pouvoir faire correspondre leurs activités professionnelles avec leur conception de l'éducation à la santé par l'AP. Dit autrement, des formes de résistance à la mise en œuvre des instruments des RSSBE sont mises en place par les opérateurs de terrain (Le Bourhis et Lascoumes, 2014).

1. Les carnets de suivi, des objets-frontières au carrefour des modèles normatifs

Comme nous l'avons mentionné à plusieurs reprises, les RSSBE sont fortement imprégnés de la philosophie de l'ETP. Les coordonnateurs des dispositifs (ainsi que les EMS pour le RSSBE de Champagne-Ardenne) possèdent, en effet, une formation à l'ETP. Pour ces acteurs ayant pour ambition de travailler à modifier le rapport global des personnes à l'activité physique, plus que des améliorations chiffrées, ce sont les entretiens menés avec les personnes pendant les BMS qui retiennent leur attention. Ainsi, sur le carnet de suivi, l'un des coordonnateurs du dispositif *Prescirmouv' – Bouger sur ordonnance* explique que ce sont les espaces censés retranscrire les données plus subjectives qui sont les plus intéressants pour lui :

« Oui, un carnet de suivi, qu'on a mis un peu de temps à développer, qui est perfectible. L'idée de ce carnet, c'était de mettre du lien entre nous et la relation qu'on a avec le bénéficiaire, tout ce qu'on explore, sur ses croyances et quelles relations il a avec l'activité physique. Donc ça, on le marque sur le carnet. Ses barrières par rapport à l'activité, on essaye de les faire apparaître. Et que ce soit lisible du coup, déjà pour l'usager. Qu'il puisse se dire : "Ah oui, c'est vrai, il y a trois mois, j'ai dit ça", parce que des fois, on ne se souvient pas (rires). "J'ai dit ça, ça faisait partie de mes objectifs". Donc nous, ça nous permet de mettre du lien dans son suivi » (Entretien du 6/09/2016 avec un des coordinateurs du dispositif Prescirmouv' – Bouger sur ordonnance).

La partie chiffrée du carnet de suivi semble donc moins importante à ses yeux par comparaison avec les pages mettant en évidence les barrières, les motivations, les croyances, les freins par rapport à l'AP ainsi que les objectifs que s'est fixés la personne :

« Ce que je trouve intéressant dans le carnet, c'est vraiment la partie quand on va commencer à partir de trois mois et qu'on va leur dire : "Qu'est-ce que vous prévoyez de faire pour continuer à faire de l'activité physique ?" A la fin du carnet, on a mis une rubrique un peu spécifique sur la suite. C'est-à-dire qu'est-ce que vous comptez mettre en place après ? Nous, on va essayer de garder une copie de ça et on a dans l'idée de recontacter par téléphone les bénéficiaires, quand ils auront fini leurs six mois. De les recontacter au moins à trois mois, à six mois, quand ils seront sortis du dispositif. Et en essayant d'explorer avec eux : "Vous aviez prévu de faire ça, vous en êtes où, vous allez continuer, pas continuer. Si vous avez continué, qu'est-ce que vous avez fait ? Si vous arrêtez, quel est le motif de cet arrêt ?". Et de pouvoir avoir un regard aussi sur ce qu'il se passe après. Parce que faire des stats et de dire tels gens, ils ont augmenté leur niveau d'activité physique, etcetera, pendant qu'on le propose, c'est un peu logique. Vu qu'on les engage dans des séances, ils ont forcément pratiqué un peu plus. Mais de se dire, qu'est-ce qu'il en reste de cette phase de six mois, combien de personnes ont continué dans un club, ou pas ? Et puis pas que sur l'approche club. Combien de personnes ont passé moins de temps assis ? C'est d'avoir d'autres marqueurs, quoi. Nous, notre approche, et c'est aussi un de nos problèmes, c'est qu'on est centré sur l'activité physique » (Entretien du 6/09/2016

avec un des coordonnateurs du dispositif *Prescimouv' – Bouger sur ordonnance*).

Les données chiffrées relevées lors du parcours du bénéficiaire ne semblent pas au cœur de la réflexion de cet acteur. Selon lui, la progression numérique est « logique » dans la mesure où la personne pratique plus que ce qu'elle ne le faisait auparavant. Pour lui, les informations les plus pertinentes à collecter dans le carnet de suivi sont celles relatives à l'autonomisation de la personne en termes de pratique d'AP. L'outil possède en effet des espaces adaptés afin de recueillir ce type de données. Les extraits suivants du carnet édité par le dispositif *Prescimouv' – Bouger sur ordonnance* en donnent quelques exemples :



Figure 20 : Pages n°8 et 9 du carnet de suivi du dispositif *Prescimouv' – Bouger sur ordonnance*

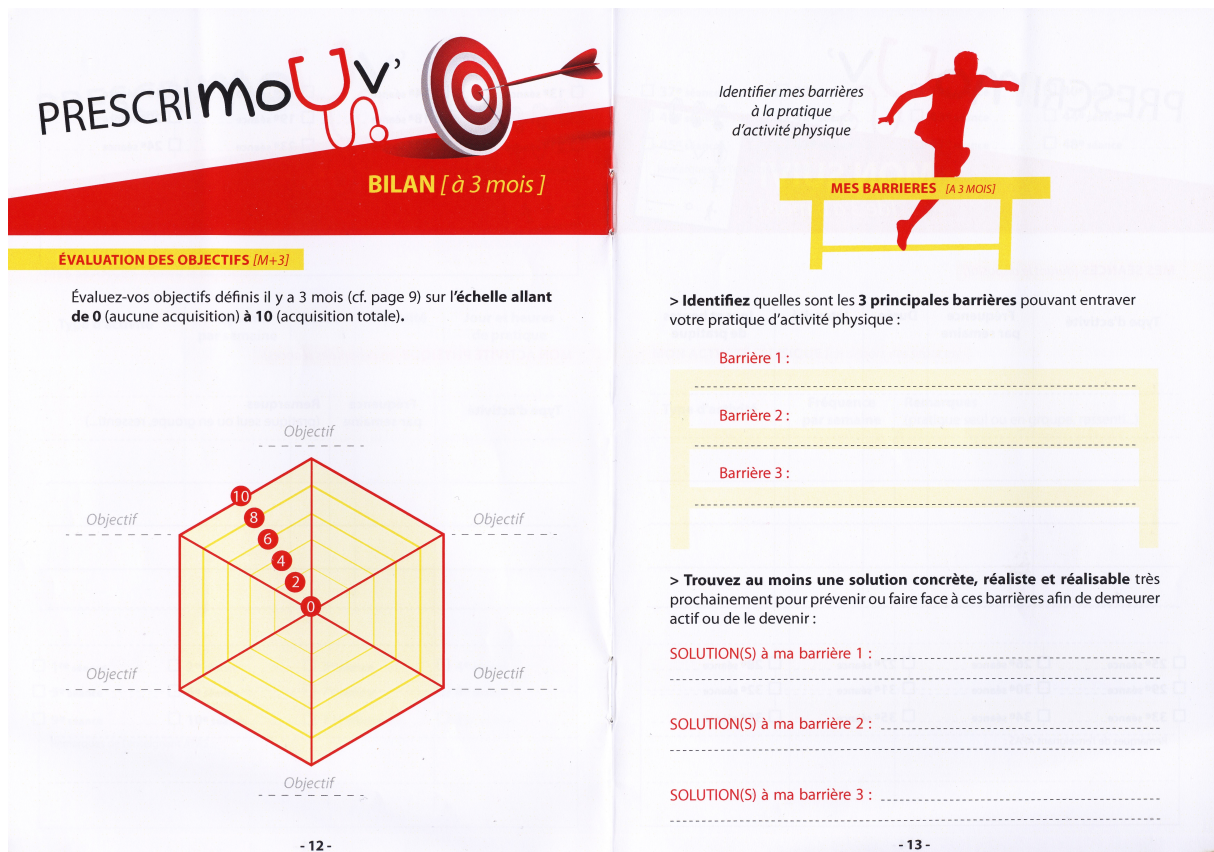


Figure 21 : Pages n°12 et 13 du carnet de suivi du dispositif *Prescimouv'* – *Bouger sur ordonnance*

Au sein du dispositif *Prescimouv'* – *Bouger sur ordonnance*, cette attention particulière aux données plus qualitatives par rapport aux informations chiffrées est partagée par les deux autres coordonnateurs du dispositif :

« Je pense que la première chose que les personnes à mon avis posent à leur médecin, c'est merci, docteur, mais je vais faire quoi dans ces séances. Et ça, le médecin, pour l'instant, enfin, moi, il me pose la question mais je n'ai pas forcément la réponse parce que ça va dépendre, l'orientation va dépendre de l'entretien, de ce que va me répondre la personne, de ses disponibilités, de son milieu de vie et ainsi de suite » (Entretien du 26/09/2016 avec l'une des coordonnatrices du dispositif *Prescimouv'* – *Bouger sur ordonnance*).

« C'est primordial. Enfin nous, enfin moi, la première chose, en tout cas, l'une des premières choses que j'ai faites en me rendant compte un petit peu, donc en m'imprégnant du dispositif, ce qu'allait être mon rôle et ainsi de suite, j'ai demandé une formation d'éducation thérapeutique du patient de façon à. Parce

que moi, je suis arrivé sur l'APA plus tard, parce que j'ai fait éducation et motricité et ainsi de suite. Donc cette notion d'éducation thérapeutique du patient, d'exploration des freins, des barrières, des motivations des personnes, j'en avais vraiment besoin pour mener des entretiens avec les personnes. Et si on n'a pas ça, justement pour relever les besoins des personnes, c'est compliqué » (Entretien du 26/09/2016 avec l'un des coordonnateurs du dispositif *Prescirmouv'* – *Bouger sur ordonnance*).

Le premier coordonnateur précise en effet que ce qui joue le plus dans son activité d'orientation des patients vers une structure adaptée est dépendant de l'entretien mené avec la personne et des réponses données concernant « son milieu de vie et ainsi de suite ». Dit autrement, la focale est portée prioritairement sur le recueil des données qualitatives, fruits de l'échange avec le bénéficiaire. Le deuxième coordonnateur souligne que, mener des entretiens selon des méthodes d'exploration issues de l'ETP est primordial dans son activité et que sans cela, « c'est compliqué ».

Toutefois, bien que laissant apparaître des données relevant d'une conception inspirée de l'ETP, les carnets sont également pensés dans le but de fournir des données permettant l'évaluation du dispositif ainsi que la démonstration affichée de son efficacité. Ainsi, le même coordonnateur du dispositif *Prescirmouv'* – *Bouger sur ordonnance* explique dans le passage suivant que les données plus subjectives sont recueillies de manière à ce qu'elles soient comparables avant et après le programme :

« Enquêteur : L'entretien comment vous l'avez monté ?

Coordonnateur : Oui, alors là, c'était entre coordinateurs. On s'est dit : "Quels éléments on voulait faire ressortir de cet entretien qui puissent être vérifiables à trois mois, à six mois et puis évaluables sur le pré-programme, post-programme". Donc, on avait ciblé à la fois des questions sur l'activité physique, sur le niveau de sédentarité aussi. Et après, plus des choses liées aux freins, aux barrières, aux différentes solutions que les personnes pouvaient trouver, c'est ce qu'on retrouve ici (il montre le carnet de suivi). Les solutions que les personnes ont pu trouver en trois mois pour lever ces barrières-là. Des notions sur les objectifs. "Vous m'avez appelé, c'est parce qu'il y avait une incitation de votre médecin, très bien, quel est votre objectif après six mois, est-ce que vous avez un objectif". Alors pour certains, ça va être, perdre du poids souvent, pour d'autres, ça va être me

remettre au vélo. Et ces objectifs-là sont notés. A trois mois, on voit à peu près le niveau d'acquisition de l'objectif, d'atteinte de l'objectif. Qu'est-ce qui a été mis en place pour permettre l'atteinte de l'objectif» (Entretien du 26/09/2016 avec l'un des coordonnateurs du dispositif *Prescirmouv' – Bouger sur ordonnance*).

L'objet « carnet de suivi » laisse ainsi transparaître une « flexibilité interprétative » (Star, 2010) où chacun des acteurs peut lire, interpréter et utiliser les informations inscrites dessus de manières variées, en fonction de ses objectifs personnels. En ce sens, ceux-ci nous semblent se rapprocher de ce que Star (2010) nomme des « objets-frontières ». Ces derniers sont définis comme désignant « un espace partagé, le lieu précis où le sens de l'ici et du là-bas se rejoignent. Ces objets communs constituent des frontières entre groupes grâce à la flexibilité et à la structure partagée ; ils sont des ingrédients de l'action » (Star, 2010 : 20). Les carnets de suivi se révèlent particulièrement proches de cette définition dans la mesure où ils se situent au carrefour de l'activité des différents acteurs impliqués dans le dispositif. De plus, comme le précisent Trompette et Vinck (2009, 2010), la notion d'objet-frontière s'intègre dans une problématique plus globale cherchant à « décrire et caractériser le processus par lequel des acteurs, relevant de mondes sociaux différents mais appelés à coopérer, réussissent à se coordonner malgré leurs points de vue différents : comment créent-ils des compréhensions communes sans perdre la diversité des mondes sociaux ? » (Trompette et Vinck, 2009 : 27). Sur notre terrain, les carnets de suivi s'avèrent être au cœur de cette question de la coordination entre acteurs issus d'univers différents puisqu'il est l'outil central autour duquel l'ensemble des professionnels impliqués dans le parcours de mise à l'AP du patient se rassemblent. De manière plus précise pour Trompette et Vinck (2009 : 8), « il s'agit d'objets, abstraits ou concrets, dont la structure est suffisamment commune à plusieurs mondes sociaux pour qu'elle assure un minimum d'identité au niveau de l'intersection tout en étant suffisamment souple pour s'adapter aux besoins et contraintes spécifiques de chacun de ces mondes ». En ce sens, les carnets de suivi mis au cœur du fonctionnement des RSSBE, s'organisent autour d'une structure commune à plusieurs mondes et font ainsi fonction « d'abstraction » (Wenger, 2000), c'est-à-dire qu'ils facilitent le dialogue entre des acteurs issus d'univers différents comme nous l'avons développé dans les chapitres précédents. Ils remplissent également les dimensions de « polyvalence », de « modularité » et de « standardisation de l'information incorporée dans l'objet » (Wenger, 2000), qui représentent respectivement le fait que « plusieurs activités ou pratiques sont possibles », que les « différentes parties de l'objet peuvent servir de base de dialogue entre acteurs » et que

« l'information est interprétable » (Trompette et Vinck, 2009 : 9). En effet, travailler selon une conception de l'éducation à la santé au moyen de l'AP selon une approche « psychosociale » – notamment pour les coordonnateurs des dispositifs inspirés par les pratiques d'ETP – est permis grâce à une focalisation de leur attention sur la partie du carnet visant à résumer les entretiens menés avec les personnes où sont explorés les rapports à l'activité physique, à leurs corps ainsi que les barrières et les motivations à la pratique. En ce sens, comme les extraits d'entretien ci-dessus le montrent, certaines parties de l'objet sont privilégiées, notamment les endroits où sont identifiés les barrières et leviers pour lever ces freins, alors que d'autres sont quelque peu mises de côté, tels que les chiffres issus des tests et questionnaires. On peut alors penser que cette manière d'utiliser l'objet matérialise et transporte « une infrastructure invisible faite de standards, de catégories, de classifications et de conventions » (Trompette et Vinck, 2009 : 16) propre au monde social que représentent les coordonnateurs et EMS des dispositifs qui sont presque exclusivement des enseignants en APA ayant suivi une formation à l'ETP. C'est ici la prise en compte de la personne dans sa globalité et sa subjectivité qui prédomine et ce sont les parties du carnet qui permettent de révéler ces aspects-là qui sont utilisées prioritairement. Néanmoins, le carnet donne aussi la possibilité à d'autres acteurs, notamment les personnels des instances évaluatrices de ces dispositifs, d'en utiliser d'autres parties. Ainsi, comme nous l'avons montré dans le chapitre précédent, les données quantitatives sont utilisées afin de mesurer « l'efficacité » supposée des RSSBE. Dans ce cadre, la ville de Reims, par l'intermédiaire de l'évaluation réalisée dans le cadre du Contrat Local de Santé, va utiliser en priorité la partie chiffrée du carnet dans une approche plus « bio-médicale » de l'AP comme outil de santé où l'objectif est d'évaluer une amélioration chiffrée des personnes sur les plans à la fois physique et mental des personnes (Ardoin, 2016) afin de statuer sur l'efficacité du RSSBE de Champagne-Ardenne :

« Nous constatons donc une amélioration de l'ensemble des tests du bilan médico-sportif, ce qui montre un réel impact de cette action sur la santé des patients présentant une affection de longue durée. Ces bons résultats sont toutefois à nuancer par le fait qu'un nombre non négligeable de patients n'ont pas effectué le bilan de sortie, avec 153 perdus de vue et 154 personnes qui n'ont pas répondu. A l'avenir, il serait intéressant d'accentuer le suivi des patients pour avoir un meilleur retour sur les bilans de sortie et donc affiner les résultats obtenus, notamment par pathologie ou par type d'activité sportive pratiquée. Il

serait aussi intéressant de renseigner une potentielle perte de poids » (Ardoin, 2016 : 7).

Ainsi, les carnets de suivi s'inscrivent comme des objets permettant une coordination interprofessionnelle puisqu'ils assurent une forme de liaison entre les différents acteurs ainsi qu'un espace de compréhensions communes sans toutefois perdre la diversité des conceptions des différents mondes sociaux sur la question de l'AP comme outil de santé. L'objet est suffisamment flexible afin que plusieurs activités ou pratiques soient possibles. Certains acteurs peuvent ainsi travailler à une exploration qualitative du rapport du patient à l'AP, à son corps et sa santé grâce à la partie correspondante du carnet de suivi pendant que d'autres peuvent privilégier une activité d'évaluation d'inspiration bio-médicale en usant des données inscrites dans la partie correspondante du carnet de suivi.

Il est intéressant de remarquer que si la notion d'objet-frontière permet de mettre en évidence la manière dont les différents groupes sociaux impliqués dans les RSSBE utilisent le carnet de suivi, ces différents niveaux d'interprétation et d'utilisation des données sont également à l'œuvre chez un même groupe professionnel. En effet, en fonction des activités qu'il doit réaliser, un groupe peut en effet utiliser les données du carnet de manière complètement différente. L'exemple des trois coordonnateurs du dispositif *Prescimouv' – Bouger sur ordonnance* est très intéressant à ce niveau. En effet, concernant leur mission de suivi des bénéficiaires et de réalisation des entretiens initiaux, intermédiaires et finaux, ils insistent sur l'importance de la prise en compte du vécu des bénéficiaires, de leur ressenti et minimisent l'importance des données chiffrées. A la question « Pouvez-vous décrire le dispositif, son fonctionnement, sa philosophie générale ? » le premier des trois coordinateurs répond par un descriptif du dispositif qui passe par son rôle dans la réalisation des entretiens et l'orientation vers une structure sportive. Dans le descriptif de son activité professionnelle, à aucun moment il n'évoque spontanément le fait qu'il recueille des données chiffrées au moyen de tests et de questionnaires mais insiste sur l'entretien qu'il réalise avec le bénéficiaire :

« Alors le dispositif, c'est de mettre en activité les personnes qui ont des facteurs de risque liés à leur état de santé. Alors soit des pathologies maladies chroniques, donc, c'est autour du diabète de type 2, insuffisance coronarienne, insuffisance cardiaque, insuffisance respiratoire, hypertension artérielle ou obésité. Donc, des personnes qui cumulent, à ces facteurs de risque liés à la santé, des facteurs de

risque liés à leur inactivité. Donc, des personnes qui vont avoir peu de déplacements actifs, qui ont des comportements sédentaires importants. Et le rôle vraiment du dispositif c'est de voir comment on peut faire entrer ces personnes dans un mode de vie plus actif via une prescription médicale. Donc, concrètement il y a une porte d'entrée qui est le médecin. Le patient étant suivi par son médecin traitant. Le médecin traitant repère que cette personne est inactive en plus de la pathologie et peut être en capacité de lui prescrire un programme d'activité physique adaptée d'une durée de six mois maximum. Et donc, au cours de ces six mois, la personne va s'engager dans un programme d'une à deux séances par semaine. Mais aussi, d'entretien ponctuels avec nous, coordonnateurs, où on va explorer le niveau d'activité physique, les freins et les barrières à faire plus d'activités. Concrètement voilà, toutes les personnes qu'on rencontre se rendent compte qu'il y a un déficit au niveau de l'activité physique et ont conscience des bienfaits et des bénéfices d'être plus actifs mais ils ne le font pas, donc, ils exposent les différents freins et les différentes barrières de pourquoi ils ne le font pas. Ça, c'est quelque chose qui se fait naturellement, les gens, ils se livrent assez facilement par rapport à ça et en ont conscience mais pour autant, ils ne voient pas comment résoudre, comment lever ces barrières seuls » (Entretien du 6/09/16 avec un des coordinateurs du dispositif Prescimouv' – Bouger sur ordonnance).

En n'évoquant pas spontanément le recueil et l'utilisation des données chiffrées, nous pouvons supposer que celles-ci ne sont pas centrales dans son activité au moment de la réalisation des phases d'entretien et du suivi de la personne. Ne mettant pas en avant la partie du carnet de suivi révélant les traces d'une mise en chiffres du corps, c'est la partie visant l'identification des freins et barrières à la mise en AP qui est privilégiée.

Le deuxième coordonnateur du dispositif s'inscrit dans la même perspective en insistant fortement sur le vécu des personnes, leur rapport à leur santé, leur pathologie, ainsi qu'à l'activité physique, lorsqu'il évoque son activité professionnelle au sein du dispositif :

« Alors, moi, les gens que j'ai vus, c'est des publics poly-pathologiques en général et avec des gros problèmes au niveau social ou psychologiques à côté, enfin des vécus, des maladies difficiles, des vécus aussi on va dire familiaux compliqués, enfin, c'est des choses quand on échange avec les associations sportives, qu'elles ne prennent pas en compte, elles ne se rendent pas compte par

rapport au public qu'on accueille » (Entretien du 26/09/16 avec un des coordinateurs du dispositif *Prescrimouv' – Bouger sur ordonnance*).

Enfin, le dernier de ces trois coordonnateurs, que nous avons cité plus haut, précise que le recueil des données révélant l'amélioration chiffrée de la condition physique n'est pas primordial dans son activité et qu'il privilégie les informations qualitatives quant au suivi des personnes.

Cependant, dans leurs activités d'évaluation et de communication sur le jeune dispositif qu'ils coordonnent et que nous avons étudié au point 3.3 du sixième chapitre de cette thèse, ce sont bien ces trois coordonnateurs qui produisent un « état des lieux » (Dupuy, Lissajoux, Maudet, 2017) qui est utilisé dans leur communication quant à l'efficacité de leur dispositif sous forme de plaquette dans laquelle une partie de l'argumentation est soutenue par les progressions chiffrées des bénéficiaires aux différents tests et questionnaires. Alors même que les coordonnateurs de ce RSSBE revendiquent un ancrage de leur activité professionnelle dans un refus de modèles normatifs dits « bio-médicaux » d'éducation à la santé par l'AP en focalisant leur attention sur les données qualitatives recueillies dans le carnet de suivi, force est de constater que dans une perspective d'évaluation et de communication sur la potentielle efficacité de leur dispositif, ils utilisent les données chiffrées dudit carnet afin d'afficher des progressions numériques des personnes. Dit autrement, le carnet, qui est traversé par des conceptions hétérogènes d'éducation à la santé, peut être utilisé de diverses manières et que « plusieurs activités ou pratiques sont possibles » (Wenger, 2000), par un ou plusieurs groupes sociaux.

Ainsi, les carnets de suivi produits par les RSSBE cristallisent la difficile harmonie entre les modèles d'éducation à la santé par les AP. En s'inscrivant comme des objets-frontières, ils participent à la coordination de l'ensemble des acteurs impliqués dans les dispositifs tout en étant suffisamment ouverts pour s'adapter aux besoins et contraintes spécifiques de chacun de ces mondes.

2. Des processus d'ajustement

Les RSSBE sont des dispositifs traversés par des conceptions diverses quant à l'utilisation de l'activité physique comme outil de santé. Si des instruments comme les carnets

de suivi, en tant qu'objets-frontières, sont dotés d'une certaine flexibilité interprétative permettant à des acteurs ayant des visions différentes de l'AP comme outil de santé de les utiliser, certains professionnels procèdent à tout un travail d'ajustement vis-à-vis des outils qu'ils ont à utiliser. C'est ainsi que, face aux recueils de données chiffrées, certains acteurs vont s'adapter par divers moyens afin que ce recueil puisse converger vers leur conception de l'AP comme outil de santé. A l'instar de Vieille-Marchiset (2019), il s'agit de s'intéresser aux résistances et adaptations que les opérateurs des politiques publiques mettent en place, en évitant une vision descendante d'une imposition de normes corporelles par le haut. Ainsi, le paragraphe suivant s'ancre dans les réflexions de Le Bourhis et Lascoumes (2014) exposées dans le cadrage théorique du présent document, qui invitent à examiner les multiples résistances à la mise en œuvre des instruments de l'action publique qui peuvent être réappropriés par les professionnels de terrain. Nous nous intéressons alors plus particulièrement à l'espace de résistance que représente la mise en œuvre des instruments de l'action publique (Le Bourhis et Lascoumes, 2014).

A ce niveau, le concept « d'ajustement », initialement pensé dans le cadre de la sociologie des techniques (Winance 2001 ; Winance, 2003) nous paraît particulièrement pertinent. Celui-ci est défini comme un « processus à travers lequel les acteurs tentent de mettre à l'épreuve la matérialité commune, à travers lequel ils tentent en quelque sorte de rejouer les liens qui unissent la singularité et son dispositif. Ils testent l'une après l'autre les différentes attaches entre la singularité et son dispositif pour définir lesquelles sont devenues rigides et lesquelles sont souples et transformables » (Winance, 2001 : 89). Ainsi, Winance montre comment, par des processus d'ajustement matériels et émotionnels, des personnes atteintes de maladies neuromusculaires finissent ou non par incorporer un dispositif, en l'occurrence un fauteuil roulant dans ce cas précis. Lors de ce processus d'ajustement, « les acteurs tentent de faire émerger une matérialité commune entre la personne et son fauteuil » (Winance, 2003 : 18) afin qu'elle se l'approprie d'une part, et d'autre part, qu'elle apprenne à percevoir et à reconnaître les « expressions du fauteuil ; cette perception rendant possible le maniement du fauteuil et l'émergence d'émotions nouvelles » (Winance, 2003 : 23). Sur un autre terrain, Nguyen-Vaillant (2010), dans une approche croisant sociologie des sciences et sociologie de la santé, montre la manière dont des patients diabétiques travaillent à s'ajuster à leur carnet de suivi concernant leur taux quotidien de glycémie. Ainsi, certains patients vont petit à petit s'approprier leur carnet afin de le modifier en construisant des éléments invariants, qui leur semblent nécessaires à leur propre travail de recueil de données. Cette

personnalisation du carnet se fait notamment à travers l'intitulé des colonnes que le patient modifie ou juge utile de renseigner. Cet ajustement ne relève pas que d'un travail de forme. Comme le souligne Nguyen-Vaillant (2010 : 391), « il y a une imbrication étroite de ce que la personne fait avec le carnet et de ce qu'elle fait ou veut faire avec sa vie et sa maladie ». L'auteure montre que dans certains cas, des patients vont jusqu'à abandonner le carnet « officiel » pour fabriquer leur propre carnet contenant les informations qui leur semblent les plus pertinentes pour eux : « ils offrent autant de possibilités au malade d'ajuster son carnet à ses besoins, concernant aussi bien le contenu (notamment les liens entre des informations hétérogènes) que l'adaptation à un usage pluriquotidien, à son insertion dans une vie qui ne se réduit pas à la maladie et dans une société qui n'est pas faite que de soignants et de malades » (Nguyen-Vaillant, 2010 : 392). Sur notre terrain, nous analysons les adaptations que mettent en place les professionnels des RSSBE comme des processus d'ajustement afin de pouvoir travailler selon leur conception de l'AP comme outil de santé tout en utilisant des objets tels que les carnets de suivi qui cristallisent, dans leur matérialité, des perspectives hétérogènes. Nous repérons alors quatre types d'ajustement à l'œuvre.

Premièrement, un des processus à l'œuvre consiste en l'évacuation du recueil de certaines données de son activité professionnelle. Comme nous l'avons étudié au sixième chapitre, les personnels des RSSBE (coordonnateurs ou EMS) sont amenés à faire réaliser aux personnes divers tests dont les résultats chiffrés sont inscrits dans les carnets de suivi. Ces résultats permettent d'obtenir des scores « physiques » et « psychiques ». En ce qui concerne l'aspect « psychique », celui-ci est, entre autres, permis par le résultat recueilli suite à l'administration du questionnaire SF-36 (MOS 36 Short Form) qui vise à évaluer le bien-être mental des personnes. Nous l'avons vu, en mettant en chiffres le ressenti subjectif de la personne, les RSSBE tendent à mettre en retrait l'exploration des significations profondes en jeu dans le rapport qu'entretient la personne avec l'AP, sa personne et son corps. Dans ce contexte, un des EMS du RSSBE de Champagne-Ardenne, formé à l'ETP et dont la conception de l'éducation à la santé par l'AP vise à s'éloigner d'un modèle normatif prescripteur de norme à atteindre, ajuste son utilisation du carnet de suivi en évacuant de sa pratique le recueil de données chiffrées issues du questionnaire SF-36 lors du BMS :

« Enquêteur : Et donc, si on passe à cette phase-là, du bilan, c'est-à-dire les tests physiques et questionnaires. En termes de questionnaire, je crois qu'il y a le Ricci et Gagnon et le SF-36. A quoi cela sert pour vous, ces questionnaires ?

EMS : Alors, très honnêtement, le SF 36, à rien. Concrètement dans la pratique, il ne sert à rien du tout. Pourquoi ? Parce que déjà, c'est des chiffres, on ne sait pas trop à quoi ça correspond. Et puis on ne les transmet pas à l'éducateur sportif parce qu'en fait, il faut un logiciel particulier pour les calculer et ça ne se fait pas en instantané. Et de toute manière, même si l'éducateur sportif avait les chiffres, il ne saurait pas à quoi ça correspond, donc, ça ne changerait rien. Donc le SF-36, à rien du tout. Apparemment, d'après les études, il faut voir un petit peu la qualité de vie de la personne. Donc là, on y réfléchit pour faire évoluer ce questionnaire-là et donc simplifier parce que c'est lourd et donc du coup, voilà, ça n'apporte pas grand-chose et pour le patient non plus.
Enquêteur : Donc, du coup, sur le PASS vous notez les résultats au SF-36 ?

EMS : Non, du coup, ça, je ne le note pas, je ne le note pas » (Entretien du 29/06/17 avec l'un des EMS du RSSBE de Champagne-Ardenne).

Pour cet acteur, le recueil d'une donnée chiffrée afin d'évaluer la santé mentale ne prend pas de sens, comme il l'indique : « parce que déjà, c'est des chiffres, on ne sait pas trop à quoi ça correspond ». L'inscription de cette donnée dans le carnet de suivi n'étant pas significative pour cet acteur, le processus d'ajustement à l'utilisation du carnet de suivi consiste en ne pas recueillir cette donnée et donc ne pas l'inscrire. Par ce moyen, l'EMS trouve le moyen de s'adapter aux divergences entre sa conception et l'une de celles qui traversent le carnet de suivi. Pour reprendre la modélisation de Le Bourhis et Lascoumes (2014) inspirée de celle d'Hirschman (1970) que nous avons exposée dans le cadrage théorique de cette thèse, cette manière de s'ajuster se rapproche d'une forme de résistance dans la mise en œuvre des IAP qualifiée de « contestation » dans la mesure où cet opérateur s'inscrit dans un « refus affiché de l'instrument » dans le cadre d'une « opposition ouverte à son existence » (Le Bourhis et Lascoumes, 2014 : emplacement 10595)

Un deuxième processus d'ajustement consiste à détourner quelque peu le recueil classique des données chiffrées pour s'en servir dans un but d'approfondissement qualitatif. L'extrait d'entretien suivant avec un autre EMS du RSSBE de Champagne-Ardenne effectuant lui aussi des BMS est significatif :

« Enquêteur : Et ensuite, du coup, vous leur faites passer les questionnaires Ricci-Gagnon et le SF-36 ?

EMS : Ouais. Donc, ça, je leur fais passer directement, c'est-à-dire que je leur pose les questions et je note les réponses. Je ne leur donne pas à cocher, quoi. On le fait ensemble. Ouais, comme ça, ça me permet de rebondir sur certaines choses. Des fois, le SF-36, si je ne faisais que le faire cocher, je ne ferais pas grand-chose. Alors qu'en parlant avec eux, des fois, ça livre des anecdotes ou en répondant à certaines questions, ça les interpelle, quoi.

Enquêteur : Ok, vous utilisez le questionnaire comme un complément à l'entretien.

EMS : Le Ricci et Gagnon, souvent, c'est des réponses claires et précises. Après, ça permet d'identifier dans la journée les moments où on pourrait peut-être bouger un peu plus. Mais le SF-36 souvent, ça fait remonter pas mal de choses pour certaines personnes en fonction de leur pathologie ; des fois, ça arrive qu'elles se mettent à pleurer, quoi. Alors, ce n'est pas régulier, ça va être cinq à dix pour cent, mais il y a des questions comme « au cours des quatre dernières semaines, est-ce que vous vous êtes senti heureux ? » Et il y a des personnes qui nous disent « jamais » quoi. Et à ce moment-là, ils prennent conscience que ça ne va pas, quoi. Donc, des fois, ça peut faire remonter des choses.

Enquêteur : Effectivement, le SF-36 est ici un outil pour approfondir, comme un support.

EMS : Oui, après, certains répondent juste aux questions et ça va vite. Mais souvent ça fait, ouais, ils me racontent d'autres choses que je n'ai pas entendues malgré toutes les questions que j'ai posées avant. De ce côté-là il est intéressant. Même si nous on le trouve assez long, et on aimerait bien avoir un autre questionnaire, donc on réfléchit à ça. Mais, moi je le trouve quand même intéressant pour faire parler les gens » (Entretien du 28/06/17 avec l'un des EMS du RSSBE de Champagne-Ardenne).

Dans la pratique de cet EMS, les patients ne remplissent pas seuls le questionnaire. Le but premier de cette démarche n'étant pas d'obtenir un score, l'usage de départ du questionnaire est ici détourné afin de se transformer en une forme de support pour poursuivre l'entretien avec la personne. Comme le souligne l'EMS, ce qui est « intéressant » pour lui n'est pas le chiffre final mais en ce qu'il est utile pour « faire parler les gens ». Ainsi, le remplissage du

questionnaire se fait avec l'EMS, faisant ainsi passer l'outil SF-36 d'un questionnaire à une forme de canevas d'entretien. L'ajustement matériel en jeu consiste à transformer une situation où le patient remplit son questionnaire seul, c'est-à-dire sans interaction avec l'EMS, à une configuration dans laquelle le remplissage se fait avec le professionnel dans un format de conversation. Par cet ajustement à l'outil, le vécu des personnes en termes de qualité de vie n'est plus uniquement externalisé en un chiffre, mais bien mis en mot par le patient. C'est ainsi que cet EMS précise que son usage personnel du SF-36 permet de faire « remonter pas mal de choses », les personnes verbalisant des expériences, des « anecdotes » ou des ressentis profonds. Cet ajustement au questionnaire SF-36, censé au départ indiquer par un chiffre l'état de bien-être mental des personnes, va même jusqu'à permettre d'obtenir des informations personnelles auxquelles l'EMS n'avait pas eu accès lors de l'entretien classique qu'il réalise avec le bénéficiaire durant le BMS. Ceux-ci racontent en effet « d'autres choses (...) non entendu (es) malgré toutes les questions (...) posé (es) avant ». Nous pouvons alors voir que les professionnels s'ajustent aux outils vecteurs de conceptions hétérogènes mis en place par les RSSBE en détournant leur usage. Dans ce cas précis, le recueil initial d'une donnée chiffrée se transforme au final, en un approfondissement qualitatif d'un entretien mené au préalable et ce, par un processus d'ajustement du professionnel à l'outil. Le recueil de certaines données est alors apprivoisé afin de le rendre plus en accord avec sa sensibilité quant à l'utilisation de l'AP comme outil de santé. Il s'agit, là encore, d'une forme de résistance aux IAP mise en place par les opérateurs des politiques publiques de la mise en mouvement des individus dans un but de santé. Nous ne sommes pas en présence d'une « contestation », contrairement au cas précédent mais d'un « détournement-contournement » de l'IAP dans la mesure où le professionnel interrogé fait un « usage “intelligent” cherchant à faire faire autre chose à l'outil, en en modifiant les effets dans un sens plus favorable » (Le Bourhis et Lascoumes, 2014 : emplacement 10603). Dit autrement il s'agit d'une « appropriation utilitariste de l'instrument mis au service d'autres objectifs » (Le Bourhis et Lascoumes, 2014 : emplacement 10603).

Un troisième type d'ajustement que nous pouvons identifier sur notre terrain consiste à transformer le support du recueil en modifiant les catégories préétablies afin de jouer sur la détermination des traces utiles. Dans son étude des ajustements mis en place par les patients diabétiques vis-à-vis de leurs carnets de suivi, Nguyen-Vaillant (2010) montre que certains se l'approprient en le transformant et en modifiant les catégories qui sont données pour s'adapter et déterminer les traces d'eux-mêmes qu'ils jugent importantes et utiles. D'autres vont même

jusqu'à fabriquer leur propre carnet à partir d'un agenda, d'un cahier d'écolier ou autre afin que le recueil des données soit plus significatif pour eux. Sur notre terrain, des processus d'ajustement similaires sont à l'œuvre dans le rapport qu'entretiennent les professionnels réalisant les bilans et le recueil de données matérialisé dans le carnet de suivi des bénéficiaires. En effet, pour certains d'entre eux, ce carnet dans lequel ils notent les résultats aux divers tests d'évaluation du bénéficiaire ainsi que les obstacles et freins à la pratique d'une AP, semble limité en termes d'informations utiles à recueillir. Ainsi, plusieurs professionnels des RSSBE utilisent, à côté du carnet de suivi, des fiches personnalisées leur permettant de noter diverses informations qui leur semblent utiles. Un des EMS du RSSBE de Champagne-Ardenne indique à ce titre que :

« Alors moi, j'ai une fiche de suivi de bilan éducatif, en fait, où je note plein de choses dessus et après, j'ai un fichier Excel dans lequel je note différentes données que j'envoie chaque mois au réseau sport-santé. Mais là, il n'y a pas le nom des patients, il y a juste la date de naissance, le sexe, âge, taille, IMC, la note de qualité de vie, le test de six minutes, le test de tonicité "lever de chaise" en 30 secondes, le score SF-36 physique, le score SF-36 psychique et le Ricci et Gagnon. En fait, il y a tout ça. Et il y a aussi des petites notes, en gros, quel club a été proposé et quand je le revois, le club dans lequel il a été, et puis il y a aussi des commentaires, si je dois mettre des choses particulières. Ça, c'est ce que le réseau a comme données. Après, moi, sur ma fiche, j'ai plein d'autres petites choses par rapport aux douleurs qu'a la personne. Des choses qu'elle va me dire qui sont importantes que je note et qui vont me servir ensuite par rapport au suivi, pour voir l'évolution et voilà » (Entretien du 28/06/17 avec un des EMS du RSSBE de Champagne-Ardenne).

Ce professionnel explicite qu'il note sur sa propre fiche, « plein d'autres petites choses » que les résultats aux divers tests inscrits sur le carnet de suivi. Notamment, des renseignements « importants » que la personne « lui dit » et qui vont servir au suivi. Ainsi, des informations issues des échanges avec les bénéficiaires sont recueillies. En notant ces données plus qualitatives sur une fiche personnelle, cet EMS rentre dans un processus d'ajustement vis-à-vis du recueil d'informations demandé par le RSSBE. Aux prises avec les conceptions diverses cristallisées dans le carnet de suivi, cet acteur s'adapte ainsi afin de pouvoir travailler en accord avec sa propre conception de l'AP comme outil de santé. La forme de résistance

aux IAP présente ici consiste également en un « détournement-contournement » (Le Bourhis et Lascoumes, 2014 : emplacement 10600). En effet, l'instrument qu'est le carnet de suivi avec l'ensemble des tests et questionnaires qu'il contient n'est pas contesté, mais on assiste à une appropriation de l'instrument en le complétant avec des fiches dans le but de faire correspondre les outils avec sa conception de l'intervention.

Enfin, nous pouvons identifier un quatrième type d'ajustement mis en place par les professionnels des RSSBE. Celui-ci ne renvoie pas directement à la problématique des données chiffrées mais participe de la même démarche. En effet, durant le BMS, les EMS et/ou coordonnateurs des RSSBE réalisent des entretiens. Ces échanges, en ce qui concerne le RSSBE de Champagne-Ardenne, sont structurés autour d'un outil servant de guide d'entretien : « Le modèle transthéorique développé par Prochaska et DiClemente » (RSSBE Champagne-Ardenne, Livret de l'Éducateur Médico-Sportif, 2016 : 5). Il s'agit d'une théorie des stades du changement qui suggère que les individus changent de comportement progressivement, et que différentes interventions sont appropriées à chaque stade. Les EMS ont alors à leur disposition un canevas d'entretien avec des questions à poser aux personnes afin d'identifier le stade de changement concernant la pratique d'une AP. En fonction de ce diagnostic, ils sont outillés afin d'orienter l'entretien vers le type d'intervention correspondant au stade de changement repéré :

ENTRETIEN MOTIVATIONNEL

Afin de permettre à l'EMS d'adapter son discours en fonction du patient, un outil est proposé pour évaluer le stade de changement.

Le modèle transthéorique développé par Prochaska et DiClemente.

Cette théorie de changement comportemental est basée sur différentes étapes. Il est supposé que les personnes souhaitant reprendre une activité physique passent par une série d'étapes de motivation.

	OUI	NON
Je fais actuellement une activité physique modérée	A	B
J'ai l'intention de faire une activité physique modérée dans les six prochains mois	C	D
Je fais actuellement une activité physique modérée régulière	E	F
J'ai fait une activité physique modérée régulière	G	H
Par le passé, j'ai fait une activité physique régulière pendant au moins 3 mois	I	J

- Si B et D sont cochés : la personne n'est pas active et n'a actuellement pas l'intention de le devenir dans un avenir proche. Elle est en pré-contemplation
 - Attitude à adopter : L'EMS ne donnera que des informations sur les bénéfices de l'activité physique
- Si B et C sont cochés : la personne n'est pas active, mais à l'intention de bientôt le devenir. Elle est en contemplation.
 - Attitude à adopter : L'EMS déterminera avec la personne les obstacles limitants, exemple : Qu'est ce qui fait que vous ne faites pas d'activité physique ?
- Si A et F sont cochés : la personne essaye, ou fait des plans, mais n'est pas régulièrement active. Elle est en préparation.
 - Attitude à adopter : L'EMS doit, en collaboration avec la personne trouver une activité et éventuellement un club : Comment allez-vous choisir votre activité ?
- Si A, E et H sont cochés : la personne est active, mais depuis moins de 6 mois. La personne est dans l'action.
 - Attitude à adopter : L'EMS doit soutenir la mise en place, encourager et définir des objectifs modestes et réalisables avec la personne.
- Si A, E et G sont cochés : la personne est active depuis 6 mois ou plus. Elle est dans la maintenance.

Figure 22 : Page n°5 du livret de l'EMS du RSSBE de Champagne-Ardenne

- Attitude à adopter : L'EMS doit anticiper la rechute : Qu'est-ce qui pourrait poser problème dans votre pratique à long terme ?
- Si I est coché : Possible Rechute, essayez alors d'identifier le stade actuel.
 - Attitude à adopter : L'EMS doit déculpabiliser, analyser les causes, rappeler les succès et dédramatiser la rechute. La personne sait ce qu'elle peut faire comme activité et où.

La théorie des stades du changement suggère que les gens changent de comportement progressivement, et que différentes interventions sont appropriées à chaque stade. Les stades ont été répertoriés de la manière suivante : précontemplation, contemplation, préparation, action, maintien, et terminaison.

Pendant le stade de précontemplation, les sujets n'ont pas l'intention de modifier leurs comportements à risque élevé dans un avenir proche, c'est-à-dire au cours des 6 prochains mois, puisqu'en général, les gens n'envisagent pas de modifier leur comportement plus de 6 mois à l'avance.

La contemplation est le stade au cours duquel les gens ont sérieusement l'intention de changer de comportement au cours des 6 prochains mois. Malgré leurs intentions, on estime qu'en moyenne, les sujets restent dans cette phase relativement stable pendant au moins 2 ans.

La préparation est le stade pendant lequel les sujets ont l'intention de prendre des initiatives très bientôt, généralement dans le mois qui suit. En général, ils ont un plan d'action et ont déjà pris quelques initiatives au cours de l'année précédente ou ont déjà modifié leur comportement dans une certaine mesure.

L'action est le stade au cours duquel des modifications du comportement déclarées ont été effectuées au cours des 6 derniers mois. C'est au cours de cette phase la moins stable que les sujets courent les plus grands risques de retomber dans leur comportement antérieur.

Le stade de maintien est la période qui commence 6 mois après l'atteinte de l'objectif jusqu'au moment où il n'existe plus aucun risque que le sujet retombe dans son comportement antérieur.

Le stade de terminaison est celui au cours duquel le sujet n'est plus tenté de retomber dans son comportement antérieur et son auto-efficacité est de 100 % dans toutes les situations qui présentaient auparavant une tentation.

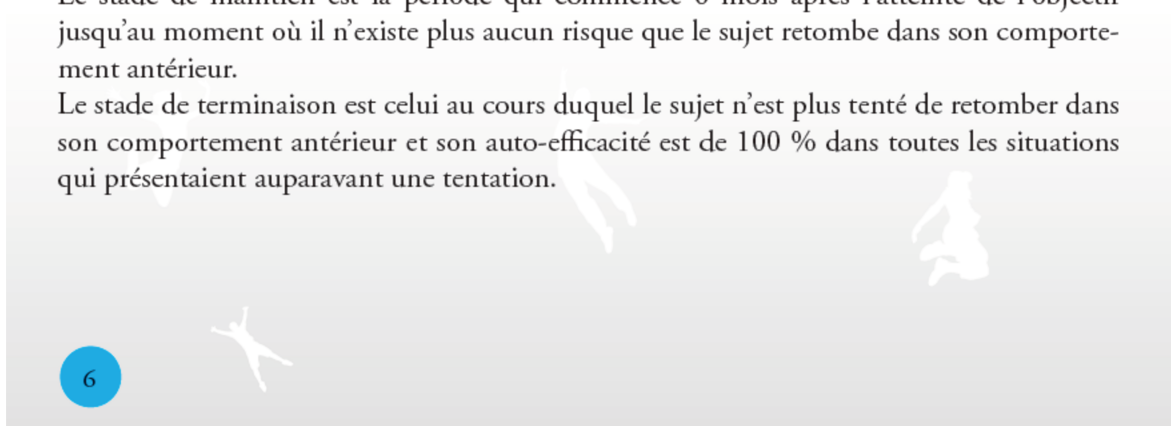


Figure 23 : Page n°6 du livret de l'EMS du RSSBE de Champagne-Ardenne

Les entretiens menés avec plusieurs EMS du RSSBE montrent que là encore, des processus d'ajustements aux outils sont en jeu. Les extraits d'entretien suivants, avec deux EMS du RSSBE de Champagne-Ardenne, concernant cet outil sont à ce titre évocateurs :

« EMS 1 : Donc, si vous voulez, je m'en appuie mais ça reste un guide et l'entretien, ça reste de l'échange avec les techniques que j'ai apprises, moi, dans le cadre du DU éducation thérapeutique, en formulant, en essayant de faire évoluer la personne en entretien, quoi. En fonction de ce qu'elle aborde, j'essaye d'aller un peu plus loin, sans faire vraiment interrogatoire. A la fin, on a les différents éléments de la grille » (Entretien du 29/06/17 avec un des EMS du RSSBE de Champagne-Ardenne.)

« Enquêteur : Durant cet entretien-là, est-ce que vous utilisez le canevas d'entretien qui est dans le guide des EMS, issu du modèle transthéorique de Prochaska et Di Clemente ?

EMS 2 : Alors celui-là, je le connais bien. Après, je n'utilise pas les questions pour savoir dans quel stade la personne est. Mais globalement, j'arrive à cerner assez vite à quel stade ils sont, en fait. Mais ça, on l'utilise, mais pas de manière, je ne pose pas les questions abcdef en fonction des réponses. Je ne suis pas trop là-dessus, mais globalement, on l'utilise un petit peu pour savoir où ils en sont dans leur approche, où ils en sont. Savoir s'ils sont prêts à aller dans un club. Des fois, ils viennent juste pour prendre les informations, mais voilà, ce n'est pas encore. Voilà, ça aide. On ne l'utilise pas de but en blanc mais c'est quelque chose qu'on maîtrise et qui nous aide » (Entretien du 28/06/17 avec un des EMS du RSSBE de Champagne-Ardenne).

Ces deux acteurs précisent que leur utilisation du guide d'entretien est quelque peu détournée. Ils ne l'utilisent « pas de but en blanc » de manière formelle. L'intention est d'éviter de faire en sorte que cet entretien se transforme en « interrogatoire ». Pour cela, les questions ne sont pas posées les unes à la suite des autres. Le guide est utilisé « globalement » afin que les EMS aient une idée des stades de changement dans lesquels se trouvent les personnes. Ces professionnels entrent dans un processus d'ajustement en détournant quelque peu l'utilisation de cet outil. Ce processus vise à faire en sorte que l'usage du canevas s'inscrive dans une

conception de l'éducation à la santé plus proche de leurs perspectives. En effet, Tourette-Turgis et Thievenaz (2014 : 20), explicitant la notion de « bilan éducatif partagé » en opposition à celle de « diagnostic éducatif » dans le domaine de l'éducation thérapeutique, explique que les acteurs ancrés dans cette pratique « remettent en question la transposition des modèles utilisés en santé publique dans le domaine de l'éducation thérapeutique. La notion de “diagnostic éducatif” issue du vocabulaire médical et de celui de la santé publique est un objet de controverses dans le champ de l'éducation thérapeutique en France, car elle conduit les professionnels de santé à des pratiques d'interrogatoire trop proches du modèle médical et qui présentent un risque de “classement nosographique des informations recueillies” [Sandrin, Berthon, 2010 : 38] ». Dans la pratique de l'ETP, sont ainsi mises à distance des procédés d'interrogatoires afin de privilégier des échanges horizontaux entre le professionnel de santé et le patient. Comme nous l'avons vu dans les chapitres précédents, les EMS du RSSBE de Champagne-Ardenne possèdent une formation à l'ETP et s'inscrivent dans une conception de l'éducation à la santé cherchant à s'éloigner des modèles « biomédicaux » prescripteurs de normes descendantes depuis le professionnel de santé vers le patient. Ainsi, lorsque les EMS interrogés expliquent que leur utilisation de ce genre d'outil vise à s'éloigner d'un « interrogatoire » depuis le professionnel de santé vers le patient, il détourne l'usage de l'outil afin que leur pratique soit en adéquation avec leur conception de l'éducation à la santé. En ce qui concerne la typologie des formes de résistance aux IAP, il s'agit ici d'un détournement similaire à celui relatif à l'utilisation du questionnaire SF-36 décrite plus haut. Les opérateurs, en l'occurrence ici les EMS formés à l'ETP, s'approprient l'objet afin de le mettre au service de leurs propres objectifs (Le Bourhis et Lascoumes, 2014).

Au final, si les RSSBE sont des dispositifs traversés par des conceptions diverses quant à l'utilisation de l'activité physique comme outil de santé, certains professionnels cherchent à s'ajuster vis-à-vis des outils mis en place afin de faire converger leur activité vers leur conception de l'AP comme outil de santé. Les modalités de recueils de données sont ainsi détournées de leur usage d'origine. Face à un modèle normatif visant une normalisation de l'amélioration de soi par soi au moyen de divers instruments traduisant les corps en troisième personne, des formes de résistance aux instruments sont à l'œuvre chez certains opérateurs. Sous forme de contestations ou de divers contournements et détournements, les professionnels de ces structures réticulaires résistent à la mise en place directe des instruments des RSSBE afin de pouvoir travailler selon leur conception de la mise en mouvement des personnes à des fins de santé.

3. Retour sur l'opposition « données quantitatives » contre « données qualitatives »

Cette analyse de la manière dont les professionnels des RSSBE peuvent utiliser les données chiffrées nous permet d'appuyer l'argumentaire visant à nuancer l'opposition classique « données quantitatives » contre « données qualitatives ». En effet, plusieurs sociologues de la quantification font remarquer que ces données n'impliquent pas automatiquement une utilisation particulière qui revêtirait les traits d'une opposition de conception par nature. Ainsi, selon Desrosières (2008a : chapitre 10, paragr. 15), « dès lors qu'ils circulent, les nombres peuvent échapper à leurs concepteurs et vivre une vie non voulue ou prévue par eux ». Dit autrement, utiliser dans son activité des données chiffrées n'implique pas *de facto* une conception normalisatrice des comportements selon une vision prescriptivo-descendante de l'éducation à la santé. Dans certains cas, comme nous l'avons montré plus haut, les acteurs s'adaptent aux contraintes inhérentes aux dispositifs dans lesquels ils interviennent et peuvent ajuster leur recueil de données quantitatives afin que cette récolte se transforme en une exploration qualitative du rapport que la personne entretient à l'AP, à santé ou à son corps. Dans l'exemple précédemment décrit, un des EMS du RSSBE détourne l'utilisation du questionnaire SF-36. D'un recueil initialement pensé afin d'établir un « score psychique » visant à déterminer le bien-être mental des bénéficiaires, celui-ci se transforme en une exploration qualitative permettant de recueillir des informations que l'entretien classique n'avait pas permis d'obtenir. C'est ainsi que la manière de recueillir une donnée quantitative a permis finalement d'approfondir une exploration qualitative de la personne. Nous suivons alors Bidet et Jany-Catrice (2017) qui invitent à nuancer la thèse d'une opposition ferme entre quantité et qualité dans la mesure où, au cours du processus de quantification, l'exploration des ce à quoi nous tenons est en jeu. Pour certains professionnels des RSSBE, « ce à quoi ils tiennent » se joue dans la compréhension approfondie des bénéficiaires dans une perspective de transformation de comportement vis-à-vis de la pratique d'une activité physique à long terme et non dans la recherche d'une amélioration chiffrée de soi. Dès lors, ils adaptent leur manière de recueillir les données quantitatives afin que celles-ci renforcent un travail d'exploration qualitatif. Ainsi, « quantifier peut être aussi une façon, délibérée ou non, d'inventer, de discuter et d'instituer de nouvelles qualités – au lieu de hiérarchiser, signaler ou évaluer des qualités déjà là » (Bidet et Jany-Catrice, 2017 : 19).

4. Conclusion partielle

Nous avons pu montrer, dans ce chapitre, que les professionnels des RSSBE, coordonnateurs et intervenants, sont aux prises avec les conceptions diverses de l'AP comme outil de santé présent au sein des RSSBE. Ils travaillent alors à s'y adapter par divers moyens. Nous avons ainsi expliqué comment les divers acteurs intervenant au sein de ces dispositifs utilisent la dimension de « flexibilité interprétative » des outils mis en place. Ces derniers sont en effet suffisamment ouverts afin de laisser la possibilité, pour un acteur ou un groupe d'acteurs, d'utiliser certaines parties du carnet et d'interpréter différemment certaines données en fonction des diverses activités professionnelles qu'ils ont à réaliser. Ainsi, lorsqu'ils doivent évaluer de potentiels bénéfiques des dispositifs auprès des bailleurs de fond, c'est la partie chiffrée des carnets de suivi témoignant d'une *amélioration de soi* qui est utilisée par les coordonnateurs. En revanche, lorsqu'il s'agit d'explorer les obstacles et les motivations à la pratique, ce sont les parties où sont résumées les informations issues des entretiens avec les bénéficiaires qui sont utilisées. En cristallisant des conceptions diverses de l'AP comme outil de santé, les outils techniques que sont les carnets de suivi prennent la fonction d'objets-frontières permettant des lectures différentes tout en assurant un langage commun permettant une forme de coordination.

D'autre part, nous avons montré qu'au-delà de la flexibilité interprétative que permettaient les outils techniques utilisés, les professionnels des RSSBE travaillent à tout un processus d'ajustement aux recueils de données qu'ils doivent mettre en place. Certains d'entre eux évacuent de leur activité professionnelle, le recueil de certaines données, d'autres le transforment quelque peu, pendant que certains fabriquent eux-mêmes leur propre support de recueils. Face à un modèle normatif visant une normalisation de l'amélioration de soi par soi par l'utilisation de divers instruments traduisant les corps en troisième personne, des formes de résistance aux instruments sont à l'œuvre chez certains opérateurs. Sous forme de contestations ou de divers contournements et détournements, les professionnels de ces structures réticulaires résistent à la mise en place directe des instruments des RSSBE afin de pouvoir travailler selon leur conception de la mise en mouvement des personnes à des fins de santé.

Cette réflexion nous a finalement permis de nuancer la thèse classique d'une opposition *a priori* entre données quantitatives et données qualitatives. Il apparaît en effet que

la manière dont s'effectue le recueil de données quantitatives peut notamment permettre un travail d'exploration qualitative des personnes.

CONCLUSION DE LA DEUXIEME PARTIE

Conclusion de la deuxième partie

Les RSSBE constituent un dispositif intermédiaire de coordination, mettant en pratique des discours généraux relatifs aux normes de santé. Ils ont pour objectif de coordonner l'offre d'activités physiques à destination notamment des publics à pathologie, sédentaires et âgés. Cette structuration organisationnelle s'inscrit dans le cadre d'une prise en charge personnalisée des personnes visant à proposer une activité physique la plus adaptée possible, notamment dans un but de diminution des inégalités de santé. Le but est ainsi d'accompagner la personne en vue de la pratique d'une activité physique autonome et régulière tout au long de sa vie. Ces dispositifs s'ancrent dans une configuration contemporaine élaborée autour de ce que nous avons identifié comme un référentiel dans la période contemporaine, qui travaille à la mise en collaboration intersectorielle, notamment autour d'une démarche de prescription de l'APS depuis le médecin vers des professionnels effecteurs.

Notre objectif, dans cette partie, était de focaliser le regard sur les modes de fonctionnement des RSSBE au niveau local en nous concentrant sur l'analyse de l'organisation du fonctionnement des pratiques dans ceux-ci. Face aux constats d'éclatement, de fragmentations, de redondances et de manque de transversalité des dispositifs sport-santé aux échelles territoriales et locales, les RSSBE s'inscrivent comme des réponses et comme des formes d'organisation phares des politiques publiques contemporaines. Nous nous proposons alors d'étudier la manière dont les réseaux allaient répondre à ces constats en posant notamment la focale sur les processus de coordinations entre les acteurs divers au sein de ces structures réticulaires.

Ces dispositifs travaillent à réunir les différents univers sociaux agissant dans le domaine du sport-santé et leur étude montre qu'ils vont, dans un premier temps, proposer des formes de coordination qualifiées de minimales qui vont permettre de réduire l'éclatement et la fragmentation des actions en palliant leur manque de lisibilité et en accentuant leur visibilité, notamment par des réunions, des recensements et la labellisation. Ils représentent des formes minimales de coordination que l'on peut rapprocher de la « liaison » identifiée pour les réseaux de santé par Leutz (1999) qui correspondent essentiellement à la transmission et à la mise en forme d'informations. Progressivement, les RSSBE vont développer des formes plus intégrées nommées « co-ordination » (Leutz, 1999 ; Trouvé *et al.*,

2010) dans lesquelles les parties prenantes mettent en place des mécanismes de collaboration afin d'envisager des solutions aux problèmes de discontinuité des interventions, grâce notamment à l'instauration de dispositifs particuliers visant à accompagner des personnes dans leur mise ou remise à l'AP. En effet, en proposant un dispositif de gestion de cas incarné par un professionnel dédié à l'évaluation des besoins, à la coordination et à la planification des services sur une longue durée ; la mise en place d'une porte d'entrée unique ; l'utilisation d'un outil valide d'évaluation des besoins, reconnu par l'ensemble des partenaires du continuum de services ainsi qu'un dossier clinique partageable qui vise la circulation efficiente des informations cliniques nécessaires à la bonne intégration des services, la formalisation des réseaux encouragée par les PRSSBE a permis de structurer la coordination au niveau horizontal par la construction d'outils et le partage de savoirs permettant un décloisonnement des actions de chacun.

La mise en place de ces structures réticulaires ainsi que la collaboration professionnelle qui en découle, profitent de l'activité d'acteurs centraux caractérisés « d'entrepreneurs-frontières » (Bergeron *et al.*, 2013) qui, par leur « polyexercice » et leur « multipositionnalité » professionnelle, sont capables de nourrir de nombreux contacts afin de créer des connexions entre des espaces qui peuvent être éloignés ou en conflit. Très au fait des problématiques spécifiques à chacun de ces espaces grâce à leur pluralité professionnelle, ils peuvent « intéresser » et « enrôler » (Callon, 1986) les acteurs des divers champs à leur « cause » (Chateauraynaud, 2006). En outre, ils sont capables de s'appuyer sur un répertoire varié de présentations d'eux-mêmes afin de favoriser les alliances. Ces connexions sont également permises par tout un travail de définition de concepts capitaux qui agissent comme des PPO (Callon, 1986) créant ainsi un langage commun qui favorise la coordination entre les multiples univers en connexion dans les RSSBE. Néanmoins, nous avons montré que la question des concurrences entre acteurs n'était pas systématiquement réglée par la formalisation des réseaux et que des tensions peuvent se dessiner. Les réseaux mettent en lien des acteurs qui peuvent revendiquer une forme de monopole sur le dispositif. En ce sens, va se jouer la transition entre la phase de construction du réseau (en lien avec l'initiative de promoteurs pionniers) et l'étape de son institutionnalisation qui reposent sur le respect de contraintes et d'objectifs en cohérence avec une politique régionale qui dépassent les intentions personnelles initiales des fondateurs. Ces derniers peuvent alors sentir un phénomène de dépossession de leur dispositif qui peut entraîner, dans certains cas, des difficultés de coordination entre les acteurs à l'échelle du territoire.

Par ailleurs, le travail interprofessionnel, dans ces structures réticulaires plurielles n'est pas sans conséquences sur les modèles normatifs de gouvernement des corps en jeu au sein de ces politiques publiques (Fassin et Memmi, 2004 ; Klein, 2008) En effet, l'objectivation du corps par le chiffre observée apparaît nécessaire, non pas dans une perspective prescriptive (Andrieu, 2012) c'est-à-dire explicitement pour mesurer l'atteinte (ou la non-atteinte) des normes ainsi fixées, mais comme outil de coordination interprofessionnelle, d'autocontrôle pour les personnes engagées dans ces dispositifs et d'évaluation de ces politiques publiques régionales. La mise en chiffres et l'objectivation des corps s'inscrit comme une nécessité pragmatique censée garantir l'efficacité du dispositif mais se pose en dissonance avec les objectifs affichés des RSSBE. Les instruments utilisés (tests, questionnaires, indices chiffrés divers) assurent la communication entre les différents professionnels impliqués dans les réseaux et leur implication. La personne qui s'engage dans une démarche de remise à l'activité est ainsi mise au centre d'un maillage interprofessionnel qui vise à la faire progresser et à mesurer cette progression, ce qui nécessite un langage partagé. D'autre part, la (re)mise à l'activité physique ne peut se limiter aux créneaux horaires et aux espaces spécialement dédiés à la pratique d'activités physiques et sportives. Il s'agit d'une implication de tous les jours, au domicile, dans les trajets quotidiens, pour aller travailler, faire ses courses, ou lors des temps libres. L'individu est incité, par ces indices chiffrés, à être plus actif, à se responsabiliser pour adopter les « bons » comportements, partout, à tout moment. L'objectivation du corps vient suppléer l'absence d'un professionnel à chaque instant et à chaque endroit du quotidien, et constitue en cela un moyen d'auto-évaluation, d'autocontrôle, et de surveillance des personnes. Les formes d'incitation opérées relèvent d'un processus de « capacitation » des individus (Cantelli et Genard, 2007) pour lequel il s'agit de soutenir les individus dans les différentes dimensions de l'autonomie en les engageant à devenir acteurs de leurs pratiques et de leur santé (Perrin, 2013). Cela implique aussi une responsabilisation, puisqu'ils disposent des connaissances (en matière de comportements à adopter) et des indices chiffrés (pour évaluer dans quelle mesure ils ont effectivement adopté ces comportements) leur permettant d'améliorer leur santé. La mise en œuvre de telles démarches de capacitation a fait l'objet d'objections, notamment par Fassin (2008, 2010) ou Bergeron et Castel (2015) : elles tendent, en effet, à occulter les conditions socio-structurelles sous-jacentes aux comportements considérés comme étant non conformes à la bonne gestion de sa santé. En outre, ce passage à l'action, ou à la capacité d'agir, passe par une prise en compte secondaire de la subjectivité des personnes, et l'autonomie s'acquiert

paradoxalement par la mise en application, en matière de comportements « actifs », de prescriptions correspondant à des normes censées s'imposer à tous. Or, les parcours de vie déterminent grandement à la fois le rapport de l'individu à sa santé et à son corps (Barth *et al.*, 2014). L'action des RSSBE est de ce point de vue prise dans une tension difficilement surmontable, semble-t-il, puisque la relative prise en compte de la subjectivité et du rapport intime qu'entretiennent les personnes à leur corps, à l'activité physique et leur santé, derrière des opérations d'objectivation, est aussi ce qui permet, précisément, aux acteurs d'agir concrètement pour la santé des individus bénéficiaires de ces réseaux. Fonctionnement en structures réticulaires, processus de capacitation et prise en compte profonde des personnes semblent ainsi difficilement conciliables.

Les carnets de suivi produits par les RSSBE cristallisent cette difficile harmonie. En s'inscrivant comme des objets-frontières (Star, 2010), ils participent à la coordination de l'ensemble des acteurs impliqués dans les dispositifs tout en étant suffisamment ouverts pour s'adapter aux besoins et aux contraintes spécifiques de chacun de ces mondes. Ainsi, aux prises avec les différents modèles normatifs d'éducation à la santé véhiculés par les RSSBE, les divers professionnels sélectionnent et interprètent les informations du carnet différemment et véhiculent des conceptions hétérogènes de l'utilisation de l'AP comme outil de santé publique. Ils s'adaptent également aux contraintes des dispositifs dans lesquels ils travaillent, en faisant preuve de tout un processus « d'ajustement » (Winance, 2001 ; 2003) afin de pouvoir faire correspondre leurs activités professionnelles avec leur conception de l'éducation à la santé par l'AP. Nous pouvons alors repérer quatre formes typiques d'ajustement :

- évacuer du recueil certaines données de son activité professionnelle ;
- détourner le recueil classique des données chiffrées afin de s'en servir dans un but d'approfondissement qualitatif ;
- transformer le support du recueil en modifiant les catégories préétablies afin de jouer sur la détermination des traces utiles ;
- détourner l'usage classique des outils afin que cette utilisation soit en adéquation avec leur conception de l'éducation à la santé.

Face à un modèle normatif visant une normalisation de l'amélioration de soi par soi par l'utilisation de divers instruments traduisant les corps en troisième personne, ces ajustements s'inscrivent comme des formes de résistance aux instruments (Le Bourhis et Lascoumes, 2014). Sous forme de contestations ou de divers contournements et détournements, les professionnels de ces structures réticulaires résistent à la mise en place directe des instruments

des RSSBE afin de pouvoir travailler selon leur conception de la mise en mouvement des personnes à des fins de santé.

Enfin, le travail présenté dans cette partie a contribué à caractériser les formes de travail collaboratives mises en place au sein des RSSBE, à mettre en évidence les conséquences générées par ces modes de fonctionnement collectifs en ce qui concerne le gouvernement des corps à l'œuvre dans ces dispositifs de politiques publiques en matière de santé et à étudier les réponses que les professionnels travaillant dans ces réseaux trouvent face aux contraintes auxquelles ils ont affaire.

CONCLUSION GENERALE

Conclusion générale

1. Synthèse des résultats

Ce travail visait à étudier la configuration des politiques publiques sanitaires contemporaines dans un domaine particulier, celui du sport-santé, en nous intéressant plus spécifiquement à des dispositifs peu étudiés, les RSSBE, qui s'inscrivent comme des structures représentatives de cette configuration.

Nous avons ainsi montré dans la première partie de cette thèse, que la proposition « APS comme outil de santé publique » avait subi un processus de « couplage » (Kingdon, 1984) au problème des MCV à partir des années 1960 où, elle va être progressivement considérée comme une solution crédible à ce problème. Dans cette perspective, on observe un phénomène de déconfinement (Henry, 2009) de cette proposition depuis la sphère scientifique vers l'arène politico-médiatique par l'intermédiaire d'entrepreneurs de cause (Neveu, 2015) comme les médecins-cardiologues de la FFC. Ainsi les premières mises en politique de la question de l'APS comme outil de santé publique sont instituées en France dans les années 1980 sous la forme de grandes campagnes d'éducation à la santé, pour répondre principalement au problème de santé publique que représentent les MCV. Par la suite, nous avons vu que cette proposition va rencontrer de nouveaux problèmes sociaux largement médiatisés comme ceux de l'obésité, du diabète, de la sédentarité et de la dépendance qui vont renforcer le recours à l'APS comme outil de prévention mais aussi de prise en charge des personnes atteintes de pathologies chroniques. Ces différents couplages vont s'accompagner d'une multiplication des entrepreneurs de cause concernant ce dossier et amener à une fragmentation des actions. La proposition va finalement être massivement mise à l'agenda politique au travers de plusieurs textes relatifs au cadrage des politiques de santé au début des années 2000, et dont l'ultime étape sera celle d'un plan qui lui est spécifiquement dédié ainsi que son inscription dans un texte de loi au milieu des années 2010. Dans ce contexte, nous avons montré que la configuration actuelle revêt les traits d'un référentiel sectoriel en tension (Jobert et Muller, 1987) qui se caractérise par une volonté de l'Etat d'inciter à une collaboration intersectorielle entre les divers acteurs se positionnant dans ce champ, dans l'objectif de diminuer les inégalités de santé au travers du développement de l'APS comme thérapeutique non-médicamenteuse dans le cadre d'une démarche de prescription. Notre analyse met alors en évidence le fait que certains dispositifs, les RSSBE en particulier, se trouvent au cœur de ce référentiel sectoriel puisqu'ils en sont une des sources d'inspiration et

qu'ils sont renforcés par celui-ci. En effet, ces structures réticulaires s'inscrivent au croisement d'une injonction à la collaboration intersectorielle et d'une démarche de prescription de l'APS depuis le médecin vers divers effecteurs.

La deuxième partie de cette thèse visait alors à étudier les RSSBE en focalisant l'attention sur l'étude des processus de coordination au sein de ceux-ci ainsi que leurs conséquences sur le travail des acteurs afin de comprendre comment les enjeux des configurations contemporaines des politiques sanitaires du sport-santé étaient mis en œuvre à l'échelle locale.

Dans le premier chapitre de cette deuxième partie, nous avons montré que ces dispositifs permettaient de répondre à l'éclatement, à la fragmentation et à la redondance des actions en matière de prévention de la santé par l'APS en proposant des modes de coordination qui vont progressivement passer d'une forme qualifiée de minimale à une configuration intégrée et nommée « co-ordination » en référence aux travaux de Leutz (1999). Nous avons montré que l'organisation de ces formes typiques de coordination passait par l'usage de divers instruments spécifiques qui permettent le partage de savoirs et le décloisonnement des actions de chacun. En outre, nous avons mis en évidence le rôle central que peuvent prendre certains acteurs qualifiés, à la suite de Bergeron *et al.*, (2013) « d'entrepreneurs - frontières » dans la création de ces structures, afin de réunir des professionnels issus d'univers sociaux divers. Ceux-ci disposent en effet d'une identité professionnelle plurielle forgée par des expériences de travail variées, et se situent ainsi à la frontière de plusieurs mondes, ce qui leur permet de créer des ponts entre les espaces qu'ils cherchent à réunir. C'est aussi leur double capacité à percevoir les enjeux et les intérêts de chacun des univers et à pouvoir se présenter et être perçus de différentes manières qui leur autorise un travail d'intéressement et d'enrôlement (Callon, 1986). Nous avons aussi fait ressortir que les processus de coordination en jeu dans les structures réticulaires que représentent les RSSBE, s'inscrivent dans un travail de définition de concepts au cœur de ces dispositifs qui s'installent comme des PPO (Callon, 1986) afin de développer un langage commun. Pour autant, les RSSBE peuvent être des lieux de tensions qui génèrent des difficultés de coordination dans la mesure où certains acteurs peuvent revendiquer une forme de monopôle sur le dispositif, et ce notamment, dans la phase d'institutionnalisation de ces structures.

Dans les deuxième et troisième chapitres de cette partie (chapitre cinq et six du présent document), nous nous intéressons aux mécanismes par lesquels s'opérait le gouvernement des corps des individus (Fassin et Memmi, 2004 ; Halpern *et al.*, 2014) dans ces structures. Ainsi dans le chapitre cinq, nous avons mis en exergue le fait que les RSSBE étudiés

revendiquent un ancrage dans une conception de la mise en mouvement des personnes pour leur santé qui cherche à prendre en compte la subjectivité des individus en s'appuyant sur leur participation afin de proposer des parcours qui sont les plus adaptés possibles. Les discours des concepteurs et acteurs de ces dispositifs témoignent alors d'une volonté d'éloignement des modèles normatifs visant l'imposition de normes prescriptives extérieures aux individus. Le gouvernement des corps à l'œuvre s'ancre ainsi dans un mouvement plus global d'individualisation des politiques publiques où les ressorts de l'activation des personnes passent par une attention forte portée au « sujet » (Klein, 2008). Les RSSBE s'intègrent alors dans un contexte contemporain global qui fait la part belle à l'individu, c'est à dire prenant en compte son individualité et sa subjectivité. Au cœur de ce mouvement, il en ressort que les RSSBE cherchent à s'éloigner d'un gouvernement des corps adossé à des modèles moralisateurs, normatifs et prescripteurs de normes collectives et extérieures aux bénéficiaires. Pour autant nous montrons dans le chapitre six qu'au-delà des discours, l'étude des outils utilisés par les RSSBE témoigne d'une importance non-négligeable donnée aux mesures chiffrées traduisant les corps en troisième personne. Nous soutenons alors l'idée selon laquelle, l'ensemble de ces processus d'objectivation participe d'un processus de normalisation des comportements (Klein, 2011), renforçant ainsi un éloignement des discours initiaux. Ces procédures permettent en effet d'ériger en norme, non pas l'atteinte de seuils externes qui seraient imposés de manière prescriptive à la personne, mais une démarche d'amélioration individualisée objective de soi par soi. Les ressorts de cette normalisation s'appuient sur trois processus permis par l'utilisation des données chiffrées : « évaluation de soi », « amélioration objective de soi par soi » et « surveillance des corps à distance ». Ces procédures semblent s'inscrire au sein d'un cadre plus large visant à favoriser la « capacitation » (Cantelli et Genard, 2007) des individus en renforçant leur responsabilité vis-à-vis de la prise en charge de leur santé. Des dissonances sont ainsi perceptibles entre ce qu'affichent les réseaux dans leurs volontés initiales et les outils qu'ils mettent concrètement en place. Nous proposons des pistes explicatives à ces constats en soutenant l'idée selon laquelle les professionnels des RSSBE sont aux prises avec des contraintes pragmatiques inhérentes à ce type de structures réticulaires, les amenant à les faire quelque peu diverger de leurs objectifs initiaux. Cette traduction du corps en chiffres s'impose comme une nécessité pragmatique du gouvernement des conduites à l'œuvre dans ces structures interprofessionnelles afin de permettre une coordination entre les divers professionnels qui interagissent dans ces dispositifs. Il s'agit également pour certains acteurs de se rendre crédibles et de témoigner du sérieux de la démarche proposée. Enfin, ce gouvernement des

corps par le chiffre s'inscrit dans un contexte d'évaluation des politiques publiques qui pèse de tout son poids sur le fonctionnement des RSSBE. Au final, les RSSBE sont traversés de conceptions diverses quant à l'utilisation de l'APS comme outil de santé publique, qui se révèlent lorsque l'on porte l'attention aux modèles normatifs d'éducation à la santé à l'œuvre dans ces structures.

Dans le dernier chapitre nous montrons que les professionnels des RSSBE, sont aux prises avec ces conceptions diverses de l'APS comme outil de santé présentes au sein des RSSBE. Nous montrons qu'ils travaillent à s'ajuster (Winance, 2001 ; 2003) par divers moyens à ces visions hétérogènes. Ainsi, notre analyse met en évidence comment les acteurs intervenant au sein de ces dispositifs utilisent la dimension de « flexibilité interprétative » des outils, notamment des carnets de suivi des bénéficiaires, dont nous avons montré qu'ils revêtaient les caractéristiques « d'objets-frontières » (Star, 2010). Ces derniers sont en effet suffisamment ouverts afin de laisser la possibilité, pour un acteur ou un groupe d'acteurs, d'interpréter différemment certaines données en fonction des diverses activités professionnelles qu'ils ont à réaliser. Au-delà de la flexibilité interprétative techniquement permise, les professionnels des RSSBE travaillent à tout un processus d'ajustement quant aux recueils de données qu'ils doivent mettre en place. Certains d'entre eux évacuent de leur activité professionnelle, le recueil de données particulières, d'autres le transforment quelque peu, pendant que certains fabriquent eux-mêmes leur propre support de recueil. Au final, aux prises avec les contraintes des dispositifs dans lesquelles ils travaillent, les professionnels s'adaptent afin de pouvoir faire correspondre leurs activités professionnelles avec leur conception de l'éducation à la santé par l'APS. Face à un modèle normatif visant une normalisation de l'amélioration de soi par soi via l'utilisation de divers instruments traduisant les corps en troisième personne, ce sont des formes de résistances aux instruments qui sont à l'œuvre chez certains opérateurs dans leurs activités d'ajustement aux outils (Le Bourhis et Lascoumes, 2014). Cette dernière idée nous a permis de contribuer à soutenir la thèse visant à relativiser l'opposition entre données quantitatives et données qualitatives. Il apparaît en effet que la manière dont s'effectue le recueil de données quantitatives peut permettre un travail d'exploration qualitative des personnes.

Finalement, dans un contexte contemporain des politiques publiques du sport-santé qui incitent au travail collaboratif entre univers hétérogènes, des dispositifs tels que les RSSBE vont chercher à y répondre en mettant en place un ensemble d'outils et d'instruments, qui ne sont pas sans conséquences sur les modèles normatifs de gouvernement des corps à l'œuvre.

2. Perspectives de recherche

Au-delà des résultats auxquels nous avons abouti dans le cadre de cette recherche, nous identifions, au croisement des limites inhérentes à notre enquête, de la littérature sociologique sur la question du sport-santé, et de nos résultats, plusieurs perspectives de travail qui mériteraient des investigations plus approfondies.

En ce qui concerne la trajectoire politique de ce dossier, comme nous l'avons souligné à l'issue de notre état de l'art, l'étude de la construction du cadre législatif de la possibilité de prescription d'activités physiques adaptées aux patients atteints d'ALD, est un terrain d'enquête qui reste à explorer. Si nous avons abordé certains de ses aspects, l'investigation de cette dynamique complexe mettant en interaction une multitude d'acteurs appartenant à une diversité d'univers apparaît comme un champ d'interrogations particulièrement important. Il s'agirait par exemple d'enquêter auprès des porte-paroles des diverses institutions impliquées lors des groupes de travail qui ont permis d'aboutir aux différents décrets et instructions interministérielles qui cadrent ce champ des politiques publiques. Si nous avons pu montrer que des débats et conflits étaient en jeu, dans la construction d'un référentiel sectoriel, notamment en termes de défense de territoires professionnels, il s'agirait de questionner plus profondément les potentiels niveaux de polémiques en jeu (Chateauraynaud et Torny, 1999). En effet, des divergences fondamentales concernant les conceptions de la santé, des APS et des liens entre les deux sont-ils en jeu dans ces débats ? Peut-on repérer d'autres dimensions structurantes dans ces oppositions ? L'étude sociologique des argumentations à l'œuvre pourrait potentiellement permettre de mettre en lumière les fondements de ces débats.

En continuité de la précédente réflexion, dans le cadre de la construction du référentiel sectoriel qui travaille à la collaboration interprofessionnelle, notamment autour de la démarche de prescription de l'APS, de nombreux dispositifs visant à favoriser « le sport sur ordonnance » se sont développés sur l'ensemble du territoire, et sont pilotés par des instances hétérogènes à différentes échelles de gouvernance. Une enquête comparative de ces structures nous semble particulièrement féconde afin d'éclairer les processus sociaux présidant à leur institutionnalisation, la manière dont se jouent les dynamiques professionnelles qui en découlent, tout comme les effets de leurs réceptions chez les personnes. Les différents

éléments que nous avons mis en évidence concernant le terrain des RSSBE pourraient être intéressants à questionner sur ces objets de recherche, notamment au regard des perspectives théoriques que nous avons mobilisées.

Par ailleurs, notre travail ayant permis d'explorer les dispositifs contemporains que représentent les RSSBE, il suscite ainsi un certain nombre de perspectives de recherches complémentaires qui mériteraient des investigations plus approfondies.

Tout d'abord, l'étude que nous exposons ici porte uniquement sur les professionnels qui travaillent au sein de ces dispositifs sans étudier spécifiquement le public destinataire. Des enquêtes ultérieures pourraient sonder la manière dont les bénéficiaires reçoivent les actions mises en place. Des effets d'oppositions, de résistances ou de désengagements sont-ils présents ? Pour quelles raisons ? Nous pouvons d'ores et déjà avancer quelques constats et formuler certaines hypothèses sur la base de notre étude. En effet, une des problématiques majeures relevées par les porteurs des différents réseaux concerne la difficulté à ce que les personnes continuent à pratiquer une AP dans une association sportive après la période d'engagement dans le cadre du réseau. Le président du RSSBE de Champagne-Ardenne déclare à ce titre que :

« On n'a pas de chiffres mais à priori les gens une fois qu'ils ne sont plus dans le dispositif, la majorité ne reprend pas en fait, ne continue pas. On sait qu'il y a une grosse partie qui arrête. Je pense qu'il y en a trente, quarante pour cent grand max qui continuent de par eux même. Donc on a quand même une grosse perte. Donc la question c'est de savoir, comment essayer d'être plus efficace de ce point de vue là » (Entretien du 6/07/2017 avec le président du RSSBE de Champagne-Ardenne).

Tandis que l'évaluation du dispositif d'accompagnement des personnes dans leur mise à l'AP du RSSBE de Champagne-Ardenne réalisée par la ville de Reims fait le constat suivant:

« Néanmoins, nous pouvons relever que l'objectif principal, qui est de faire revenir à une pratique sportive régulière dans des créneaux sportifs classiques est très peu atteint. D'une part, cette donnée n'est pas clairement recueillie par le réseau « sport santé » ni par les clubs sportifs. D'autre part, si nous nous basons sur les déclarations à priori des personnels des clubs sportifs nous pouvons

estimer qu'environ 10% seulement des patients ont poursuivi une activité sportive à la suite du créneau "sport santé" » (Ardoin, 2016 : 9).

Si l'argument financier est avancé en premier lieu par les acteurs de ces réseaux pour expliquer ces constats, nous émettons quelques pistes de réflexion sur la base de notre travail. Nous avons en effet pu montrer que la nécessité de coordination dans ces structures réticulaires tendait à conférer une importance non négligeable aux données en troisième personne, ce qui entre en contradiction avec la philosophie initiale de ces dispositifs. Nous posons l'hypothèse selon laquelle le bilan effectué, en laissant finalement peu de place à l'exploration du rapport intime de la personne aux APS, pourrait amener à prescrire des activités qui ne prennent que peu de sens pour les personnes. De plus, nous avons pu montrer que l'objectivation des corps à l'œuvre participe d'un processus de capacitation *via* des mécanismes d'auto-évaluation et de surveillance. Ces derniers pourraient conduire à des formes de stigmatisation, de démotivation et de sentiment d'obligation à la pratique, pouvant potentiellement conduire à un désengagement voir à un dégoût de l'activité physique (Sarrazin *et al.*, 2011). Ainsi, des enquêtes futures pourront, de ce point de vue, nous éclairer sur la durabilité des comportements considérés comme souhaitables pour la santé *via* l'engagement dans les RSSBE. Comme le soulignent plusieurs travaux que nous avons présentés dans la revue de la littérature de ce document (Vieille-Marchiset, 2019 ; Thomas *et al.*, 2014 ; Tulle, 2018 ; Grassler *et al.*, 2019 ; Vieille-Marchiset *et al.*, 2014) des résistances des personnes aux diverses injonctions à leur mise en mouvement dans un but de santé sont à l'œuvre et il s'agirait de les investiguer sur le terrain des RSSBE, notamment au prisme des hypothèses que nous venons de soulever.

Deuxièmement si le fonctionnement des RSSBE est actuellement encouragé par la loi de modernisation de notre système de santé, il est également ébranlé par les reconfigurations territoriales des grandes régions (République Française, 2015). En effet, certaines d'entre elles sont des fusions de territoires qui ont, chacun, déjà développé des RSSBE. L'étude des nouveaux processus de coordination entre les institutions et de leurs opérateurs semble particulièrement intéressante. La région Grand Est apparaît notamment comme un terrain d'enquête potentiellement fécond dans la mesure où elle réunit des territoires ayant déjà mis en place deux structures réticulaires au niveau régional. En effet, en plus de la Champagne-Ardenne, la région Lorraine, s'est dotée depuis 2010 d'un dispositif nommé SAPHYR (Santé

par l'Activité PHYsique Régulière). Ce dernier dispositif, porté par le CROS de Lorraine et initié par la DRJSCS se donne pour objectifs de :

« Proposer aux structures sanitaires et médico-sociales lorraines :

- L'élaboration, l'animation et l'évaluation de programmes d'activités physiques collectifs ou individuels adaptés, en lien avec les professionnels de santé ou médico-sociaux ;

- L'organisation, en lien avec les professionnels de santé concernés, de formations spécifiques destinées au perfectionnement des professionnels de l'activité physique et sportive dans un champ considéré

- L'organisation de séances d'information destinées à optimiser le conseil en activité physique délivré par les professionnels de la santé des structures concernées » (SAPHYR, 2010).

Dans cette perspective, les porteurs de ce dispositif souhaitent s'inscrire explicitement dans la continuité des trois RSSBE qui étaient constitués avant SAPHYR : le dispositif eFFORMip en Midi-Pyrénées et les RSSBE de Champagne-Ardenne et de Franche-Comté. S'ils ont cette volonté, les porteurs de SAPHYR ne s'ancrent pourtant pas totalement sur le modèle du RSSBE de Champagne-Ardenne. Le portage, le fonctionnement ainsi que les financements sont différents. Par exemple, si le RSSBE de Champagne-Ardenne est porté par les trois branches que sont le CISS, le CROS et l'URPS-ML, SAPHYR est quant à lui porté principalement par le CROS et la DRJSCS. Dit autrement, c'est bien le mouvement sportif qui porte prioritairement SAPHYR ce qui pourrait impliquer de potentielles philosophies différentes qu'il serait intéressant d'étudier. D'autre part, les EMS du RSSBE de Champagne-Ardenne doivent impérativement posséder une formation à l'ETP, ce qui n'est pas le cas pour SAPHYR. Les outils pour réaliser le bilan avec les personnes sont également différents. Au moment de notre enquête, aucune forme de coordination entre les deux dispositifs n'avait encore été mise en place. Le système tend donc à se complexifier, aux problèmes liés aux articulations inter-sectorielles, inter-structures et inter-professionnelles dont on a vu qu'elles pouvaient être des freins possibles à la coordination territoriale, s'ajoutent une redondance et potentiellement une forme de concurrence des systèmes en réseaux dans les régions fusionnées. Il nous semble alors intéressant d'étudier l'action publique en train de se construire, en posant la focale sur la manière dont s'organisent ces formes de coordination dans le cadre de la fusion des régions. Si nous avons pu montrer la complexité des modèles

normatifs à l'œuvre au sein d'un même RSSBE, quand est-il dans un contexte de multiplicité de réseaux qui pourraient rentrer en concurrence ?

Troisièmement, l'étude des outils utilisés par les professionnels de ces structures réticulaires nous a permis de mettre en évidence tout un ensemble de processus d'objectivation des corps visant à favoriser la « capacitation » des individus vis-à-vis de la prise en charge de leur santé. Nous avons montré que cela s'appuyait sur des « métriques de soi » (Granjon et al., 2011) produisant des « traces de soi » (Ginzburg, 1980) via l'utilisation d'outils techniques et technologiques (podomètres, tests physiques, questionnaires,...). L'utilisation de données quantitatives dans le cadre du mouvement contemporain du « soi quantifié » ou « Quantified Self » (Dagiral *et al.*, 2019, Licoppe, 2013 et Licoppe *et al.*, 2013) prolifère non seulement sur les terrains des RSSBE mais également pour l'ensemble de la population sportive ou néo-sportive, et ce notamment dans le cadre de l'incitation sociétale à la pratique des APS dans une perspective de santé et de bien-être. En effet, grâce au double phénomène de miniaturisation des outils de mesure et de leur démocratisation financière, l'ensemble des pratiquants peut maintenant effectuer des enregistrements précis de leurs séances physiques et des données physiologiques qui y sont liées. Dans ce cadre, l'étude de l'expérience vécue par les personnes semble particulièrement intéressante. Il convient de se demander, comme le fait par exemple Quidu (sous presse), si l'utilisation de ces technologies ne pourrait pas conduire à une forme d'éloignement par rapport aux sensations vécues dans l'instant, selon un double mouvement où d'une part, ce serait la confrontation aux données issues de l'enregistrement de l'activité plus que l'activité en elle-même qui motiverait l'individu et d'autre part qui impliquerait une dépendance au feed-back externe dans la gestion de soi. En ce sens, les écrits de Dagiral *et al.*, (2019) nous paraissent particulièrement intéressants lorsqu'ils font référence au concept de « double digital » (Dagiral *et al.*, 2019 : 35) qui permet de travailler l'idée selon laquelle l'expérience du soi quantifié impliquerait « un va-et-vient constant entre expérience incorporée et représentations quantifiées de celle-ci, et qui fait cristalliser une forme d'épreuve spécifique et constitutive d'un acteur divisé dans les modes d'accès à son expérience vécue. L'acteur augmenté par le self-tracking risque en effet d'être confronté à des désajustements potentiels entre l'expérience vécue médiée par l'équipement sensoriel ordinaire et l'accès à la même expérience médiée par les dispositifs de quantification de soi. Il se retrouve donc lors de ce genre d'épreuves, confronté à la nécessité de mener une enquête, tendue entre deux trajectoires idéal-typiques contrastées, c'est-à-dire soit réviser son expérience ordinaire à l'aune des données du self-tracking, soit au contraire

contester celle-ci au nom du primat de son expérience ordinaire ». Ainsi, peut-on repérer des profils différents entre des pratiquants qui ne conçoivent pas la pratique des APS, notamment dans un but de santé, sans outils de quantification et ceux qui refusent toutes formes de quantification de soi afin de privilégier une gestion « par les sensations » ? Dans cette deuxième catégorie, Tulle (2018) s'intéressant aux résistances des personnes âgées à l'adoption des incitations à la pratique d'une AP dans un but de santé, montre que parmi eux, certains peuvent être en tension dans la mesure où ils préfèrent « faire confiance à leur corps et au vécu plutôt qu'à l'affichage numérique proposé par les éducateurs » (Tulle, 2018 : 105). A l'inverse, des formes de dépendance aux feed-back numériques pourraient se développer chez les pratiquants, comme l'explique Dagiral *et al.*, (2019) en ce qui concerne le développement massif du quantified self, dépendances qui auraient pour effet d'atténuer la capacité des individus à ressentir les adaptations de leurs corps en l'absence de chiffres.

De plus, au-delà de ce qui se joue dans le déroulement même de la pratique, c'est également le traitement des données qui nous semble intéressant à questionner. En effet, comment ces pratiquants analysent-ils l'ensemble des chiffres produits par eux-mêmes et comment les archivent-ils ? Dans un contexte d'injonction à la pratique sportive où l'individu doit se prendre en charge et être l'entrepreneur de sa vie (Lemke, 2004), l'hypothèse selon laquelle des ajustements à ses propres traces peuvent être en jeu est à approfondir. En effet, à l'instar de ce qu'Nguyen-Vaillant (2010) a étudié sur le terrain du diabète, certaines données n'allant pas dans le sens d'une progression de soi, pourraient potentiellement être effacées ou non enregistrées par anticipation. D'autres mesures plus favorables pourraient quant à elles être survalorisées.

Ainsi, comme on le voit, ces enjeux liés à la mise en chiffre de soi font directement référence à la question de l'éducation à la santé des populations. En effet, la prolifération de ces technologies et de l'utilisation des données quantitatives qu'elles permettent étant amenée à se généraliser, étudier empiriquement son usage pourrait permettre d'envisager des pistes quant à la mise en place d'une éducation à ces outils, que ce soit dans les dispositifs du sport-santé ou lors des cycles d'éducation physique et sportive. Quidu (sous presse) note en effet qu'il serait intéressant de réfléchir à didactiser l'usage de ces traces quantitatives de soi par soi afin de prévenir les potentiels risques liés à leur utilisation tels qu'une dépendance aux chiffres pouvant mettre de côté le développement des compétences des individus à ressentir leur propre corps par exemple. Il serait également intéressant de développer des méthodologies d'analyse chez les personnes pour que ces données ne soient pas vécues sur le mode de l'échec ou du mal-être.

Quatrièmement, notre travail a également permis de nourrir la réflexion ouverte par d'autres quant aux problématiques liées à la pluralité et au pluralisme. En effet, le développement des RSSBE s'inscrit dans un contexte politique faisant la part belle au travail collaboratif pluriel et interprofessionnel. Dans une perspective philosophique, Quidu (2017) soutient l'idée que la pluralité, notamment interindividuelle définie comme une situation « dans laquelle deux acteurs en interaction sont porteurs de systèmes antagonistes de connaissances, de croyances, de valeurs ou de pratiques » (Quidu, 2017) est classiquement érigée en valeur indiscutable. L'auteur remarque en effet que dans plusieurs scènes (scientifique, politique, philosophique,...) l'idée selon laquelle la pluralité serait synonyme de progrès apparaît dominante et inconditionnelle. Pour autant, Quidu montre que l'expérience de la pluralité, quel que soit son type, reste souvent vécue sur le mode de l'inconfort et que sa gestion consiste finalement à simplifier le problème en rabattant la diversité des options disponibles sur une solution unique. Et l'auteur de soutenir l'idée « qu'à ces conditions, la pluralité ne semble pas en mesure d'actualiser les valeurs d'ouverture et de lutte contre l'obscurantisme que le pluralisme lui attribue. Il demeure alors une valeur vide de contenus et d'effets pratiques ». En étudiant les traitements de l'interdisciplinarité dans le champ des sciences du sport, Collinet, Terral et Trabal (2016) partagent cette réflexion en montrant que la plupart du temps, l'interdisciplinarité est traitée sous une forme minimale. Sur notre terrain, force est de constater que la pluralité promue par les politiques publiques via l'incitation au travail interprofessionnel est également à mettre sous réserve. En effet, nous avons montré que si l'objectif premier de ce travail collaboratif est de prendre en charge le bénéficiaire dans sa globalité et sa singularité, la nécessité d'utiliser des outils permettant la coordination interprofessionnelle peut conduire à un éloignement des objectifs de départ. En cela, nous nous inscrivons dans la continuité des travaux cités précédemment en soutenant l'idée selon laquelle la pluralité mise en place via des formes d'organisation interprofessionnelle dans le champ du sport-santé n'est pas, *par nature*, synonyme de bénéfices et d'harmonie. Nous suivons alors Quidu (2017) pour qui, loin de céder au fatalisme, la pluralité peut être vécue dans un mode émancipateur et réellement porteuse de progrès favorisant l'harmonie des collectifs, à la condition de subir un apprentissage. Nous pensons donc que l'organisation de rencontres entre l'ensemble des professionnels intervenant dans les parcours d'accompagnement (médecins, coordonnateurs des réseaux, enseignants APA, professionnels mettant en place les séances sport-santé) animées par un acteur externe aux réseaux et portant spécifiquement sur les conséquences du travail collaboratif pluriel, notamment en ce qui

concerne les modèles normatifs d'éducation à la santé en jeu, pourrait permettre de prévenir les écueils de la pluralité professionnelle. De plus au-delà des RSSBE, il serait intéressant de multiplier les études sur d'autres dispositifs mettant en place des formes collectives de soin dans le cadre du sport-santé afin d'observer ou non des récurrences et différences quant à l'usage d'instruments de coordination et ce qu'ils génèrent dans la prise en charge des personnes. Nous pourrions ainsi potentiellement typicaliser ces usages et leurs implications normatives.

Enfin, notre travail a permis de mettre en évidence le rôle charnière que prennent certains acteurs qualifiés « d'entrepreneurs-frontières » qui, grâce à leur multipositionnement professionnel dans plusieurs univers sociaux, permettent d'agrèger autour de leur cause, de nombreux partenaires. Si, à la suite des travaux de Bergeron *et al.*, (2013), nous avons détaillé précisément la manière dont ces entrepreneurs-frontières procédaient pour fédérer des acteurs éloignés, une piste de recherche intéressante et peu développée serait d'explorer leurs motivations profondes. Plusieurs auteurs ont montré, sur d'autres terrains, que des acteurs travaillant à faire des liens entre des entités éloignées possédaient une sensibilité forte à la pluralité, au mélange et à la pensée complexe. Ainsi, en prenant pour terrain d'enquête le champ de l'épistémologie, Favier-Ambrosini et Quidu (2015) montrent que certains épistémologues partisans d'une vision de la science interdisciplinaire voire transdisciplinaire possèdent une sensibilité ontologique aux thèmes de la pluralité, du mélange et de la réconciliation des contraires. Dans le domaine de la philosophie des sciences, Holton (1981) parle de sensibilités *thématiques* qui seraient notamment responsables d'une partie des tensions épistémiques de l'histoire des sciences. Dans cette perspective, il s'agirait de s'ancrer dans une démarche compréhensive qui viserait à mettre à jour les motivations diverses à ces adhésions thématiques. En posant la focale sur le RSSBE de Champagne-Ardenne, nous pouvons commencer à repérer chez l'entrepreneur-frontière qu'est le Dr A, une sensibilité ontologique aux thèmes de la complexité ainsi que de la complémentarité des approches. Ainsi, lorsqu'il décrit le moment où il a participé à la création d'une Société Française Sport-Santé (SFSS) qui réunit divers professionnels dans le but de « collecter et diffuser les savoirs scientifiques et techniques autour du Sport-Santé ; de participer à la formation des acteurs du Sport-Santé dans les territoires, de promouvoir et appuyer les réseaux et les parcours ; de

proposer une démarche-qualité Sport-Santé lisible pour les professionnels et les usagers »¹³⁹, celui-ci précise que :

« Je ne vais pas vous dire tout ce que j'ai su, parce que j'ai mes antennes, mais ça a été terrible, terrible, ça a été vécu comme une concurrence terrible. Alors qu'en fait, c'était complètement différent. La société française de médecine de l'exercice et du sport, c'est une société de médecins où ils acceptent quelques kinés. Mais c'est d'abord des médecins, des professeurs en particulier. D'ailleurs dans les dirigeants, peu de médecins traitants, des médecins du sport de base. Plutôt des scientifiques etc. Donc une vision pas tout à fait de terrain quand même. Et quand on a créé l'Association Française Sport Santé avec J¹⁴⁰, on s'est dit, le sport-santé, c'est beaucoup plus large. On a des techniciens, on a des paysagistes, des ingénieurs-paysagistes qui nous apportent énormément parce que c'est la promotion des modes de vie sains, l'urbanisme intervient beaucoup. On a des universitaires, on a de tout. On a des représentants d'usagers, on a des représentants de CROS, on a des gens des fédérations, etc. Donc c'était ça, c'était un melting pot et puis brasseurs d'idées. (Entretien du 3/10/2016 avec le médecin conseiller de la DRJSCS au moment de la création du RSSBE de Champagne-Ardenne).

On perçoit ici la sensibilité du Dr A au thème de la complexité au sens de Morin (1986), à savoir une volonté d'envisager les phénomènes selon de multiples approches dans le cadre d'une vision globale du sport-santé. Les thèmes du mélange et de l'association des pensées hétérogènes sont ici présents lorsqu'il explique que la création de cette société s'inscrivait dans « un melting pot » où étaient « brassées » des idées. En cela, il s'oppose clairement à une pensée dite « disjonctive » (Morin, 1986) qui tend à séparer les approches pour valoriser des perspectives monodisciplinaires. A l'instar de ce qu'a pu réaliser Quidu (2009) en étudiant l'activité des chercheurs en sciences du sport, il nous semble intéressant d'éclairer comment l'investissement envers ces sensibilités chez les entrepreneurs-frontières fait référence ou non à des expériences mémorables. Répondent-elles par exemple à des promesses faites à soi-même (Ricoeur, 1990) ? Cela permettrait d'approfondir le programme de recherche autour de la figure des entrepreneurs-frontières ainsi que l'étude de la mise en place des structures

¹³⁹ Description de la SFSS disponible à l'URL suivante : <https://www.sfsportsante.com/edito>

¹⁴⁰ Le nom de l'acteur cité a été anonymisé.

collaboratives de soin telles que les réseaux dans la mesure où ces acteurs en sont souvent des pionniers centraux.

Ainsi, pour finir, notre travail permet d'envisager un certain nombre de perspectives de travail dans des directions diverses qui nous paraissent fécondes

BIBLIOGRAPHIE

Bibliographie

- Ajana, B. (2017). Digital Health and the Biopolitics of the Quantified Self. *Digital Health*, 3, 1-18. doi:10.1177/2055207616689509.
- Akrich, M., Callon, M. et Latour, B. (2006). *Sociologie de la traduction. Textes fondateurs*. Paris : Mines.
- Albrechtslund, A. (2008). Online social networking as participatory surveillance. *First Monday*, 13(3). doi :10.5210/fm.v13i3.2142.
- Andrieu, B. (2011). Sentir sa santé. In A. Klein (dir.), *Les sensations de santé : Pour une épistémologie des pratiques corporelles du sujet de santé* (p. 259-282). Nancy : Presses Universitaires de Nancy.
- Andrieu, B. (2012). *L'autosanté : Vers une médecine réflexive*. Paris : Armand Colin.
- Andrieu, B. (2013). Le corps en première personne : une écologie pré-motrice. *Movement & Sport Sciences*, 81(3), 1-3. doi:10.3917/sm.081.0001.
- Andrieu, B. (2016). Du sport performance au sport santé. *CNRS, le journal* [En ligne]. Consulté sur : <https://lejournal.cnrs.fr/billets/du-sport-performance-au-sport-sante>
- Andrieu, B. (2018). *La Langue du corps vivant. Emersologie 2*. Paris : Vrin.
- Andrieu, B. (sous presse). Activer sa vivacité: pour un sport-santé capacitaire. *Corps*, Paris : CNRS.
- Aronowitz, R. (2011). The Framingham heart study and the emergence of the risk factor approach to coronary heart disease, 1947-1970. *Revue d'histoire des sciences*, 64(2), 263-295. doi:10.3917/rhs.642.0263.
- Aubert, N. (2006). L'individu hypermoderne et ses pathologies. *L'information psychiatrique*, 82(7), 605-610. doi:10.3917/inpsy.8207.0605.
- Barbin, J-M., Camy, J., Communal, D., Fodimbi, M., Perrin, C. et Vergnault, M. (2015). *Référentiel d'activité et de compétences de l'enseignant en APA*. Combaillaux : Société Française des Professionnels en Activité Physique Adaptée.
- Barbot, J. et Dodier, N. (2016). La force des dispositifs. *Annales. Histoire, Science Sociales*, 2(71), 421-450.

- Barrier, J. et Vézian, A. (2016). Concurrence, rhétorique et mécano institutionnel : les usages stratégiques des dispositifs d'organisation de la recherche. In P. Castel, L. Hénaut et E. Marchal (dirs.), *Faire la concurrence. Retour sur un phénomène social et économique* (p. 117-136). Paris : Presses des Mines.
- Barth, N. (2012). *L'activité physique adaptée pour les personnes atteintes de diabète de type 2 : Approche sociologique des « carrières de pratiquant d'APA » dans leurs relations avec la « trajectoire de maladie »*. [Thèse de doctorat de l' Université de Lyon 1]. Consulté sur :
https://tel.archives-ouvertes.fr/file/index/docid/862795/filename/TH2012_Barth_Nathalie.pdf
- Barth, N. et Lefèbvre, B. (2016). S'engager dans une activité physique pour apprendre à gérer sa maladie : l'exemple de deux expériences de patients. *Santé Publique*, HS(S1), 109-116. doi:10.3917/spub.160.0109.
- Barth, N., Perrin, C. (2011). Incorporer une pratique physique régulière dans une trajectoire de maladie chronique : l'exemple du diabète de type 2 (DT2). In S. Piché, B. Vignal, C. Perrin (dirs.), *La recherche en sciences sociales du sport : quelle(s) utilité(s) ?* (p. 217-234). Paris : l'Harmattan.
- Barth, N., Perrin, C. et Camy J. (2014). S'engager dans une pratique régulière d'activité physique lorsqu'on est atteint de diabète de type 2 : entre « trajectoire de maladie » et « carrière de pratiquant d'activité physique adaptée (APA) ». *Loisir et Société / Society and Leisure*, 37 (2), 224-240. doi:10.1080/07053436.2014.936163.
- Barthe, Y., de Blic, D., Heurtin, J.-P., Lagneau, É., Lemieux, C., Linhardt, D., Moreau de Bellaing, C., Remy, C. et Trom, D. (2013). Sociologie pragmatique : mode d'emploi. *Politix*, 103(3), 175-204. doi:10.3917/pox.103.0173.
- Batifoulier, P. (2012). Le marché de la santé et la reconstruction de l'interaction patient-médecin. *Revue Française de Socio-Économie*, 10(2), 155-174. doi:10.3917/rfse.010.0155.
- Bauduer, F., Vanz, E., Guillet, N. et Maurice S. (2018). La prescription d'activité physique par le médecin traitant : l'expérience de *Biarritz Côte Basque Sport-Santé*. *Santé Publique*, 30 (3), 313-320. doi:10.3917/spub.183.0313.
- Beck, U. (2001). *La société du risque: sur la voie d'une autre modernité ?* Paris : Aubier.

- Becker, H. (1985) [1re édition, 1963]. *Outsiders, Étude de la sociologie de la déviance*. Paris : Métailié.
- Bergeron, H. (2008). Qualifier en politique : l'exemple du problème alcool. *Santé Publique*, 20(4), 341-352. doi:10.3917/spub.084.0341.
- Bergeron, H. et Castel, P. (2015). *Sociologie politique de la santé*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Bergeron, H., Castel, P. et Dubuisson-Quellier, S. (2014). Gouverner par les labels. *Gouvernement et action publique*, (3), 7-31. doi:10.3917/gap.143.0007.
- Bergeron, H., Castel, P. et Noguez, É. (2011). Un entrepreneur privé de politique publique. *Revue française de science politique*, 61(2), 201-229. doi:10.3917/rfsp.612.0201.
- Bergeron, H., Castel, P. et Noguez, E. (2013). Éléments pour une sociologie de l'entrepreneur-frontière. *Revue française de sociologie*, 54(2), 263-302. doi:10.3917/rfs.542.0263.
- Berlivet, L. (1997). Naissance d'une politique symbolique: l'institutionnalisation des « grandes campagnes » d'éducation pour la santé. *Quaderni*, 33(1), 99-117.
- Berlivet, L. (2000). De l'éducation sanitaire à la promotion de la santé. La santé publique face aux accusations de moralisme. In A. Garrigou (dir.), *La santé dans tous ses états* (p. 243-270). Paris : Atlantica.
- Berlivet, L. (2004). Une biopolitique de l'éducation pour la santé. La fabrique des campagnes de prévention. In D. Fassin et D. Memmi (dirs.), *Le gouvernement des corps* (p. 37-75). Paris : Éditions de l'EHESS.
- Berlivet, L. (2013). Les ressorts de la «biopolitique»: «dispositifs de sécurité» et processus de «subjectivation» au prisme de l'histoire de la santé. *Revue d'histoire moderne contemporaine*, (4), 97-121. doi:10.3917/rhmc.604.0097.
- Berthelot, J-M., Martin, O. et Collinet, C. (2005). *Savoirs et savants. Les études sur la science en France*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Berthoz, A. (2003). *La décision*. Paris : O. Jacob.
- Bidet, A. et Jany-Catrice, F. (2017). Quantifier les qualités. *Revue Française de Socio-Économie*, 19(2), 19-26. doi:10.3917/rfse.019.0019.

- Blanchard, N. (2004). Du réseau à la coordination gérontologique : un nouveau paradigme pour le secteur médicosocial ? *Retraite et société*, 43(3), 165-186. Consulté sur : <https://www.cairn.info/revue-retraite-et-societe1-2004-3-page-165.htm>.
- Blondel, L. et Commo, H. (2003). Les thèses soutenues en STAPS. In C. Collinet (dir.), *La recherche en STAPS* (p. 191-211). Paris : Presses Universitaires de France.
- Bloy, G., Moussard-Philippon, L. et Rigal L. (2016). Les médecins généralistes et le conseil en activité physique : des évidences aux contingences de la consultation. *Santé Publique*, HS (1), 153-161. doi:10.3917/spub.160.0153.
- Bossy, T. (2010). Les différentes temporalités du changement : la mise sur agenda de l'obésité en France et au Royaume-Uni. In : B. Palier et Y. Surel (dirs.), *Quand les politiques changent : temporalités et niveaux de l'action publique* (p. 145-182). Paris : L'Harmattan.
- Bossy, T. et Briatte, F. (2011). Les formes contemporaines de la biopolitique. *Revue internationale de politique comparée*, 18(4), 7-12. doi:10.3917/ripc.184.0007.
- Boussard, V. (2008). *Sociologie de la gestion. Les faiseurs de performance*. Paris : Belin.
- Brooks, R. et Group, E. (1996). EuroQol: the current state of play. *Health policy*, 37(1), 53-72. doi : 10.1016/0168-8510(96)00822-6.
- Bruant, G. (2000). Le sport c'est la santé : itinéraire d'une représentation. In : M-J. Manidi et I. Dafflon-Arvanitou (dirs.), *Activité physique et santé* (p. 10-17). Paris: Masson.
- Bruno, I. (2010). La déroute du «benchmarking social». *Revue française de socio-économie*, (1), 41-61. doi:10.3917/rfse.005.0041.
- Bulot, V., Thomas, P. et Delevoy-Turrelu, Y. (2007). Agentivité : se vivre ou se juger agent ? *L'Encéphale*, 33(4), 603-608.
- Buttet, P. et Fournier, C. (2003). Prévention et éducation pour la santé. Quels rôles pour les médecins et les pharmaciens ? In : A Gautier (dir.), *Baromètre santé médecins/pharmaciens* (p. 64-82). Saint-Denis : Inpes.
- Caby, I. et Blondel N. (2008). Les effets de l'activité physique sur la santé. In : Carlier G, éditeur. *La santé* (p. 29-46). Paris : Éditions EPS.
- Cahour, B. et Licoppe, C. (2010). Confrontations aux traces de son activité. *Revue d'anthropologie des connaissances*, 4(2), 243-253. doi:10.3917/rac.010.0243.

- Callon, M. (1986). Éléments pour une sociologie de la traduction. La domestication des coquilles Saint-Jacques et des marins-pêcheurs dans la baie de Saint-Brieuc. *L'année sociologique*, 36, 169-208.
- Callon, M. (2006). Sociologie de l'acteur-réseau. In M. Akrich, M. Callon et B. Latour (dirs.), *Sociologie de la traduction. Textes fondateurs* (p. 268-269). Paris : Presses des Mines.
- Callon, M., Lascoumes, P. et Barthe, Y. (2001). *Agir dans un monde incertain - Essai sur la démocratie technique*. Paris : Seuil.
- Canguilhem, G. (2013). [1^{ère} édition 1966]. *Le normal et le pathologique*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Cantelli, F. et Genard, J-L. (2007). Jalons pour une sociologie politique de la subjectivité. In F. Cantelli. et J-L. Genard (dirs.), *Action publique et subjectivité* (p. 13 -40). Paris : Droit et société, Librairie Générale de Droit et de Jurisprudence.
- Carré, F. (2013). *Danger sédentarité*. Paris : Cherche midi.
- Carver, C-S. et Scheier M-F. (1999). Themes and issues in the self-regulation of behavior. In R-S. Wyer Jr (dir.), *Advances in social cognition* (p. 1-105). USA : Lawrence Erlbaum, Mahwah.
- Castagnino, F. (2018). Critique des surveillances studies. Éléments pour une sociologie de la surveillance. *Déviance et Société*, 42(1), 9-40. doi:10.3917/ds.421.0009.
- Cazal, J. (2012). *Prévenir la maladie cardiovasculaire: socio-ethnologie du risque et de l'incitation sanitaire* [Thèse de doctorat de l'Université Paul Sabatier Toulouse III]. Consulté sur : [//thesesups.ups-tlse.fr/1727/1/2012TOU30114.pdf](http://thesesups.ups-tlse.fr/1727/1/2012TOU30114.pdf)
- Cazal, J. et Génolini, J-P. (2013). Prévenir le risque cardiovasculaire: le travail éducatif au cœur du dépistage. *Sciences sociales et santé*, 31(2), 5-30. Consulté sur : <https://www.cairn.info/revue-sciences-sociales-et-sante-2013-2-page-5.htm>
- Cazal, J. et Génolini, J-P. (2015). Apprendre l'hygiène de vie après un accident cardiaque. La figure contractuelle de l'«auto soignant». *Sociologie*, 6(3), 241-262. Consulté sur : <https://www.cairn.info/revue-sociologie-2015-3-page-241.htm>
- Cazal, J., Génolini, J. et Clément, J-P. (2011). Risques et malentendus : à propos du rôle de l'activité physique dans la prise en charge du risque cardiovasculaire. In S. Piché, B.

- Vignal, C. Perrin (dirs.), *La recherche en sciences sociales du sport : quelle(s) utilité(s) ?* (p 197-216). Paris : l'Harmattan, 197-216.
- Chantelat, P. et Perrin C. (2009). Les éducateurs médico-sportifs : une activité émergente inscrite dans le monde médical. In : D. Demazières et C. Gadea (dirs.), *Sociologie des groupes professionnels. Acquis récents et nouveaux défis* (p. 252-62). Paris : La Découverte.
- Charles, M., Eschwege, E. et Basdevant, A. (2008). Épidémiologie de l'obésité de l'adulte en France. Les études Obépi 1997–2006. *Obes*, 3, 258–263. doi:10.1007/s11690-008-0156-y.
- Chateauraynaud, F. (2006). *Les asymétries de prises. Des formes de pouvoir dans un monde en réseau*. Paris : Document du GSPR, EHESS.
- Chateauraynaud, F. (2011). *Argumenter dans un champ de forces : Essai de balistique sociologique*. Paris : Pétra.
- Chateauraynaud, F. et Debaz, J. (2013). Scénariser les possibles énergétiques. Les gaz de schiste dans la matrice des futurs. *Mouvements*, 75, 53-69. doi :10.3917/mouv.075.0053.
- Chateauraynaud, F. et Torny, D. (1999). *Les sombres précurseurs : une sociologie pragmatique de l'alerte et du risque*. Paris : Éditions de l'EHESS.
- Clavier, C. (2011). La santé publique, un enjeu politique local? La politisation des politiques publiques en France et au Danemark. *Revue internationale de politique comparée*, 18(4), 13-27. doi:10.3917/ripc.184.0013.
- Cogérino, G. (1999). *Apprendre à gérer sa vie physique*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Collinet, C. (2000). *Les grands courants d'éducation physique en France*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Collinet, C. et Caluzio, C. (2015). La prévention du vieillissement par les activités physiques au niveau municipal: diversité et fragilité. *Revue Européenne de management du sport*, 45(45), 45-55.

- Collinet, C. et Delalandre, M. (2014). L'injonction au bien-être dans les programmes de prévention du vieillissement. *L'Année sociologique*, 64 (2), 445-467. doi:10.3917/anso.142.0445.
- Collinet, C. et Delalandre, M. (2015). Physical and sports activities, and healthy and active ageing: Establishing a frame of reference for public action. *International Review for the Sociology of Sport*, 52(5), 570–583. doi :10.1177/1012690215609071.
- Collinet, C. et Delalandre, M. (2017). Recommendations concerning the use of physical exercise to improve wellbeing of older people in France. In I. Loffeier, B. Majerus, et T. Moolaert (dirs.), *Framing Age. Contested Knowledge in Science and Politics* (p. 45-59). Londres et New York : Routledge.
- Collinet, C. et Schut, P. O. (2016). Les modes de prise en charge du public dans la prévention du vieillissement par les activités physiques au niveau local. *Santé publique*, 1(HS), 41-49. doi:10.3917/spub.160.0041.
- Collinet, C., et Tulle, E. (2018). L'activité physique et le vieillissement : bilans et perspectives. *Gérontologie et société*, 40, 156(2), 9-16. doi:10.3917/gsl.156.0009.
- Collinet, C., Schut, P-O., Pierre, J et Caluzio C. (2014). L'articulation des temporalités dans les politiques de prévention du vieillissement. *Temporalités* [En ligne], 19. Consulté sur : <http://journals.openedition.org/temporalites/2696>. doi :10.4000/temporalites.2696.
- Collinet, C et Terral P. (dirs.). (2013). *Sport et controverses*. Paris : Éditions des archives contemporaines.
- Collinet, C., Terral, P. et Trabal, P. (2016). Les formes de travail scientifique en STAPS : entre disciplinarité et interdisciplinarité. *Movement & Sport Sciences*, 94(4), 41-53. doi:10.3917/sm.094.0041.
- Combaz, G., et Hoibian, O. (2015). La relance des politiques de préservation de la santé en France et leurs impacts sur l'éducation physique scolaire depuis 1980. *Movement & Sport Sciences*, 88(2), 53-63. doi:10.3917/sm.088.0053.
- Conrad, P. (1992). Medicalization and social control. *Annual review of Sociology*, 18(1), 209-232.

- Corbin, C. B. (2002). Physical activity for everyone: What every physical educator should know about promoting lifelong physical activity. *Journal of teaching in physical education*, 21(2), 128-144. doi : 10.1123/jtpe.21.2.128.
- Cornu, L. (2009). Normalité, normalisation, normativité : pour une pédagogie critique et inventive. *Le Télémaque*, 36(2), 29-44. doi:10.3917/tele.036.0029.
- Couturier, Y., Trouvé, H., Gagnon, D., Etheridge, F., Carrier, S. et Somme, D. (2009). Réceptivité d'un modèle québécois d'intégration des services aux personnes âgées en perte d'autonomie en France. *Lien social et Politiques*, 62, 163–174. doi:10.7202/039322ar.
- Czaplicki, G., Donio, V., Nossereau, C., Fikojevic, M. et Richard, D. (2016). « Bouge ta santé à Clichy-sous-Bois » : une approche intersectorielle de l'activité physique. *Santé Publique*, HS(S1), 175-178. doi:10.3917/spub.160.0175.
- Dagiral, É., Licoppe, C., Martin, O. et Pharabod, A-S. (2019). Le Quantified Self en question. *Réseaux*, (4), 17-54. doi:10.3917/res.216.0017.
- De Larminat, X. (2014). L'informatisation des services de probation: Une mise en abyme des réformes de modernisation. In C. Halpern., P. Lascoumes et P. Le Galès (dirs.), *L'instrumentation de l'action publique: Controverses, résistance, effets* (p. 445-464). [Kindle]. Paris : Les Presses de Sciences Po.
- Deblock, C. (2000). Le cycle des affaires et la prévision économique. In J-P. Beaud et J-G. Prevost (dirs.), *L'ère du chiffre* (357-410). Sainte-Foy : Presses de l'Université de Québec.
- Deci, E-L. et Ryan R-M. (2002). *Handbook of self-determination research*. Rochester : University of Rochester Press.
- Delalandre, M. (2009). *Sociologie des sciences de la performance sportive en France* [Thèse de doctorat de l'Université Paris-Est Marne-La-Vallée]. Consulté sur : <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00511014>
- Delalandre, M. (2013). La musculation en question : série unique ou séries multiples pour l'augmentation de la force des sportifs ? In C. Collinet et P. Terral (dirs.), *Sport et controverses* (p. 269–283). Paris : Éditions des archives contemporaines.
- Delalandre, M. (2016). Une approche argumentative des controverses en sciences du sport. *Movement & Sport Sciences*, 94(4), 15-25. doi:10.3917/sm.094.0015.

- Delalandre, M. et Collinet, C. (2018). Activité physique et prévention des chutes, entre médicalisation et capacitation. *Gérontologie et société*, 40, 156(2), 35-50. doi:10.3917/gsl.156.0035.
- Depiesse, F., et Grillon J-L. (2009). *Prescription des activités physiques en prévention et en thérapeutique*. Paris, France : Masson.
- Descotes, J-M. et Bouillet, T. (2012). *Sport et cancer. Volume 1, Etat des lieux. Quand la pratique sportive devient une aide pour les personnes touchées par le cancer*. Paris : Chiron.
- Desrosières, A. (2000). L'État, le marché et les statistiques. *Courrier des statistiques*, 95-96, 3-10.
- Desrosières, A. (2001). Entre réalisme métrologique et conventions d'équivalence : les ambiguïtés de la sociologie quantitative. *Genèses*, 43(2), 112-127. doi:10.3917/gen.043.0112.
- Desrosières, A. (2003). Historiciser l'action publique. L'État, le marché et les statistiques. In P. Laborier et D. Trom (dir.), *Historicités de l'action publique* (p. 207-221). Paris : Presses Universitaires de France.
- Desrosières, A. (2008a). *Pour une sociologie historique de la quantification : L'Argument statistique I*. [openEdition]. Paris : Presses des Mines. Consulté sur <https://books.openedition.org/pressesmines/901>
- Desrosières, A. (2008b). *Gouverner par les nombres : L'argument statistique II*. [openEdition]. Paris : Presses des Mines. Consulté sur <https://books.openedition.org/pressesmines/341>
- Develay, M. (1996). *Donner du sens à l'école*. Paris : ESF.
- Dewey, J. (1993). *Logique. La théorie de l'enquête*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Dodier, N. (1993). Les appuis conventionnels de l'action. Eléments de pragmatique sociologique. *Réseaux. Communication-Technologie-Société*, 11(62), 63-85.
- Dubuisson-Quellier, S. (dir.). (2016a). *Gouverner les conduites*. [Kindle]. Paris: Presses de Sciences Po.

- Dubuisson-Quellier, S. (2016b). Le gouvernement des conduites comme modalité d'intervention de l'état sur les marchés. In S. Dubuisson-Quellier (dir.), *Gouverner les conduites* (p. 15-48). [Kindle]. Paris: Presses de Sciences Po.
- Dubuisson-Quellier, S. (2016c). Le gouvernement des conduites : Instruments et acteurs. In S. Dubuisson-Quellier (dir.), *Gouverner les conduites* (p. 449-472). [Kindle]. Paris: Presses de Sciences Po.
- Elliot A- J., Murayama K. et Pekrun R. (2011). A 3 x 2 achievement goal model. *Journal of Educational Psychology*, 103, 632-648. doi : 10.1037/a0023952.
- Espeland, W-N. et Stevens, M-L. (2008). A sociology of quantification. *European Journal of Sociology*, 49(3), 401-436.
- Fassin, D. (2000). *Les enjeux politiques de la santé. Etudes sénégalaises, équatoriennes et françaises*. Paris : Karthala, « Hommes et société ».
- Fassin, D. (2008). *Faire de la santé publique*. Rennes : éditions de l'EHESP.
- Fassin, D. (2010). Les inégalités de santé. In D. Fassin et B. Hauray (dirs.), *Santé publique. L'état des savoirs* (p. 423-424). Paris : La découverte.
- Fassin, D et Memmi, D. (2004). Le gouvernement de la vie, mode d'emploi. In D. Fassin et D. Memmi (dirs.), *Le gouvernement des corps*. [Kindle]. Paris : Éditions de l'EHESS.
- Favier-Ambrosini, B. (2016). Socio-histoire du lien entre activité physique et santé de 1960 à 1980. *Santé Publique*, HS (1), 13-24. doi:10.3917/spub.160.0013.
- Favier-Ambrosini, B. et Delalandre, M. (2018). Les réseaux Sport Santé Bien-être : un gouvernement par le chiffre. *Terrains & travaux*, 32(1), 81-106. doi:10.3917/tt.032.0081.
- Favier-Ambrosini, B. et Quidu, M. (2015). L'ancrage symbolique des œuvres épistémologiques de Gaston Bachelard, Michel Serres et Edgar Morin. *Revue Philosophique de Louvain*, 113(4), 645-677. doi : 10.2143/RPL.113.4.3136932.
- Favier-Ambrosini, B., Andrieu, B. et Collinet, C. (dirs.). (sous presse). *La santé en corps, Corps*. Paris : CNRS.
- Feillet, R. (2012). *Corps vieillissant et identité : entre préservation et présentation de soi*, Toulouse : Érès.

- Feillet, R. (2018). L'activité corporelle en EHPAD: de l'occupation au maintien de l'autonomie. *Gerontologie et société*, 40(2), 81-91. doi:10.3917/gsl.156.0081.
- Feillet, R. et Roncin, C. (2006). *Souci du corps, sport et vieillissement: Entre bien-être et prises de risque : comprendre et construire les pratiques*. Toulouse : Erès.
- Ferez, S. et Thomas, J. (2012). *Sport et VIH. Un corps sous contrainte médicale*. Paris : Téraèdre.
- Foucault, M. (2004). *Naissance de la biopolitique. Cours au Collège de France (1978-1979)*. Paris : Gallimard-Seuil.
- Freidson, E. (1994). *Professionalism Reborn, Policy and Prophecy*. Cambridge : Cambridge University Press.
- Fuchs, A. (2011a). *Les activités physiques et sportives dans le traitement de la mucoviscidose : enquête sur la qualité de vie d'un groupe d'enfants âgés de 8 à 13 ans*. [Thèse de doctorat de l'Université de Strasbourg].
- Fuchs, A. (2011b). La pratique sportive, une résistance sociale et physique [En ligne]. *Face à face*, 11. Consulté sur : [//journals.openedition.org/faceface/622](http://journals.openedition.org/faceface/622)
- Fuchs, A., Perrin, C., et Ohl, F. (2014). Using sport to cope with cystic fibrosis. *Loisir et Société/Society and Leisure*, 37(2), 189-204. doi:10.1080/07053436.2014.936161.
- Gadais, T. (2013). Facteurs contribuant à la réussite d'élèves lors d'un pentathlon en équipe. *Revue INITIO*, HS 1, 30-46.
- Gadais, T. (2015). Les stratégies d'intervention pour aider les jeunes à gérer leur pratique d'activité physique. Une revue de la littérature. *Staps*, 109(3), 57-77. doi:10.3917/sta.109.0057.
- Gadais, T. et Nadeau, L. (2014). Description of Physical Activity in Youth Participating in a Team Pentathlon. *Journal of Physical Activity & Health*, 11(1), 126-198.
- Gasparini, W. et Knobé, S. (2013). *Sport/santé sur ordonnance. La prescription médicale d'activité physique à Strasbourg : analyse qualitative du rapport à la pratique des patients*. Rapport pour l'agence régionale de santé d'Alsace, Strasbourg.
- Gasparini, W. et Knobé, S. (2015). Sport sur ordonnance : l'expérience strasbourgeoise sous l'œil des sociologues. *Informations Sociales*, 187, 47-53. doi:10.3917/inso.187.0047.

- Gasparini, W., Knobé, S. et Didierjean D. (2015). Physical activity on medical prescription : a qualitative study of factors influencing take-up and adherence in chronically ill patients. *Health education journal*, 27, 1-12. doi:10.1177/0017896914558644.
- Gautier, A., Fournier, C. et Beck, F. (2011). Pratiques et opinions des médecins généralistes en matière de prévention. *Actualité et dossier en santé publique*, 77, 6-10.
- Genard, J-L. (2007). Capacités et capacitation : une nouvelle orientation des politiques publiques ? In F. Cantelli., J-L. Genard (dirs.), *Action publique et subjectivité* (p. 41-64). Droit et société, 46, Paris, Librairie Générale de Droit et de Jurisprudence.
- Génolini, J-P. et Clément, J-P. (2010). Lutter contre la sédentarité : L'incorporation d'une nouvelle morale de l'effort. *Sciences sociales et sport*, 3 (1), 133-156. doi:10.3917/rsss.003.0133.
- Giddens, A. (1991). *Modernity and self-identity: Self and society in the late modern age*. Stanford university press.
- Gilbert, C., Henry, E. et Bourdeaux, I. (2009). Lire l'action publique au prisme des processus de définition des problèmes. In C. Gilbert et E. Henry, (dirs). (2009b). *Comment se construisent les problèmes de santé publique* (p. 7-33). Paris : La Découverte.
- Gilbert, C. et Henry, E. (2012). La définition des problèmes publics : entre publicité et discrétion. *Revue française de sociologie*, vol. 53(1), 35-59. doi:10.3917/rfs.531.0035.
- Ginsbourger, T. et Terral, P. (2014). Dynamiques « d'humanisation » puis de « managérialisation » d'un projet d'activité physique sur un site de lutte contre le cancer [En ligne]. *SociologieS*. Consulté sur : <http://sociologies.revues.org/4790>
- Ginzburg, C. (1980). Signes, traces, pistes: Racines d'un paradigme de l'indice. *Le Débat*, 6, 3-44.
- Giroux, E. (2008). Enquête de cohorte et analyse multivariée: une analyse épistémologique et historique du rôle fondateur de l'étude de Framingham. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 56(3), 177-188. doi : 10.1016/j.respe.2008.02.110.
- Goffman, E. (1959). *La mise en scène de la vie quotidienne. 1. La présentation de soi*. Paris : Éditions de Minuit, traduction française.

- Goirand, S. (2014). De la construction à la légitimation d'une nouvelle fonction du social : Les coordinateurs de réussite éducative à Toulouse. *Formation emploi* [En ligne], 125(1), 69-88. Consulté sur : <http://journals.openedition.org/formationemploi/4132>.
- Gouju, J., Vermersch, P. et Bouthier, D. (2003). Objectivation des actions athlétiques par entretien d'explicitation. Etude de cas. *Staps*, 62(3), 59-73. doi:10.3917/sta.062.0059.
- Granjon F., Nikolski V. et Pharabod A-S., 2011. Métriques de soi et self tracking : une nouvelle culture de soi à l'ère du numérique et de la modernité réflexive ? *Recherches en communication*, 36, 13-26.
- Grassler, M., Knobé, S. et Gasparini, W. (2019). Les parcours de prévention par le sport de l'obésité chez les enfants d'un quartier populaire strasbourgeois : transmissions familiales et rapports à l'activité physique. *Movement & Sport Sciences*, 103 (1), 75-88. doi:10.1051/sm/2019002.
- Grenier, C., (2006). Apprentissage de la coordination entre acteurs professionnels. Le cas d'un réseau de santé. *Gérer et comprendre*, 83, 25-35.
- Grossetti, M. (2004). *Sociologie de l'imprévisible. Dynamique de l'activité et des formes sociales*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Guirimand, N. (2015). De la "pédagogisation" des soins des malades chroniques aux dispositifs d'éducation thérapeutique. *Le Télémaque*, 47(1), 59-70. doi:10.3917/tele.047.0059.
- Gusfield, J-R. (2009). [1^{ère} édition 1980]. *The culture of public problems: drinking-driving and the symbolic order*. Chicago, USA: University of Chicago Press.
- Haas, P. (1992). Introduction: Epistemic communities and international policy coordination. *International Organization*, 46(1), 1-35. doi :10.1017/S0020818300001442.
- Hall, P. (1993). Policy paradigms, social learning and the state : The Case of Economic Policymaking in Britain. *Comparative Politics*, 25(3), 275-296. doi:10.2307/422246.
- Hall, S., Critcher, C., Jefferson, T., Clarke, J. et Roberts, B. (1978). *Policing the Crisis Mugging, the State and Law and Order*. London : The Macmillan Press.
- Halpern, C. (2011). L'Union européenne, vecteur d'innovation instrumentale? Les logiques d'instrumentation de la politique française de l'environnement (1971-2006). *Politique européenne*, 33(1), 89-117. doi:10.3917/poeu.033.0089.

- Halpern, C. et Le Galès, P. (2011). Pas d'action publique autonome sans instruments propres. *Revue française de science politique*, 61(1), 51-78. doi:10.3917/rfsp.611.0051.
- Halpern, C., Lascoumes, P. et Le Galès, P. (dirs.). (2014). *L'instrumentation de l'action publique. Controverses, résistance, effets*. [Kindle]. Paris : Les Presses de Sciences Po.
- Haschar-Noé, N., Basson, J-C., Malric, L., Merlaud, F., Rolland, C. et Julhe, S. (2010). *Activité physique, nutrition et santé : La mise en oeuvre du Programme National Nutrition Santé en Midi-Pyrénées*. Rapport de recherche à destination du Conseil Régional Midi-Pyrénées, Toulouse.
- Hassenteufel, P. (2008). *Sociologie politique : l'action publique*. Paris : Armand Colin.
- Hébert, R., Durand, P-J., Dubuc, N., Tourigny, A. et PRISMA Group (2003). PRISMA: a new model of integrated service delivery for the frail older people in Canada. *International journal of integrated care*, 3(08). doi:10.5334/ijic.73.
- Hénaff-Pineau, P. (2014). Le médecin généraliste, promoteur d'activités physiques et sportives pour les personnes âgées ? *Retraite et Société*, 67, 131-55. Consulté sur : <https://www.cairn.info/revue-retraite-et-societe1-2014-1-page-131.htm>
- Henry, E. (2009). Rapports de force et espaces de circulation de discours: Les logiques des redéfinitions du problème de l'amiante. In C. Gilbert et E. Henry (dirs.), *Comment se construisent les problèmes de santé publique* (p. 155-174). Paris: La Découverte.
- Herzlich, C. (1969). *Santé et maladie*. Paris : Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en sciences Sociales.
- Herzlich, C. et Pierret, J. (1984). *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui. De la mort collective au devoir de guérison*. Paris : Payot.
- Herzlich, G., Bungener, M., Paicheler, G., Roussin, P. et Zuber, M-C. (1993). *Cinquante ans d'exercice de la médecine en France. Carrières et pratiques des médecins français. 1930-1980*. Paris : Droin Inserm.
- Hirschman, A-O. (1970). *Exit, Voice and Loyalty*. Cambridge, MA : Harvard.
- Holton, G. (1981). *L'imagination scientifique*. Paris : Gallimard.
- Honta, M. (2016). The State and management of partnership arrangements in France: an analysis of the implementation of the 'Sport, Health and Well-being' plan.

- International journal of sport policy and politics*, 8(4), 577-591.
doi :10.1080/19406940.2016.1189954
- Honta, M. et Haschar-Noe, N. (2011). Les politiques préventives de santé publique à l'épreuve de la territorialisation : l'introuvable gouvernance régionale du Programme national nutrition santé en Aquitaine. *Sciences Sociales et Santé*, 29(4), 33-62.
doi:10.3917/sss.294.0033.
- Honta, M. et Illivi, F. (2017). L'accès de tous à la pratique sportive: l'État local en action. *Revue française d'administration publique*, 164(4), 873-886.
doi:10.3917/rfap.164.0873.
- Honta, M. et Illivi, F. (2019). Le prix de l'innovation: capacités des opérateurs et réception des programmes de lutte contre la sédentarité. *Innovations*, 60(3), 201-222.
doi:10.3917/inno.pr2.0068.
- Hood C., (2007). Intellectual Obsolescence and intellectual Makeovers : Reflections on the Tools of government after Two Decades. *Governance, an international journal of policy, administration and institutions* 20(1), 127-144. doi: 10.1111/j.1468-0491.2007.00347.x.
- Hood, C. (1986). *The Tools of Government*. Chatham, NJ: Chatham House.
- Illivi, F. (2018). *Genèse et mise en œuvre du plan « sport, santé, bien-être » : acteurs, savoirs, territoires et instruments. Une sociologie de l'Etat en recomposition. Le cas de la région Nouvelle-Aquitaine*. [Thèse de doctorat de l'Université de Bordeaux].
- Illivi, F. et Honta, M. (2019). L'instrumentation de la lutte contre les inégalités d'accès à l'activité physique. Un gouvernement des conduites par la qualité. *Revue française des affaires sociales*, 3, 169-188. doi:10.3917/rfas.193.0169.
- Jany-Catrice, F. (2012). *La performance totale : nouvel esprit du capitalisme ?* [openEdition]. Villeneuve d'Ascq : Presses Universitaires du Septentrion. Consulté sur <https://books.openedition.org/septentrion/9157>
- Jobert, B. (1985). Les politiques sociales et sanitaires. In M. Gravitz et J. Leca (dirs.), *Traité de science politique. Tome IV* (p. 301-342). Paris : Presses Universitaires de France.
- Jobert, B. (1992). Représentations sociales, controverses et débats dans la conduites des politiques publiques. *Revue française de sciences politiques*, 42(2), 219-234.

- Jobert, B. et Muller, P. (1987). *L'État en action: Politiques publiques et corporatismes*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Joly, P-B. (2012). La fabrique de l'expertise scientifique: contribution des STS. *Hermès, La Revue*, (3), 22-28. Consulté sur : <https://www.cairn.info/revue-hermes-la-revue-2012-3-page-22.htm>
- Joncheray, H. et Le Hénaff, Y. (2017). *Monde du sport, monde de la santé : quelle relations, quels croisement ?* Colloque 16, 17 novembre 2017. Université Paris Descartes, Université de Rouen, Association Française de Sociologie (AFS). Paris, France.
- Jorgensen, T., Nordentoft, M. et Krogh, J. (2012). How do general practitioners in Denmark promote physical activity ? *Scand J Prim Health Care*, 30 (3), 141-146. doi : 10.3109/02813432.2012.688710.
- Kingdon, J. (1984). *Agendas, Alternatives and Public Policies*. New York : Harper Collins Publishers.
- Klein, A. (2008). La santé comme norme de soin. *Philosophia Scientiæ* [En ligne]. Consulté sur : <http://journals.openedition.org/philosophiascientiae/127>
- Klein, A. (2010). « Les sensations de santé ». Pour une philosophie des pratiques corporelles du sujet de santé. In A. Klein (dir.), *Les sensations de santé* (p. 15-48). Nancy : Presse Universitaire de Nancy.
- Klein, A. (2011). De l'éducation du corps à l'éducation au corps : genèse et critique de l'éducation en santé. *Carrefours de l'éducation*, 32(2), 31-47. doi:10.3917/cdle.032.0031.
- Knobé, S. (sous presse). Des patient·e·s face aux actions de promotion de la santé par les activités physiques : pluralité des formes de réception. *Corps*, Paris : CNRS.
- Kodner, D-L. et Kyriacou, C-K. (2000). Fully integrated care for frail elderly: two American models. *International journal of integrated care*, 1, e08. doi:10.5334/ijic.11.
- Lamour, J-F. et Sérandour, H. (2002). *Les actes des Etats généraux du sport*. Paris : CNOSF
- Langlois, J. (2017). *Activité physique, sédentarité, inégalités sociales, surpoids et obésité à l'adolescence : contribution de PRALIMAP et PRALIMAP-INÈS, recherches interventionnelles en milieu scolaire*. [Thèse de doctorat de l'Université de Lorraine]. Consulté sur : <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01876631/document>

- Lascoumes, P. (2007). La Gouvernamentalité : de la critique de l'État aux technologies du pouvoir. *Le Portique* [En ligne], 13-14. Consulté sur : <http://leportique.revues.org/625>
- Latour, B. (2005). [1ère édition 1989]. *La science en action*. Paris, La Découverte.
- Laureyns, F. (2011). Lettre à la rédaction. *Hegel*, 1(2), 77-81.
- Lazarus, J. (2016). Gouverner les conduites économiques par l'éducation financière: L'ascension de la financial literacy. In S. Dubuisson-Quellier (dir.), *Gouverner les conduites* (p. 93-126). [Kindle]. Paris: Presses de Sciences Po.
- Le Bihan, G., et Collinet, C. (2016). Les activités physiques au coeur de l'actualité en santé. *Santé Publique*, HS (1), 9 - 11. doi:10.3917/spub.160.0009.
- Le Blanc, G. (2002). *La vie humaine. Anthropologie et biologie chez Georges Canguilhem*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Le Bourhis, J. et Lascoumes, P. (2014). En guise de conclusion. Les résistances aux instruments de gouvernement: Essai d'inventaire et de typologie des pratiques. In C. Halpern, P. Lascoumes et P. Le Galès (dirs.), *L'instrumentation de l'action publique: Controverses, résistance, effets*. [Kindle]. Paris: Presses de Sciences Po.
- Le Guen, J-M. (2005). *Obésité, le nouveau mal français*. Paris : Armand Colin.
- Lebecq, P-A., Morales, Y., Saint-Martin J. et Travailot, Y. (2013). *L'exercice et la santé : identité de la gymnastique volontaire en France depuis 1954*. [Kindle]. Consulté sur <https://www.amazon.com/Lexercice-Identit%C3%A9-Gymnastique-Volontaire-Studies-ebook/dp/B00HFI9WJK>
- Leclerc, O. (2015). Lanceur d'alerte. In E. Henry (dir.), *Dictionnaire critique de l'expertise* (p. 194-202). Paris : Presses de Sciences Po.
- Lecorps, P. (2004). Éducation du patient: penser le patient comme «sujet» éduicable?. *Pédagogie médicale*, 5(2), 82-86.
- Lefèbre, T. (2009). Le médecin prescripteur d'images. *Sociétés et représentations*, 28, 2009.
- Lefèbre, B. (2010). *La construction d'un nouveau territoire professionnel en activité physique dans les réseaux de prévention et de prise en charge de l'obésité en pédiatrie (reppop)*. [Thèse de doctorat de l' Université de Lyon 1]. Consulté sur : <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00703966/document>

- Lefèbvre, B. (2011). L'émergence d'un nouveau territoire professionnel de l'activité physique adaptée et santé (APA-S-) dans les Réppop : quels enjeux pour la formation universitaire en STAPS ? In S. Piché, E. Boutroy, B. Vignal et C. Perrin (dirs.), *La recherche en sciences sociales du sport : quelle(s) utilité(s) ?* (p. 99-111). Paris : L'Harmattan.
- Lefèbvre, B., Perrin, C. et Camy, J. (2012). L'émergence d'un nouveau territoire professionnel de l'activité physique dans le secteur sanitaire et social. Le cas des coordonnateurs en activité physique adaptée et santé dans les Réppop (réseaux de prévention et de prise en charge de l'obésité en pédiatrie). *Revue Européenne de Management du Sport*, 35, 44-57.
- Lefèvre, B. et Thiery P. (2010). Les premiers résultats de l'enquête 2010 sur les pratiques physiques et sportives en France. *Stat-Info*, 10 (01), 2010.
- Lemke, T. (2004). « Marx sans guillemets » : Foucault, la gouvernementalité et la critique du néolibéralisme. *Actuel Marx*, (36), 13-26.
- Leplège, A., Ecosse, E., Verdier, A. et Perneger, T-V. (1998). The French SF-36 Health Survey: translation, cultural adaptation and preliminary psychometric evaluation. *Journal of clinical epidemiology*, 51(11), 1013-1023. doi:10.1016/S0895-4356(98)00093-6.
- Leutz, W-N. (1999). Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom. *The Milbank Quarterly*, 77(1), 77-110. doi:10.1111/1468-0009.00125.
- Levay, C. (2010). Microphysique d'une intervention sur l'obésité, In H. Bergeron., P. Castel (dirs.), *Regards croisés sur l'obésité* (p. 101-117). Paris : Editions de santé-Presses de Sciences Po.
- Licoppe, C. (2013). Formes de la présence et circulations de l'expérience: De Jean-Jacques Rousseau au « Quantified Self ». *Réseaux*, 182(6), 21-55. doi:10.3917/res.182.0021.
- Licoppe, C., Draetta, L. et Delanoe, A. (2013). Des "Smart Grids" au "Quantified Self". Technologies réflexives et gouvernement par les traces, une étude de cas sur la consommation électrique résidentielle. *Intellectica* (59), 267-290.
- Lock, M. et Scheper-Hughes, N-A. (1996). Critical-Interpretive. Approach in Medical Anthropology: Rituals and Routines of Discipline and Dissent. In C. Sargent et Th.

- Johnson (dirs.), *Medical Anthropology. A Handbook of Theory and Method* (p. 47-72). New York : Greenwood Press.
- Lupton, D. (2016a). *The Quantified Self*. Cambridge : Polity Press.
- Lupton, D. (2016b). The diverse domains of quantified selves. Self-tracking modes and dataveillance. *Economy and Society*, 45 (1), 101-122. doi : 10.1080/03085147.2016.1143726.
- Marsault, C. (2016). Sport sur ordonnance, une mise à distance de la médecine : le dispositif strasbourgeois vu par ses éducateurs. *Santé Publique*, HS(1), 163-167. doi:10.3917/spub.160.0163.
- Marsault, C. (2017). Le sport-santé, un objet médical, social ou sportif ? Le dispositif strasbourgeois « sport-santé sur ordonnance » comme objet politique transversal. *Sci Soc Sport*, 10, 21-49. doi:10.3917/rsss.010.0021.
- Mauger, G. (2001). Les politiques d'insertion: Une contribution paradoxale à la déstabilisation du marché du travail. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 136-137(1), 5-14. doi:10.3917/arss.136.0005.
- Memmi, D. (2010). L'autoévaluation, une parenthèse ? Les hésitations de la biopolitique. *Cahiers internationaux de sociologie*, 128-129(1), 299-314. doi:10.3917/cis.128.0299.
- Merlaud, F. (2012). *La médecine de l'obésité en France. Sociologie des engagements experts dans la normalisation de la corpulence*. [Thèse de l'Université Paul Sabatier Toulouse III]. Consulté sur : <http://thesesups.ups-tlse.fr/2422/>
- Merlaud F., Terral P. et Haschar-Noé N. (2012). S'engager dans la lutte contre l'obésité et la sédentarité en France. La construction d'une expertise hybride et située par les réseaux associatifs de prévention et de soins. *Socio-logos. Revue de l'association française de sociologie*, 7. Consulté sur : <http://socio-logos.revues.org/2691>
- Merlaud, F. et Terral, P. (2013). L'activité physique pour la prévention et la prise en charge de l'obésité : une thérapeutique consensuelle dissimulant des controverses entre différentes visions du monde. In C. Collinet et P. Terral (dirs.), *Sports et controverses*. Paris : Éditions des Archives Contemporaines.
- Merlaud, F. et Terral, P. (2016). Lutte contre l'obésité par l'activité physique et fondements du consensus fragile entre experts. *Santé Publique*, HS (S1), 33-40. doi:10.3917/spub.160.0033.

- Michaud, V., Nadeau, L., Martel, D., Gagnon, J. et Godbout, P. (2012). The effect of team pentathlon on ten-to eleven-year-old childrens' engagement in physical activity. *Physical Education and Sport Pedagogy*, 17(5), 543-562. doi : 10.1080/17408989.2011.623232.
- Miller, P. et Rose, N. (2008). *Governing the present*. Malden (MA) : Cambridge Polity Press.
- Mino J-C. et Lefève C. (2016). Mieux comprendre l'expérience de l'activité physique après un cancer grâce à la philosophie de la santé. *Santé Publique*, HS (S1), 101-107. doi:10.3917/spub.160.0101.
- Moore, D. et Fraser, S. (2006). Putting at risk what we know: Reflecting on the drug-using subject in harm reduction and its political implications. *Social Science & Medicine*, 62(12), 3035-3047. doi:10.1016/j.socscimed.2005.11.067.
- Moore, P. et Robinson, A. (2016). The quantified self: What counts in the neoliberal workplace. *New media & society*, 18(11), 2774-2792. doi:10.1177/1461444815604328.
- Morales, Y. (sous presse). Action publique et injonction du "sport-santé" : Les fédérations sportives, nouvelles opératrices de santé (1980-2018). *Corps*, Paris : CNRS.
- Morales, Y., Saint-Martin, J., Travaillet, Y. et Lebecq, P-A. (2018). Les Fédérations sportives face aux défis du vieillissement (FFEPGV: 1990-2017). *Gérontologie et société*, 40(2), 51-66. doi : 10.3917/g1.156.0051.
- Morin, E. (1986). *La méthode 3 : La connaissance de la connaissance*. Paris : Broché.
- Morin, E. (1990). *Introduction à la pensée complexe*. Paris : Ed. Du Seuil.
- Moulaert, T. (2018). Les habits neufs du « vieillissement en bonne santé » : activité et environnement. *Gérontologie et société*, 40, 156(2), 19-34. doi:10.3917/g1.156.0019.
- Moussard-Philippon, L. (2013). *Le médecine généraliste et le conseil en activité physique*. [Thèse d'exercice de la Faculté de médecine de Paris Descartes]. Consulté sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01122634/document>
- Muller, P. (1990). *Les politiques publiques*. Paris : Presses Universitaires de France.

- Muller, P. (1995). Les politiques publiques comme construction d'un rapport au monde. In : A. Faure, G. Pollet et P. Warin (dirs.), *La construction du sens dans les politiques publiques. Débats autour de la notion de référentiel* (p. 153-178). Paris : L'Harmattan.
- Muller, P. (2000). L'analyse cognitive des politiques publiques: vers une sociologie politique de l'action publique. *Revue française de science politique*, 50(2), 189-207.
- Muller, P. (2010). Référentiel. In L. Boussaguet, S. Jacquot, et P. Ravinet (dirs.), *Dictionnaire des politiques publiques* (p. 555-562). Paris, France : Presses de Sciences Po.
- Musso, P. (2003). *Critique des réseaux*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Nettleton, S. (1997). Governing the risky self. How to become healthy, wealthy and wise. In A. Petersen et R. Bunton (dirs.), *Foucault, Health and Medicine* (p. 207-222). London and New York : Routledge.
- Neveu, E. (2015). *Sociologie politique des problèmes publics*. Paris : Armand Colin.
- Nguyen-Vaillant, M-F. (2010). Le carnet de surveillance dans le diabète. *Revue d'anthropologie des connaissances*, 4(2), 380-408. doi:10.3917/rac.010.0380.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2006). *Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la lutte contre l'obésité, l'alimentation et l'exercice physique pour la santé*. Istanbul, Turquie.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2018). *Plan d'action mondial pour promouvoir l'activité physique 2018-2030. Une population plus active pour un monde en meilleure santé*. Consulté sur <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/327898/WHO-NMH-PND-18.5-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Peljak, D. (2011). L'éducation thérapeutique du patient : la nécessité d'une approche globale, coordonnée et pérenne. *Santé Publique*, 23(2), 135-141. doi:10.3917/spub.112.0135.
- Peretti-Wattel, P. (2004). Du recours au paradigme épidémiologique pour l'étude des conduites à risque. *Revue française de sociologie*, 45(1), 103-132. doi:10.3917/rfs.451.0103.
- Peretti-Wattel, P. et Moatti, J-P. (2009). *Le principe de prévention. Le culte de la santé et ses dérives*. Paris : Seuil.
- Perrier, C. (2016, 5 juillet). *Vers une sociologie politique du sport-santé ? Politiques publiques de santé et reconfigurations du champ sportif en France* [communication orale]. XXème congrès de l'Association internationale des sociologues de française

- (AISLF). Montréal, Canada. Consulté sur : <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01727775/>
- Perrier, C. et Perrin, C. (2017, 3-6 juillet). *Le sport-santé, un nouvel espace à conquérir ? Analyse des conflits d'acteurs et des reconfigurations du mouvement sportif face à l'émergence du sport sur ordonnance. Sociologie des pouvoirs, pouvoirs de la sociologie* [communication orale]. 7^{ème} congrès de l'Association Française de Sociologie (AFS). Amiens, France. Consulté sur : <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01727767>
- Perrier, C. et Perrin, C. (2018). Éduquer le patient ou transformer l'action publique : Analyse socio-historique d'une association pour le développement de l'éducation thérapeutique du patient. *Sciences sociales et santé*, vol. 36(2), 5-31. doi:10.3917/sss.362.0005.
- Perrin-Heredia, A. (2016). L'accompagnement budgétaire: Un instrument ambivalent du gouvernement des conduites économiques domestiques. In S. Dubuisson-Quellier (dir.), *Gouverner les conduites* (p. 365-398). [Kindle]. Paris: Presses de Sciences Po.
- Perrin, C. (2008). *Contribution à l'étude des nouvelles dynamiques professionnelles autour de l'activité physique pour la santé*. [Note de synthèse pour l'obtention de l'habilitation à diriger des recherches de l'Université Claude Bernard Lyon 1].
- Perrin, C. (2013). Exercice du patient ou mouvement de la personne malade ? L'introduction de l'APA dans le secteur Médical confrontée à la valeur d'autonomie. In B. Andrieu (dir.), *Éthique du sport* (p. 328-339). Lausanne : L'âge d'homme.
- Perrin, C. (2016). Construction du territoire professionnel de l'enseignant en Activité Physique Adaptée dans le monde médical. *Santé Publique*, HS(1), 141-151. doi:10.3917/spub.160.0141.
- Perrin, C. (2019). Logiques et modalités d'intervention en activité physique auprès des malades chroniques : approches sociologiques. In J. Boiche, B. Fervers, D. Freyssenet, I. Gremy, T. Guiraud, et al. *Activité Physique, prévention et traitement des maladies chroniques* [Rapport de recherche] (p. 49-100). Institut national de la santé et de la recherche médicale. Paris, Inserm : Éditions EDP Sciences.
- Perrin, C. et Fodimbi, M. (2010). Activité physique adaptée et éducation du patient. *Santé Décision Management*, 13, 53-61.

- Perrin, C., Champely, S., Chantelat, P., Berthon, B. S., Mollet, E., Tabard, N. et Tschudnowsky, M. (2008). Appropriate Physical Activity and Patient Education in French Diabetes Networks. *Santé Publique*, 20(3), 213-223. doi:10.3917/spub.083.0213.
- Perrin, C., Dumas, A. et Vieille-Marchiset, G. (dirs). (sous presse). L'activité physique comme objet de santé publique : fabrique, diffusion et réception de nouvelles normes corporelles. *SociologieS*.
- Perrin, C., Ferron, C., Gueguen, R. et Deschamps, J-P. (2002). Lifestyle patterns concerning sports and physical activity, and perceptions of health. *Sozial-und Präventivmedizin*, 47(3), 162-171. doi:10.1007/BF01591888.
- Petersen, A. et Lupton, D. (1996). *The new public health. Health and self in the Age of risk*. London, Thousand Oaks, New Delhi : Sage.
- Pfaeffli, L-A. et Gibbons, S-L. (2010). Girls getting active : Exploring a physical education program tailored to young women. *Revue phénEPS/PHEnex Journal*, 2(3), 1-21.
- Pharabod, A. (2019). « Faire ses 10 000 pas », vraiment : Une enquête sur les pratiques de *self-tracking* ordinaires. *Réseaux*, 216(4), 157-187. doi:10.3917/res.216.0157.
- Pharabod, A., Nikolski, V. et Granjon, F. (2013). La mise en chiffres de soi: Une approche compréhensive des mesures personnelles. *Réseaux*, 177(1), 97-129. doi:10.3917/res.177.0097.
- Pierson, P. (2000). Increasing returns, path dependence, and the study of politics. *American political science review*, 94(2), 251-267. doi:10.2307/2586011.
- Piganiol, M. (2016). Gouverner les conduites des auto-entrepreneurs: L'action des bénévoles de l'économie sociale. In S. Dubuisson-Quellier (dir.), *Gouverner les conduites* (p. 127-156). [Kindle]. Paris: Presses de Sciences Po.
- Pomey, M., Flora, L., Karazivan, P., Dumez, V., Lebel, P., Vanier, M. et Jouet, E. (2015). Le « *Montreal model* » : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé. *Santé Publique*, HS(1), 41-50. doi:10.3917/spub.150.0041.
- Porter, T. (1995). *Trust in Numbers: The Pursuit of Objectivity in Science and Public Life*. Princeton : Princeton University Press.

- Portes, M. (1999). Nouveaux programmes d'EPS et rénovations des pratiques. *Revue EPS*, 278.
- Prévot-Ledrich, J., Van Hoye, A., Lombrail, P., Lecomte, F. et Vuillemin A. (2016). Panorama des politiques publiques françaises de promotion de l'activité physique bénéfique pour la santé. *Santé Publique*, HS (S1), 25-31. doi:10.3917/spub.160.0025.
- Prochaska, J-O. et DiClemente, C-C. 1984. *The transtheoretical approach: crossing traditional boundaries of therapy*. Homewood, IL : Dow Jones-Irwin.
- Queval, I. (2004). *S'accomplir ou se dépasser. Essai sur le sport contemporain*. Paris : Gallimard.
- Queval, I. (2008). *Le corps aujourd'hui*. Paris : Gallimard.
- Queval, I. (2011). Éducation, santé, performance, à l'ère de la perfectibilité infinie du corps. *Carrefours de l'éducation*, (2), 17-30. doi :10.3917/cdle.032.0017.
- Quidu, M. (2009). Les thémata dans la recherche en STAPS : motivations et modalités d'intervention. *Staps*, 84(2), 7-25. doi:10.3917/sta.084.0007.
- Quidu, M. (2011). *Les Sciences du sport face à la pluralité épistémique : approches analytique, normative et compréhensive à partir de l'étude des revues STAPS et Science & Motricité* [Thèse de doctorat de l'Université Nancy II]. Consulté sur : <http://docnum.univ-lorraine.fr/public/NANCY2/doc603/2011NAN21029.pdf>
- Quidu, M. (2012). Les résonances symboliques des innovations paradigmatiques contemporaines. In M. Quidu (dir.), *Les Sciences du sport en mouvement. Innovations et traditions théoriques en STAPS*. Paris : L'harmattan.
- Quidu, M. (2017). Vivre dans un monde pluriel : opportunité ou entrave à la vie bonne ? [En ligne] *Implications philosophiques*. Consulté sur : <http://www.implications-philosophiques.org/ethique-et-politique/philosophie-politique/vivre-dans-un-monde-pluriel-opportunit-e-ou-entrave-a-la-vie-bonne/>.
- Quidu, M. (sous presse). L'auto-quantification de son activité sportive altère-t-elle la qualité de l'expérience vécue ? Un scénario possible de l'abandon massif des pratiques de self-tracking. *Implications philosophiques*.
- Quidu, M. et Favier-Ambrosini, B. (2013). Du symbolisme des épistémologues : étude de cas chez Gaston Bachelard. *Sociétés*, 121(3), 29-40. doi:10.3917/soc.121.0029.

- Quidu, M., Favier-Ambrosini, B. (2014). L'articulation des données en 1ère et 3ème personnes : de la genèse d'une méthodologie originale en Sciences du sport. *Intellectica*, 62, 7–34.
- Rabinow, P. et Rose, N. (2006). Biopower today. *BioSocieties*, 1(2), 195-217. doi:10.1017/S1745855206040014.
- Radel, A. (sous presse). Cardiologie et promotion de la santé par l'activité physique : approche historique d'une contribution fondatrice (1973-1986). *Stadion*.
- Radel, A. (2012). *50 ans de campagnes d'éducation pour la santé. L'exemple de la lutte contre la sédentarité et de la promotion des modes de vie actifs (1960-2010)*. [Thèse de l'Université Paul Sabatier Toulouse III]. Consulté sur : <http://thesesups.ups-tlse.fr/1748/>
- Radel, A., et Morales, Y. (2013). Une éducation sanitaire « par corps ». Analyse de deux campagnes de lutte contre la sédentarité (1980 et 2001-2012). *Carrefours de l'éducation*, 35 (1), 217-234. Consulté sur : <http://www.revues.armand-colin.com/sciences-leducation/carrefours-leducation/carrefours-leducation-ndeg-35-12013-encadrement-educatif-vie-scolaire-xviie-siecle/education-sanitaire-corps>
- Rail, G. (2016). La violence de l'impératif du bien-être. Bio-Autres, missions de sauvetage et justice sociale. *Staps*, (2), 17-31. doi:10.3917/sta.112.0017.
- Régnier, F. (2018). Goût de liberté » et self-quantification: Perceptions et appropriations des technologies de self-tracking dans les milieux modestes. *Réseaux*, 208-209(2), 95-120. doi:10.3917/res.208.0095.
- République Française. (2002). Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. In *Journal Officiel de la République Française du 5 mars 2002* (p. 4118). Consulté sur <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015>
- République Française. (2009). Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. In *Journal Officiel de la République Française n°0167 du 22 juillet 2009* (p. 12184). Consulté sur <https://beta.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000020879475>
- République Française. (2015). Loi n° 2015-29 du 16 janvier 2015 relative à la délimitation des régions, aux élections régionales et départementales et modifiant le calendrier

- électoral. In *Journal Officiel de la République Française n°0014 du 17 janvier 2015* (p. 777). Consulté sur <https://beta.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000030109622>
- Ricoeur, P. (1990). *Soi-même comme un autre*. Paris : Seuil.
- Rieu, M. (2010). La santé par le sport : une longue histoire médicale. *La revue pour l'histoire du CNRS.*, 26, 30-35.
- Robelet, M., Serré, M. et Bourgueil, Y. (2005). La coordination dans les réseaux de santé: entre logiques gestionnaires et dynamiques professionnelles. *Revue française des affaires sociales*, (1), 231-260. doi:10.3917/rfas.051.0231.
- Romeyer, H. (2015). Le bien-être en normes : les programmes nationaux nutrition santé. *Questions de communication* [En ligne], 27. Consulté sur : <http://journals.openedition.org/questionsdecommunication/9685>. doi:10.4000/questionsdecommunication.9685.
- Rose, N. (2001). The politics of life itself. *Theory, culture & society*, 18(6), 1-30. doi:10.1177/02632760122052020.
- Rose, N. (2007). *The politics of life itself: Biomedicine, power, and subjectivities in the 21st century*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Rostan, F., Simon, C. et Ulmer, Z. (dir.). (2011). *Promouvoir l'activité physique des jeunes. Élaborer et développer un projet de type Icaps*. Saint-Denis : Inpes, coll. Santé en action.
- Roussille, B. (2002). Soixante ans d'éducation pour la santé. *La Santé de l'Homme*, 302, 14-20.
- Saint-Martin, J., Travaillet, Y., Lebecq, P-A. et Morales, Y. (2012). *L'œuvre du Dr Philippe Tissié : une croisade sociale en faveur de l'éducation physique (1888-1914)*. Bordeaux, France : Presses Universitaires de Bordeaux.
- Salais, R. (2010). Usages et mésusages de l'argument statistique: le pilotage des politiques publiques par la performance. *Revue française des affaires sociales*, (1), 129-147. doi:10.3917/rfas.101.0129.
- Sandrin –Berthon, B. (2010). Diagnostic éducatif ou bilan éducatif partagé ? *Médecine des maladies métaboliques*, 4 (1), 38-43. doi : 10.1016/S1957-2557(10)70006-7.

- Saout, C., Charbonnel, B. et Bertrand, D. (2008). *Pour une politique nationale d'éducation thérapeutique du patient*. République Française. Consulté sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_therapeutique_du_patient.pdf
- Sarrazin, P., Pelletier, L., Deci E. et Ryan R. (2011). Nourrir une motivation autonome et des conséquences positives dans différents milieux de vie : les apports de la théorie de l'autodétermination. In C. Martin-Krumm et C. Tarquinio (dir.), *Traité de psychologie positive*. De Boeck : Bruxelles, 273-312.
- Schut, P. O. et Pierre, J. (2018). Siel bleu: un modèle de développement pour la France et l'Europe?. *Gerontologie et societe*, 40(2), 67-80. doi : 10.3917/gsl.156.0067.
- Schweyer, F-X. (2005). Le travail en réseau: un consensus ambigu et un manque d'outils. *Sociologies pratiques*, (2), 89-104. doi:10.3917/sopr.011.0089.
- Schweyer, F-X., Levasseur, G. et Pawlikowska, T. (2002). *Créer et piloter un réseau de santé*. Rennes : Éditions ENSP.
- Skevington, S-M., Lotfy, M., O'Connell, K-A. et WHOQOL Group. (2004). The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. *Qual Life Res*, 13, 299–310. doi : 10.1023/B:QURE.0000018486.91360.00.
- SNSS, Stratégie Nationale Sport-Santé 2019-2024. (2019). Ministère des solidarités et de la santé et Ministère des sports. Consulté sur http://www.sports.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_snss_2019-2024_cs6_v5.pdf
- Soler, L. (2000). *Introduction à l'épistémologie*. Paris, Ellipses.
- Soler, L. (2014). Pluralité des paradigmes et dimensions de l'incommensurabilité en physique. In : M. Quidu (dir.), *Innovations théoriques en STAPS et implications pratiques en EPS : les Sciences du sport en mouvement* (p. 335-374). Paris : L'Harmattan.
- Sorensen, J., Sorensen, J-B., Skovgaard, T., Bredahl, T. et Puggaard, L. (2011). Exercise on prescription: changes in physical activity and health-related quality of life in five Danish programmes. *Eur J Public Health*, 21, 56-62. doi :10.1093/eurpub/ckq003.
- Soulet, M.-H. (2007). L'individualisation des politiques sociales : une réponse à l'exclusion ? In F. Cantelli et J-L. Genard (dirs.), *Action publique et subjectivité* (p. 169-179). Droit et société, 46, Paris : Librairie Générale de Droit et de Jurisprudence.

- Souyris-Rolland, A. (1986). *Guide du cœur et de l'effort physique*. 2^e édition. Paris : Fédération Française de cardiologie.
- Star, S. (2010). Ceci n'est pas un objet-frontière : Réflexions sur l'origine d'un concept. *Revue d'anthropologie des connaissances*, vol 4, 1(1), 18-35. doi:10.3917/rac.009.0018.
- Strauss, A. (1992). *La trame de la négociation, sociologie qualitative et interactionnisme*. Paris : L'Harmattan.
- Surel, Y. (1995). Les politiques publiques comme paradigmes. In : A. Faure, G. Pollet et P. Warin (dirs.), *La construction du sens dans les politiques publiques. Débats autour de la notion de référentiel* (p. 125-149). Paris : L'Harmattan.
- Surel, Y. (2000). Comparer des sentiers institutionnels: la réforme des banques centrales au sein de l'Union européenne. *Revue internationale de politique comparée*, 7(1), 135-166.
- Swinburn, B-A., Walter, L-G., Arroll, B., Tilyard, M-W. et Russell D-G. (1997). Green prescriptions: attitudes and perceptions of general practitioners towards prescribing exercise. *Br J Gen Pract*, 47(422), 567-569.
- Swinburn, B-A., Walter, L-G., Arroll, B., Tilyard, M-W. et Russell, DG. (1998). The green prescription study: a randomized controlled trial of written exercise advice provided by general practitioners. *Am J Public Health*, 88, 288-91.
- Terret, T. et Perrin, C. (2007). Activité physique et diabète en France: du rejet de la pratique à l'éducation du patient. *Stadion*, 33(2), 185-206.
- Tesh, S. (1988). *Hidden arguments : political ideology and disease prevention policy*. New Brunswick, NJ : Rutgers University Press.
- Thanem, T. (2009). 'There's no limit to how much you can consume': the New Public Health and the struggle to manage healthy bodies. *Culture and organization*, 15(1), 59-74. doi:10.1080/14759550802709558.
- Thévenot, L. (1990). L'action qui convient. In P. Pharo et L. Quéré (dirs.), *Les formes de l'action* (p.39-69). Paris : EHESS.
- Thomas, J., Duval, E., Perera, É., et Ferez, S. (2014). La perception de l'activité physique comme mode de prise de charge du VIH: effets de la visibilité du corps sur les

- stratégies de gestion d'une «maladie chronique». *Movement & Sport Sciences-Science & Motricité*, (84), 99-110. doi:10.1051/sm/2013081.
- Timan, T. et Albrechstlund, A. (2018). Surveillance, Self, and Smartphones: Tracking Practices in the Nightlife. *Science and Engineering Ethics*, 24 (3), 853-870. doi :10.1007/s11948-015-9691-8.
- Tourette-Turgis, C. et Thievenaz, J. (2014). L'éducation thérapeutique du patient : champ de pratique et champ de recherche. *Savoirs*, 35(2), 9-48. doi:10.3917/savo.035.0009.
- Trespéuch, M. (2016). Gagner moins pour rejouer moins : Les ressorts du gouvernement des conduites de jeux d'argent. In S. Dubuisson-Quellier (dir.), *Gouverner les conduites* (p. 263-298). [Kindle]. Paris: Presses de Sciences Po.
- Trompette, P. et Vinck, D. (2009). Retour sur la notion d'objet-frontière. *Revue d'anthropologie des connaissances*, vol. 3, 1(1), 5-27. doi:10.3917/rac.006.0005.
- Trompette, P. et Vinck, D. (2010). Retour sur la notion d'objet-frontière (2): Fécondité de la notion dans l'analyse écologique des objets innovants. *Revue d'anthropologie des connaissances*, vol 4, 1(1), 11-15. doi:10.3917/rac.009.0011.
- Trouvé, H., Couturier, Y., Saint-Jean, O. et Somme, D. (2010). L'organisation en réseau dans le champ gérontologique: à la recherche d'un nouveau mode de gouvernance? *Géographie, économie, société*, 12(1), 31-52. Consulté sur : <https://www.cairn.info/revue-geographie-economie-societe-2010-1-page-31.htm>
- Tulle, E. (2018). Une nouvelle forme de vie? Reconstruire le corps vieillissant par l'activité physique. *Gérontologie et société*, 40(2), 95-110. doi:10.3917/g1.156.0095.
- Veatch, R-M. (1987). *The Patient as Partner, A Theory of Human Experimentation Ethics*. Indiana : University Press.
- Vermersch, P. (2010). Les points de vue en première, seconde et troisième personne dans les trois étapes d'une recherche : conception, réalisation, analyse. *Expliciter*, 85, 19–32.
- Viaud, B. (2009). *Panser les deux mondes, Médecines et sports, entre principe hippocratiques et performances*. [Thèse de doctorat, Université de Nantes]. Consulté sur : <https://halshs.archives-ouvertes.fr/tel-01336963>
- Vieille Marchiset, G. (2019). *La conversion des corps. Bouger pour être sain*. Paris : L'Harmattan, Logiques sociales.

- Vieille Marchiset, G., et Gasparini, W. (2010). Les loisirs sportifs dans les quartiers populaires : modalités de pratique et rapports au corps. *Staps*, 87(1), 2010, 93-107. doi:10.3917/sta.087.0093.
- Vieille Marchiset, G., Knobé, S., Didierjean, R., Aceti, M., Digennaro, S. et Grimminger E. (2014). Corps en mouvement, corps en santé. Regard socio-anthropologique sur des enfants des quartiers pauvres en Europe. *Revue de l'Observatoire*, 80, 9-13.
- Vigarello, G. (2014). *Le sentiment de soi. Histoire de la perception du corps*. Seuil : Paris.
- Vuillemin, A. (2014). Chapitre 3. L'activité physique pour préserver la santé. In : G-N. Fischer (dir.), *Psychologie de la santé : applications et interventions* (p. 57-81). Paris: Dunod. doi:10.3917/dunod.fisch.2014.01.0057.
- Wade J-E. et Sherbourne C-D., 1992. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). *Medical Care*, 30: 473-483.
- Walger, O. (2013). Self-management education, éducation du patient et chronic disease management: une réflexion sur les termes employés en Suisse. *Education Thérapeutique du Patient-Therapeutic Patient Education*, 5(2), 401-408.
- Warin, P. (2007). La subjectivité au cœur du changement de modèle de protection sociale. In F. Cantelli. Et J.-L. Genard (dirs.), *Action publique et subjectivité* (p. 65-76). Droit et société, 46, Paris : Librairie Générale de Droit et de Jurisprudence.
- Wenger, E. (2000). Communities of Practice and Social Learning Systems. *Organization*, 7(2), 225-246.
- Winance, M. (2001). *Thèse et prothèse : le processus d'habilitation comme fabrication de la personne. L'Association Française contre les Myopathies face au handicap*. [Thèse de doctorat de l'École des Mines de Paris]. Consulté sur : <https://pastel.archives-ouvertes.fr/tel-00089008/document>
- Winance, M. (2003). La double expérience des personnes atteintes d'une maladie neuromusculaire rétraction et extension. *Sciences sociales et santé*, 21(2), 5-31. doi:10.3406/sosan.2003.1583.
- Yonnet, P. (1985). *Jeux, modes et masses, 1945-1985*. Paris : Gallimard.

Zittoun, P. (2013). Entre définition et propagation des énoncés de solution: L'influence du discours en « action » dans le changement d'une politique publique. *Revue française de science politique*, vol.63(3), 625-646. doi:10.3917/rfsp.633.0625.

Zittoun, P. (2017). La fabrique pragmatique des politiques publiques. *Anthropologie & développement* [En ligne], 45. <http://journals.openedition.org/anthropodev/543> doi:10.4000/anthropodev.543.

Sites web

Association Biarritz. *Côte Basque Sport-Santé. Sport sur ordonnance*. Adresse URL : <https://www.cotebasquesportsante.fr/>

Centre Presse. *Colloque sport santé : le champion du monde Stéphane Diagana jeudi à Nieuil l'Espoir*. Adresse URL : <https://www.centre-presse.fr/dma-4932-colloque-sport-sante-le-champion-du-monde-stephane-diagana-jeudi-a-nieuil-l-espoir.html>

Comité Départemental d'Education pour la Santé (CODES) du Gard. *La revue « La santé de l'homme » change de nom et devient « la Santé en action »*. Adresse URL : http://www.codes30.org/actualites/actualite_detail.php?ref=172&titre=la-revue-la-sante-de-l-homme-change-de-nom-et-devient-la-sante-en-action

Fédération Française d'Athlétisme (FFA). *Coachs athlé-santé*. Adresse URL : <https://www.athle.fr/asp.net/main.html/html.aspx?htmlid=2806>

Hôpitaux Universitaires de Genève. *Programme éducation thérapeutique du patient*. Adresse URL : <https://www.hug-ge.ch/programme-education-therapeutique-du-patient>

Le Comité national olympique et sportif français (CNOSF). *MÉDICOSPORT-SANTÉ*©. Adresse URL : <https://www.vidal.fr/infos-sport-medicosport-sante/>

Ministère chargé de la Santé., Santé publique France et Programme National Nutrition Santé. *Un plan pour améliorer l'état de santé de la population*. Adresse URL : <https://www.mangerbouger.fr/PNNS>

Observatoire Nationale de l'Activité Physique et de la Sédentarité (ONAPS). (2016). *Colloque 2016. La sédentarité dans tous ses états*. Adresse URL : <http://www.onaps.fr/colloques/colloque-2016-la-sedentarite-dans-tous-ses-etats/>

Réseau Sport-Santé de Bourgogne Franche-Comté. Adresse URL : <http://rssfc.jeunes-fc.com/>

Société Française de sport santé (SF2S). Adresse URL : <https://www.sfsportsante.com/edito>

Sud-Ouest (4 novembre 2015), *Sport sur ordonnance en Poitou-Charentes : une "fièvre électorale" pour les médecins libéraux*. Consulté sur <https://www.sudouest.fr/2015/11/04/sport-sur-ordonnance-en-poitou-charentes-les-medecins-liberaux-diagnostiquent-une-fievre-electorale-2175432-882.php>

Sud-Ouest (5 novembre 2015). *Sport sur ordonnance : les trois zones de test dans la région*. Consulté sur : <https://www.sudouest.fr/2015/11/05/des-medecins-froisses-par-le-sport-sur-ordonnance-2176141-1531.php>

Syndicat National des Masseurs Kinésithérapeutes Rééducateurs (SNMKR). *Revue Kinepointpresse*. Association de Presse et d'Édition en Kinésithérapie (APEK). Adresse URL : <http://kinepointpresse.fr/>

Ville de Strasbourg. *Sport santé sur ordonnance à Strasbourg*. Adresse URL : <https://www.strasbourg.eu/sport-sante-sur-ordonnance-strasbourg>

ANNEXES

Annexe I : corpus « occasionnel-provoqué » d'études scientifiques traitant de relation APS-santé citées dans le texte

Cette annexe recense les études scientifiques « exemplars » (Soler, 2014) de notre corpus, travaillant les liens entre APS et santé citées dans le texte

- Biddle, S-J., Gorely, T., Marshall, S-J., Murdey, I. et Cameron, N. (2004). Physical activity and sedentary behaviours in youth: issues and controversies. *The journal of the Royal Society for the Promotion of Health*, 124(1), 29-33. doi : 10.1177/146642400312400110.
- Bouchard, C., Depres, J-P. et Tremblay, A. (1993). Exercise and obesity. *Obesity research*, 1(2), 133-147. doi :10.1002/j.1550-8528.1993.tb00603.x.
- Breslow, L. et Buell, P. (1960). Mortality from coronary heart disease and physical activity of work in California. *Journal of chronic diseases*, 11 (3-4), 421-444. doi.org/10.1016/0021-9681(60)90047-3.
- Broustet, J-P. (1973). *La Réadaptation des coronariens*. Tour : Sandoz éditions.
- Broustet, J-P., Dubecq, M., Bouloumie, J. et Baron, P. (1973). Réhabilitation des coronariens: programme de mobilisation à la phase aiguë. *Schweiz. Med. Wschr*, 103(2), 57-63.
- Brown, R-G., Davidson, L-A-G., McKeown, T. et Whitfield, A-G-W. (1957). Coronary-artery disease: influences affecting its incidence in males in the seventh decade. *The Lancet*, 270 (7005), 1073-1077. doi : 10.1016/S0140-6736(57)90113-7.
- Chapman, J-M., Goerke, L-S., Dixon, W., Loveland, D-B. et Phillips, E. (1957). Measuring the risk of coronary heart disease in adult population groups: IV. The clinical status of a population group in Los Angeles under observation for two to three years. *American Journal of Public Health and the Nations Health*, 47(4), 33-42
- Dawber, T-B., Kannel, W-B. et Mc Namara, P-M. (1964). The prediction of coronary heart disease. *Trans Assoc Life Insur Med Dir Am*, 47 (70), 70-105.
- Diaz, R. (1973). Résultats pratique de l'entraînement physique à l'âge avancé. *Actua*, 82(5), 94-98.

- Dietz, W-H. et Gortmaker, S-L. (1985). Do we fatten our children at the television set? Obesity and television viewing in children and adolescents. *Pediatrics*, 75(5), 807-812.
- Ducimetière, P., Richard, J-L., Claude, J-R. et Warnet, J-M. (1981). Les cardiopathies ischémiques: incidence et facteurs de risque. In *L'Etude Prospective Parisienne* (p. 9-21). Paris : Editions INSERM.
- Grilo, C-M. (1994). Physical activity and obesity. *Biomedicine & pharmacotherapy*, 48(3-4), 127-136. doi : 10.1016/0753-3322(94)90101-5.
- Jans, M-P., Proper, K-I. et Hildebrandt, V-H. (2007). Sedentary behavior in Dutch workers: differences between occupations and business sectors. *American journal of preventive medicine*, 33(6), 450-454. doi: 10.1016/j.amepre.2007.07.033.
- Jette, M., Sidney, K. et Blümchen, G. (1990). Metabolic equivalents (METs) in exercise testing, exercise prescription, and evaluation of functional capacity. *Clinical cardiology*, 13(8), 555-565. doi: 10.1002/clc.4960130809.
- Karvonen, M-J, Kentala, E. et Mustala, O. (1957). The effects of training on heart rate, a longitudinal study. *Acta Medica Exp Fenn*, 35: 308–315.
- Katz, L-N. (1967). Physical Fitness and Coronary Heart Disease Some Basic Views. *Circulation*, 35(2), 405-414. doi : 10.1161/01.CIR.35.2.405
- Keys, A. (1970). Coronary heart disease in seven countries. *Circulation*, 41(1), 186-195.
- Kilbom, A., Hartley, L-H., Saltin, B., Bjure, J., Grimby, G. et Astrand I. Physical training in sedentary middle-aged and older men. I. Medical evaluation.. *Scand J Clin Lab Invest*. 1969 ; 24(4) : 315-44. doi : 10.3109/00365516909080168.
- Latino-Martel, P., Cottet, V., Druésne-Pecollo, N., Pierre, F-H., Touillaud, M., Touvier, M. *et al.* (2016). Alcoholic beverages, obesity, physical activity and other nutritional factors, and cancer risk: a review of the evidence. *Critical reviews in oncology/hematology*, 99, 308-323. doi : 10.1016/j.critrevonc.2016.01.002.
- Longueville, L., Melon J-M., Wintrebert, H. et Hennape, F. (1965). *Le Vieillissement et le sport*. Paris : Groupe d'étude du troisième âge sportif.

- Morris, J-N., Heady, J-A., Raffle, P-A-B., Roberts, C-G. et Parks, J-W. (1953). Coronary heart-disease and physical activity of work. *The Lancet*, 262 (6796), 1111-1120. doi :10.1016/S0140-6736(53)91495-0.
- Owen, N., Healy, G-N., Matthews, C-E. et Dunstan, D-W. (2010). The population health science of sedentary behavior: too much sitting. *Exerc Sport Sci Rev*, 38(3), 105-13. doi: 10.1097/JES.0b013e3181e373a2.
- Owen, N., Leslie, E., Salmon, J. et Fotheringham, M-J. (2000). Environmental determinants of physical activity and sedentary behavior. *Exerc Sport Sci Rev*, 28(4), 153-158.
- Pate, R-R., O'Neill, J-R. et Lobelo, F. (2008). The evolving definition of " sedentary". *Exercise and sport sciences reviews*, 36(4), 173-178. doi: 10.1097/JES.0b013e3181877d1a.
- Plas, F. (1972). *Guide de cardiologie du sport*. Paris : Besins-Iscovesco.
- Ravussin, E., Lillioja, S., Anderson, T-E., Christin, L. et Bogardus, C. (1986). Determinants of 24-hour energy expenditure in man. Methods and results using a respiratory chamber. *The Journal of clinical investigation*, 78(6), 1568-1578. doi :10.1172/JCI112749.
- Romieu, I., Willett, W-C., Stampfer, M-J., Colditz, G-A., Sampson, L., Rosner, B. et Speizer, F-E. (1988). Energy intake and other determinants of relative weight. *The American journal of clinical nutrition*, 47(3), 406-412. doi : 10.1093/ajcn/47.3.406.
- Rook, A. (1954). An investigation into the longevity of Cambridge sportsmen. *British medical journal*, 1 (4865), 773-777
- Sallis, J-F., McKenzie, T-L., Alcaraz, J-E., Kolody, B., Faucette, N. et Hovell, M-F. (1997). The effects of a 2-year physical education program (SPARK) on physical activity and fitness in elementary school students. *Sports, Play and Active Recreation for Kids. American journal of public health*, 87(8), 1328-1334. doi : 10.2105/AJPH.87.8.1328.
- Saltin, B., et Grimby, G. (1968). Physiological analysis of middle-aged and old former athletes: comparison with still active athletes of the same ages. *Circulation*, 38(6), 1104-1115. doi : 10.1161/01.CIR.38.6.1104.
- Saltin, B., Blomqvist, G., Mitchell, J-H., Johnson, R., Wildenthal, K., Chapman, C-B. *et al.* (1968). Response to submaximal and maximal exercise after bedrest and training. A longitudinal study of adaptive changes in oxygen transport and body composition. *Circulation*, 38(5S7), 1-78. doi: 10.1161/01.CIR.38.5S7.VII-1

- Talbot, P. (1973). Essai de classification des sports selon le degré de retentissement cardiaque. *Médecine du Sport*, 47 (3), 1973.
- Thorp, A-A., Owen, N., Neuhaus, M. et Dunstan, D-W. (2011). Sedentary behaviors and subsequent health outcomes in adults: a systematic review of longitudinal studies, 1996–2011. *American journal of preventive medicine*, 41(2), 207-215. doi :10.1016/j.amepre.2011.05.004
- Tremblay, M-S., Aubert, S., Barnes, J-D. *et al.* (2017). Sedentary Behavior Research Network (SBRN) – Terminology Consensus Project process and outcome. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 75. doi : 10.1186/s12966-017-0525-8
- Varnauskas, E., Bergman, H., Houk, P., & Björntorp, P. (1966). Haemodynamic effects of physical training in coronary patients. *The Lancet*, 288(7453), 8-12. doi :10.1016/S0140-6736(66)91743-0
- Waxman, M. et Stunkard, A-J. (1980). Caloric intake and expenditure of obese boys. *The Journal of pediatrics*, 96(2), 187-193. doi : 10.1016/S0022-3476(80)80800-6.

Annexe II : corpus systématique des articles issus de la revue *La santé de l'Homme*.

Cette annexe présente les articles issus de la revue *La santé de l'Homme* traitant de manière principale ou secondaire des liens entre APS et santé entre 1960 et 2000. Certains articles n'étaient pas signés, dans ces cas-là, nous avons inscrit comme auteur « La Santé de l'Homme ». Parfois, les articles ne donnaient pas accès aux prénoms des auteurs, si bien que seul le nom de famille est noté. Les références des articles cités dans le texte concernant ce corpus sont recensées dans cette section.

Apfelbaum, M., Darius, A. et Revailaud, F. (1978). Apports et besoins nutritionnels. *La santé de l'Homme*, 216, 20-24.

Albanel, S. (1981a). Le sport et la santé. *La Santé de l'Homme*, 234, 8-11.

Albanel, S. (1981b). Les femmes et les enfants. *La Santé de l'Homme*, 234, 12.

Albanel, S. (1982). Les rhinopharyngites à répétition. *La Santé de l'Homme*, 241, 23-24.

Albaret, V. (1987). Tennis : bobos à éviter. *La Santé de l'Homme*, 270, 28.

Andrivet. (1966). Le Contrôle médical des activités sportives. *La Santé de l'Homme*, 142, 6-9.

Arène, J. (1997). Évolution de quelques comportements de santé suivant l'âge. Résultats du dernier baromètre Santé Adulte 95/96. *La Santé de l'Homme*, 328.

Arnold-Richez F. (1983). Gestes et postures. *La Santé de l'Homme*, 247.

Arnold-Richez, F. (1982). La piscine à 6 mois. *La Santé de l'Homme*, 240, 34-36.

Arnold-Richez, F. (1984). Les maladies cardiovasculaires. *La Santé de l'Homme*, 249, 8-12.

Arnold-Richez, F. (1986). Les cœurs de lion. *La Santé de l'Homme*, 264, 33-34.

Arnold-Richez, F. (1989a). Enquête : La vie n'est pas un long fleuve tranquille. Les nouvelles frontières du corps. *La Santé de l'Homme*, 284, 34-38.

Arnold-Richez, F. (1989b). Pour un bon usage du médicament. *La Santé de l'Homme*, 284, 19-27.

Arwidson, P. (1998). S'appuyer sur la recherche pour concevoir des actions de prévention. *La Santé de l'Homme*, 334, 23-24.

- Arwidson, P. et Guilbert, P. (1997). Efficacité de la prévention du mal de dos : que disent les articles scientifiques ?. *La Santé de l'Homme*, 331.
- Audier, M. et Benne, J-G. (1972). La psychologie du cardiaque. *La Santé de l'Homme*, 178, 10-11.
- Aujoulat, L-P. (1964). Éditorial. *La Santé de l'Homme*, 133, 1-2
- Aujoulat, L-P. (1962a). La place de l'Éducation Sanitaire de la population dans la médecine préventive et la médecine curative. *La Santé de l'Homme*, 128, 10-14.
- Aujoulat, L-P. (1962b). Les nouveaux horizons de l'Education Sanitaire. *La Santé de l'Homme*, 128, 4-9.
- Aujoulat, L-P. (1965). Editorial : La faim, la soif, et les jeux olympiques. *La Santé de l'Homme*, 136, (1-2)
- Aujoulat, L-P. (1972). Le cœur au cœur de la santé. *La Santé de l'Homme*, 178, 2-9.
- Azémar, G. (1973). Principes d'adaptation de l'Education Physique et Sportive aux divers handicaps. *La Santé de l'Homme*, 183, 15-21.
- Azemar, J. (1973). Situations et action motrice à l'école maternelle. *La Santé de l'Homme*, 183, 15-21.
- Baches. (1960). La réadaptation fonctionnelle en milieu Thermal. *La Santé de l'Homme*, 117, 21.
- Beauchant. (1960). Quelles sont les causes favorisant la tuberculose. *La Santé de l'Homme*, 113, 36.
- Bequette, F. (1982). Troisième âge : la qualité du futur. *La Santé de l'Homme*, 238, 12-14.
- Bertaux, P. (1973). Les états grabataires et leur prévention. *La Santé de l'Homme*, 187, 15-17.
- Berthelie, S. (1988). Actualités. *La Santé de l'Homme*, 277, 33.
- Berthelie, S. (1990). Prendre la vie du bon côté. Pour combattre les mauvais stress. *La Santé de l'Homme*, 286, 32-35.
- Berthelie, S. (1991a). Le sport, facteur de santé. *La Santé de l'Homme*, 293, 16-17.
- Berthelie, S. (1991b). Quels sports et pour qui ? *La Santé de l'Homme*, 293, 19-22
- Berthelie, S. (1992). Dossier : Attendre un enfant Se préparer à la naissance, *La Santé de l'Homme*, 299, 18-43.

- Berthelie, S. (1995). Génétique : La maladie de Huntington. *La Santé de l'Homme*, 315, 15-16.
- Berthelie, S. (1997a). Education et asthme. *La Santé de l'Homme*, 331, 21-22.
- Berthelie, S. (1997b). La trisomie 21. *La Santé de l'Homme*, 328.
- Berthelie, S. (1991a). Risques du sport : le corps a ses limites. *La Santé de l'Homme*, 293, 37-38.
- Berthelie, S. et Perrier P. (1991b). Le dopage. *La Santé de l'Homme*, 293, 39.
- Berthet, E. (1966). La formation des enseignants à l'Education sanitaire. *La Santé de l'Homme*, 146, 15-21.
- Bizel, P. (1999). Une diversité de pratiques et d'expériences. De l'information sur la maladie à l'éducation du patient. L'exemple des personnes en difficultés respiratoires. *La Santé de l'Homme*, 341, 19-22.
- Blanckaert, L. (1988). 7,5 millions de skieurs sur les pistes. Skier sans risque. *La Santé de l'Homme*, 278, 34-35.
- Bouchet, C. (1991). Voyage en relaxologie. *La Santé de l'Homme*, 295, 36-37.
- Bouvrain. (1975). Le cœur et ses affections dans la société contemporaine. *La Santé de l'Homme*, 196.
- Brochier, M. (1985). Hypertension artérielle : Un tueur masqué disent les américains. *La Santé de l'Homme*, 257.
- Brochier, M. (1986). Atouts cœur. Atouts corps. *La Santé de l'Homme*, 264.
- Broustet, J-P., Bricaud, H. et Emeriau, J-P. (1976). Réadaptation fonctionnelle après un infarctus du myocarde. *La Santé de l'Homme*, 205, 24-28.
- Calo, A. (1960). L'Athérome, maladie de civilisation. *La Santé de l'Homme*, 113, 48-49
- Cadelli, D. (1988a). Le sport et l'enfant. *La Santé de l'Homme*, 277, 32-33.
- Cadelli, D. (1988b). Les parents bourreaux. *La Santé de l'Homme*, 277, 33
- Caisse national de la Mutualité Sociale agricole. (1997). La prévention de la dépendance. Bilan du « pac Eurêka résistants » proposé par la mutualité sociale agricole. *La Santé de l'Homme*, 332.
- Calmat, A. et Hervé E. (1984). Editorial. *La Santé de l'Homme*, 253.

- Chassé, P. (1988). Sports d'été : précautions d'usage. *La Santé de l'Homme*, 275-276, 21-22.
- Clot, P. (1987). Reportage : Petites entreprises... et santé. *La Santé de l'Homme*, 269, 32-33.
- Coirier, R. (1964). Les soins d'urgence intra et extra-hospitaliers. Aperçus généraux sur les soins aux accidentés. *La Santé de l'Homme*, 135.
- Coirier, R. (1970). Les Accidents domestiques. *La Santé de l'Homme*, 167.
- Comité Départemental d'Education pour la Santé du Gard. (1987). Actualités. « Bouge ton cœur ». *La Santé de l'Homme*, 270.
- Copin. (1972). Thermalisme et esthétique. *La Santé de l'Homme*, 181, 35-36.
- Corpron, F. (1995). Hygiène de vie. Aménagement des rythmes de vie de l'enfant. *La Santé de l'Homme*, 318, 4-9.
- Coudray, A. (1973). Recension de l'ouvrage « mon enfant fait du sport ». *La Santé de l'Homme*, 183.
- Creff, A-F. (1966). Quelques réflexions à propos du sport et de la diététique. *La Santé de l'Homme*, 143, 13-16.
- Cuny G., 1970. Rééducation des infirmités motrices des sujets âgées, *La Santé de l'Homme*, 162, 29-31.
- Cuny, G. et Tenette, M. (1973). Les résultats de la réadaptation fonctionnelle des sujets âgés. *La Santé de l'Homme*, 187, 27-29.
- Danguaix, D. (1984). Été, temps de la santé ? *La Santé de l'Homme*, 252, 22-24.
- De Méré, S. (1993). Quand l'hiver nous prend à froid. *La Santé de l'Homme*, 308, 9.
- De Mondenard, J-P. (1981). Courir sans risques. Conseils pour se mettre à l'abri de la pathologie du jogging. *La Santé de l'Homme*, 235, 22-23.
- De Mondenard, J-P. (1991). Activités physique chez l'enfant « malade ». *La Santé de l'Homme*, 293, 30-36.
- De Mondenard, J-P. (1992a). Sport et santé: Idées reçues sur la forme. Mythe et illusion. *La Santé de l'Homme*, 302, 36.
- De Mondenard, J-P. (1992b). Sport et santé. Reprise : bouger son corps, 30 atouts pour ne pas courir de risque. *La Santé de l'Homme*, 301, 33-40.

- De Mondenard, J-P. (1994). Sport et Santé. Alimentation et exercice physique. Les dix erreurs les plus courantes. *La Santé de l'Homme*, 310.
- De Mondenard, J-P. et Terral, C. (1991). Sport et maladie. *La Santé de l'Homme*, 293, 26-28.
- De Seze, S. et Courbon, J. (1968). Prévention des arthroses. *La Santé de l'Homme*, 158, 14-18.
- Delahaye, J-P. (1967). Le cardiaque au travail. *La Santé de l'Homme*, 151, 28-31.
- Delarue, G. (1983). Prenez des bains de santé. *La Santé de l'Homme*, 244, 35.
- Delbarre. (1976). Les dix commandements du goutteux. *La Santé de l'Homme*, 203, 26.
- Delore, P. (1960). Tendances et besoins de l'éducation sanitaire. *La Santé de l'Homme*, 113, 3-5.
- Delormas, P. (1988). Le sommeil chez les personnes âgées. *La Santé de l'Homme*, 273, 17-19.
- Delormas, P., Gielly, F. et Lajzerowicz, N. (1991). Réflexion sur l'évolution des démarches de sevrage tabagique. *La Santé de l'Homme*, 294, 38-41.
- Denayer, J-M. (1997). La place du médecin généraliste dans la prévention des lombalgies. *La Santé de l'Homme*, 331.
- Derriennic, F. et Montfort, C. (1997). Dossier : Le dos et ses maux. Mal de dos : quelles réalités ?. *La Santé de l'Homme*, 331, 22.
- Desmare. (1976). Activités physiques et rhumatismes. *La Santé de l'Homme*, 203, 34-40.
- Di Matteo, J. (1976). Introduction : de la prévention à la réadaptation des malades cardiaques. *La Santé de l'Homme*, 205, 3-5.
- Douiller, A. (1997). Renouveler les approches pédagogiques dans le domaine de la prévention du mal de dos. *La Santé de l'Homme*, 331.
- Dressen, C. (1995). Dossier 17 : Féminin pluriel. Adolescente et santé. *La Santé de l'Homme*, 316.
- Dressen, C. (1999). Analyse du discours sur la santé dans les médias. *La Santé de l'Homme*, 343, 24-26
- Dupont, J-P. (1978). La politique de maintien à domicile des personnes âgées. Bilan et perspectives en midi-pyrénées. *La Santé de l'Homme*, 218.

- Durand. (1968). Apport de l'ergothérapie dans la rééducation des rhumatisants. *La Santé de l'Homme*, 158, 28-31.
- Etienne, R. (1989). De la cure au tourisme de santé. *La Santé de l'Homme*, 280, 33-34.
- Faivre, G. (1976). Le rôle de la fondation nationale de cardiologie dans la prévention des maladies cardio-vasculaires. *La Santé de l'Homme*, 205, 29-31.
- Faurobert, L. (1973). Face à l'alcoolisme dans les milieux du travail. *La Santé de l'Homme*, 183, 35-38.
- Fédération Française de Cardiologie. (1982a). Brochure Sport, Cœur, Santé. *La Santé de l'Homme*, 239.
- Fédération Française de Cardiologie. (1982b). La femme et le sport. *La Santé de l'Homme*, 239.
- Fédération Française de Cardiologie. (1982c). Santé actualités. Les vérités du cœur. *La Santé de l'Homme*, 237, 8.
- Ferron, C. (1998). Coffret pédagogique pour le milieu scolaire : Léa et l'air. *La Santé de l'Homme*, 338.
- Fouché S. (1975). Prévenir vaut mieux que guérir. *La Santé de l'Homme*, 198, 15-17.
- Fourestier, M. et Périé, H. (1966). Sport et éducation. *La Santé de l'Homme*, 142.
- Francheschi, J. (1982). Ajouter de la vie aux années. *La Santé de l'Homme*, 238, 7.
- Fricke, J. (1991). Surpoids et obésité. *La Santé de l'Homme*, 292, 27-28.
- Froment, R. (1967). Prophylaxie du rhumatisme articulaire aigu. *La Santé de l'Homme*, 151, 4-15.
- Froment, A. et Million, H. (1976). Pour une politique de prévention cardio-vasculaire. *La Santé de l'Homme*, 205, 14-20.
- Gaillard, D. (1986). L'exploitation de la veine santé. Interview d'André Giovanni. *La Santé de l'Homme*, 262, 22.
- Gaillard, D. (1987). Comment naissent les campagnes. La création de « bouge ton cœur ». *La Santé de l'Homme*, 267, 6.
- Garnier, A. (1998). Quêtes de performances et dopants. *La Santé de l'Homme*, 334, 15-17.
- Gibert, J-F. (1994). L'école, le sport et l'enfant. *La Santé de l'Homme*, 314, XXII-XXIV.

- Godard, J. (1975). Venise : VIIème congrès international d'hygiène, de médecine préventive et de médecine sociale. *La Santé de l'Homme*, 196, 35-37.
- Graf, M. (1994). Les 15-20 ans, entre indépendance et dépendance. *La Santé de l'Homme*, 313, 44
- Grizeau, D. (1991). Sevrage tabagique et prise de poids. *La Santé de l'Homme*, 292, 32.
- Guilbert, P. (1998). Le sport des 12-19 ans. *La Santé de l'Homme*, 336, 14.
- Haure-Place, L. (1973). Les activités sportives extra-scolaires. *La Santé de l'Homme*, 183, 33-34.
- Hazemann, R-H. (1967). L'information sanitaire et l'urbanisme. *La Santé de l'Homme*, 148, 3-14.
- Jacquet, M-F. (1967). Hygiène de vie en vacances. *La Santé de l'Homme*, 150, 21-34.
- Jouve, A. (1972). L'effort à promouvoir en faveur des cardiaques. *La Santé de l'Homme*, 178, 6.
- Kozarevio, D. (1973). Loisirs et troisième âge. *La Santé de l'Homme*, 185, 41-43.
- L'Hirondel, J. (1962). Quels sont les accidents qui menacent vos enfants de 1 à 15 ans ? *La Santé de l'Homme*, 126, 8.
- La Santé de l'Homme. (1986). Dossier. Français, votre santé vous intéresse. *La Santé de l'Homme*, 262, 15-25.
- La Santé de l'Homme. (1987). Actualité. *La Santé de l'Homme*, 272.
- La Santé de l'Homme. (1988). Brèves. *La Santé de l'Homme*, 274.
- La Santé de l'Homme. (1990). Actualité : Sécurité au ski. *La Santé de l'Homme*, 286.
- La Santé de l'Homme. (1990). Pour éviter la prise de poids quand on arrête de fumer. *La Santé de l'Homme*, 287.
- La Santé de l'Homme. (1991). Les différentes démarches. *La Santé de l'Homme*, 292, 33.
- La Santé de l'Homme. (1992a). Actualité. *La Santé de l'Homme*, 297.
- La Santé de l'Homme. (1992b). Courrier. *La Santé de l'Homme*, 297.
- La Santé de l'Homme. (1960a). Les bienfaits de la marche. *La Santé de l'Homme*, 113, 34-35.

- La Santé de l'Homme. (1960b). Pour que les baignades ne signifie pas noyades. *La Santé de l'Homme*, 116.
- La Santé de l'Homme. (1960c). Quelques principes d'hygiène pour le traitement des varices. *La Santé de l'Homme*, 113, 47.
- La Santé de l'Homme. (1965). Pour bien réussir dans la vie choisis les meilleures cartes ! *La Santé de l'Homme*, 136, (40-43).
- La Santé de l'Homme. (1967). Prudence en montagne. *La Santé de l'Homme*, 150.
- La Santé de l'Homme. (1970). Principes d'organisation gérontologique d'une agglomération urbaine. *La Santé de l'Homme*, 166, 20-25.
- La Santé de l'Homme. (1974). Chronique Régionale - Centre Régional d'éducation pour la santé : Bordeaux. *La Santé de l'Homme*, 189, 46.
- La Santé de l'Homme. (1975). La réadaptation des déficients sensorielle. Interview Mr Glatigny Président de l'Association Nationale des Parents d'Enfants aveugles ou gravement Déficients visuels. *La Santé de l'Homme*, 198.
- La Santé de l'Homme. (1976a). Informations. Dans une interview donnée au « Monde » le 14 Février 1976 : Mme Veil encourage la prévention. *La Santé de l'Homme*, 202.
- La santé de l'Homme. (1976b). Les nouvelles perspectives de la prévention et de l'éducation pour la santé. *La Santé de l'Homme*, 206, 3-11.
- La Santé de l'Homme. (1976c). Un calendrier d'Education sanitaire pour les personnes âgées. *La Santé de l'Homme*, 201, 4.
- La santé de l'Homme. (1977a). Comment vous alimenter si vous êtes sportif. Interview du Dr Creff. *La Santé de l'Homme*, 208, 31-34.
- La Santé de l'Homme. (1977b). Document d'actualité. L'UCPA : 30 années d'existence au service du Plein air. *La Santé de l'Homme*, 212, 27.
- La Santé de l'Homme. (1978). Actualités internationales. Journée mondiale de la Santé 7 Avril 1978 : l'hypertension artérielle. *La Santé de l'Homme*, 214, 45.
- La Santé de l'Homme. (1978). Les handicaps de la personne âgée. Table ronde. *La Santé de l'Homme*, 218, 11-14.
- La Santé de l'Homme. (1979a). « Vivre son âge » campagne nationale 1979. *La Santé de l'Homme*, 219, 17-24.

- La Santé de l'Homme. (1979b). Les lauréats de l' « opération oxygène » bénéficient d'un séjour de ski. *La Santé de l'Homme*, 219, 31.
- La Santé de l'Homme. (1979c). Une priorité : l'éducation pour la santé. Une interview de Mme Simone Veil Ministre de la Santé et de la Famille. *La Santé de l'Homme*, 222, 2-4.
- La Santé de l'Homme. (1980a). Campagne nationale d'information 1980 « Votre santé dépend aussi de vous ». Dossier n°17 (Partie 1). *La Santé de l'Homme*, 227.
- La Santé de l'Homme. (1980b). Campagne nationale d'information 1980 « Votre santé dépend aussi de vous ». Dossier n°18 (Partie 2). *La Santé de l'Homme*, 228 (25-31)
- La Santé de l'Homme. (1980c). Document d'actualité : le ski sans la casse. Interview du Dr Lederer. *La Santé de l'Homme*, 225, 31-33.
- La Santé de l'Homme. (1980d). Informations Semaine du cœur 1980 organisée par la Fédération de Cardiologie. *La Santé de l'Homme*, 229.
- La Santé de l'Homme. (1981a). Asthme : traitement et prévention. *La Santé de l'Homme*, 231, 13-15.
- La Santé de l'Homme. (1981b). La réadaptation des cardiaques. A l'occasion de la Semaine du cœur, la Fédération de cardiologie fait le point. *La Santé de l'Homme*, 235, 12-13.
- La Santé de l'Homme. (1981c). Le quotidien du médecin. *La Santé de l'Homme*, 232.
- La Santé de l'Homme. (1981d). Les autres informations. *La Santé de l'Homme*, 231.
- La Santé de l'Homme. (1981e). Nutrition : information difficile. Les sources sont multiples et les « messages inégaux ». *La Santé de l'Homme*, 231, 36-38.
- La Santé de l'Homme. (1981f). Spécial été 1981. Bon été, bonne santé. *La Santé de l'Homme*, 233.
- La Santé de l'Homme. (1981g). Une journée avec pierrot la forme. *La Santé de l'Homme*, 234, 30.
- La Santé de l'Homme. (1982a). « Atout cœur » : Bd pour la prévention des maladies cardiovasculaire. *La Santé de l'Homme*, 238, 37.
- La Santé de l'Homme. (1982b). Presse. *La Santé de l'Homme*, 242.

La Santé de l'Homme. (1983a). Assises nationales des personnes âgées. *La Santé de l'Homme*, 246, 14-15.

La Santé de l'Homme. (1983b). Pleine forme ou.. sportez-vous bien. *La Santé de l'Homme*, 248.

La Santé de l'Homme. (1983c). Quelques montages diapos Expérience de l'ADESSI de l'Isère en matière de documents audiovisuels. *La Santé de l'Homme*, 243, 39.

La Santé de l'Homme. (1983d). Santé Actualité - Mal de dos. *La Santé de l'Homme*, 245, 26.

La Santé de l'Homme. (1984a). Actualités. « Bougez-vous la santé ». *La Santé de l'Homme*, 253.

La Santé de l'Homme. (1984b). Actualités. *La Santé de l'Homme*, 254.

La Santé de l'Homme. (1984c). Actualités. Le sport au quotidien. *La Santé de l'Homme*, 249.

La Santé de l'Homme. (1984d). Actualités. Sauvage Aérobie. *La Santé de l'Homme*, 252.

La Santé de l'Homme. (1985a). À Angers, votre santé à cœur. *La Santé de l'Homme*, 257.

La Santé de l'Homme. (1985b). A comme à cran. *La Santé de l'Homme*, 257.

La Santé de l'Homme. (1985c). Actualité. Campagne "bouge ton cœur". *La Santé de l'Homme*, 258.

La Santé de l'Homme. (1985d). Actualités. Parcours du cœur. *La Santé de l'Homme*, 257.

La Santé de l'Homme. (1985e). Editorial « Bouge ton cœur ». *La Santé de l'Homme*, 257.

La Santé de l'Homme. (1985f). L'abécédaire de vos vacances. *La Santé de l'Homme*, 257.

La Santé de l'Homme. (1985g). Sportez-vous bien ! *La Santé de l'Homme*, 257.

La Santé de l'Homme. (1985h). Sur le terrain. Bouge ton cœur. Réseau accords-cœur. *La Santé de l'Homme*, 259.

La Santé de l'Homme. (1985i). Tour de France des comités d'éducation pour la santé. *La Santé de l'Homme*, 255, 21-22.

La Santé de l'Homme. (1986a). Actualités. Guide. Exercice sport et diabète. *La Santé de l'Homme*, 261.

La Santé de l'Homme. (1986b). Actualités. *La Santé de l'Homme*, 263.

La Santé de l'Homme. (1986c). Actualités. *La Santé de l'Homme*, 264.

- La Santé de l'Homme. (1986d). Actualités. *La Santé de l'Homme*, 265.
- La Santé de l'Homme. (1986e). Actualités. Sans tabac c'est la forme ! *La Santé de l'Homme*, 262, 6.
- La santé de l'Homme. (1986f). Du sport pour vivre mieux. *La Santé de l'Homme*, 264, 6.
- La Santé de l'Homme. (1986g). Noël, les tables de la foi. *La Santé de l'Homme*, 266.
- La Santé de l'Homme. (1987a). Actualités. Midi-Pyrénées : Information-santé. *La Santé de l'Homme*, 268.
- La Santé de l'Homme. (1987b). Livre. Tennis, médecine sportive, Dr J-P de Mondenard. *La Santé de l'Homme*, 271, 25.
- La Santé de l'Homme. (1987c). Santé. Actualité. *La Santé de l'Homme*, 270.
- La Santé de l'Homme. (1987d). Tabac : dépendance et danger. *La Santé de l'Homme*, 271, 21.
- La Santé de l'Homme. (1988a). Actualités. *La Santé de l'Homme*, 277.
- La Santé de l'Homme. (1988b). Brève : Le sport pour les plus de 50 ans. *La Santé de l'Homme*, 274.
- La Santé de l'Homme. (1990a). Actualité. *La Santé de l'Homme*, 285.
- La Santé de l'Homme. (1990b). Actualité. *La Santé de l'Homme*, 286.
- La Santé de l'Homme. (1990c). Exposition « Decholestérollez-vous la vie » organisé par la Fédération Française de cardiologie. *La Santé de l'Homme*, 285.
- La Santé de l'Homme. (1990d). Interview Gérard Mégret auteur de « Santé et beauté des jambes ». *La Santé de l'Homme*, 285.
- La Santé de l'Homme. (1990e). L'habitat des personnes âgées. Un chez-soi à construire. *La Santé de l'Homme*, 285, 29-31.
- La Santé de l'Homme. (1991a). Accidents domestiques, états des lieux. *La Santé de l'Homme*, 295.
- La Santé de l'Homme. (1991b). Courrier. *La Santé de l'Homme*, 293.
- La Santé de l'Homme. (1991c). Dossier. Surpoids : illusions et réalités, *La Santé de l'Homme*, 292, 15-41.

- La Santé de l'Homme. (1991d). Rencontre avec un médecin du sport : le docteur Pierre Talbot. *La Santé de l'Homme*, 293, 41.
- La Santé de l'Homme. (1991e). Sport et enfance. *La Santé de l'Homme*, 293, 22.
- La Santé de l'Homme. (1991f). Types d'efforts et d'activités physiques. *La Santé de l'Homme*, 293.
- La Santé de l'Homme. (1992a). Actualité : Jeux olympique d'hiver... sans tabac. *La Santé de l'Homme*, 298.
- La Santé de l'Homme. (1992b). Actualité : Vieillesse : Mens sana in corpore sano. *La Santé de l'Homme*, 298.
- La Santé de l'Homme. (1992c). Actualité. Dans l'Hérault : Un atelier santé positive pour les bénéficiaire du RMI. *La Santé de l'Homme*, 301.
- La Santé de l'Homme. (1992d). Actualités : Moins de fumeurs et plus d'obèses au Canada. *La Santé de l'Homme*, 299.
- La Santé de l'Homme. (1992e). Maladies cardio-vasculaire. Un ennemi public pour la santé dans le monde entier. *La Santé de l'Homme*, 298, 28-29.
- La Santé de l'Homme. (1992f). Un entretien avec le professeur Christian Cabrol. *La Santé de l'Homme*, 298, 17.
- La Santé de l'Homme. (1993). Echos : Campagne « cœur et femme ». *La Santé de l'Homme*, 307.
- La Santé de l'Homme. (1994a). Actualité. *La Santé de l'Homme*, 313.
- La Santé de l'Homme. (1994b). Actualités. *La Santé de l'Homme*, 310.
- La Santé de l'Homme. (1994c). Actualités. Parcours du cœur de Paris : En forme de cœur ! *La Santé de l'Homme*, 309.
- La Santé de l'Homme. (1994d). Baromètre santé. *La Santé de l'Homme*, 313.
- La Santé de l'Homme. (1994e). Dossier n°13 : L'ABC santé de l'été. *La Santé de l'Homme*, 312.
- La Santé de l'Homme. (1995a). Actualité : Tabac. *La Santé de l'Homme*, 317.
- La Santé de l'Homme. (1995b). Actualité. *La Santé de l'Homme*, 320.

- La Santé de l'Homme. (1995c). Prévention. La glisse sans risque. *La Santé de l'Homme*, 315, 11-12.
- La Santé de l'Homme. (1995d). Question de poids. Un rapport personnel à l'alimentation. *La Santé de l'Homme*, 316, 9.
- La Santé de l'Homme. (1998a). Dossier n°38 : Arrêt du tabac : les méthodes qui marchent...*La Santé de l'Homme*, 338.
- La Santé de l'Homme. (1998b). Promotion de la santé et développement local. *La Santé de l'Homme*, 333.
- La Santé de l'Homme. (1998c). Promotion de la santé. Les femmes en première ligne. *La Santé de l'Homme*, 333.
- La Santé de l'Homme. (1999a). « Papa, Maman, on m'a traité de gros ». Entretien avec Elisabeth Lesne. *La Santé de l'Homme*, 340, 24.
- La Santé de l'Homme. (1999b). Dossier. Question de poids, *La Santé de l'Homme*, 340, 16-37.
- La Santé de l'Homme. (1999c). Santé à l'école. Prévention des toxicomanies. *La Santé de l'Homme*, 339, 42-43
- La Santé de l'Homme., (1979). Xème conférence Internationale d'Education pour le Santé du 2 au 7 septembre 1979 Allocution de Monsieur Jacques Barrot - Ministre de la Santé et de la Sécurité Sociale. *La Santé de l'Homme*, 224, 3-7.
- Labadie, J-C. (1982). Sur les lieux du travail, *La Santé de l'Homme*, 242, 36-37.
- Labadie, J-C. (1983a). Dossier Activités physiques et santé Septembre. *La Santé de l'Homme*, 247, 15-28.
- Labadie, J-C. (1983b). Quels sports, à quels âges? *La Santé de l'Homme*, 247.
- Labadie, J-C. (1983c). Sport et compétition chez l'enfant. *La Santé de l'Homme*, 247.
- Labadie, J-C. (1991a). Editorial. *La Santé de l'Homme*, 293, 3.
- Labadie, J-C. (1991b). Les nouvelles pratiques sportives. *La Santé de l'Homme*, 293, 12-15.
- Langlais, M. et Chamouillet, H. (1995). La promotion de la santé au cœur des objectifs et des politiques de la communauté européenne. *La Santé de l'Homme*, 319.

- Lartigue, G. (1977). Les dix commandements du baigneur. Prévention des hydrocutions et des noyades. *La Santé de l'Homme*, 210, 32-35.
- Laurens, C. (1983). Sport scolaire : éduquer les enfants. *La Santé de l'Homme*, 247.
- Lavedrine. (1971). Problème de santé en milieu rural. *La Santé de l'Homme*, 176, 13-21.
- Laynaud-Rouaud, C. (1998). Alimentation, précarité et santé. *La Santé de l'Homme*, 336.
- Laynaud-Rouaud, C. et Baudier A. (1991). Les régimes dans la presse féminine . *La Santé de l'Homme*, 292, 18-20.
- Le Nédic, J. (1983). Au quotidien. *La Santé de l'Homme*, 247.
- Le Nédic, J. (1984). Sport et handicap. *La Santé de l'Homme*, 254.
- Le Nédic, J. (1984). Vivre avec son diabète. Entretien avec le Pr Henri Lestradet. *La Santé de l'Homme*, 250, 8-12.
- Le Nédic, J. (1985). La relaxation au quotidien. *La Santé de l'Homme*, 256, 17.
- Lecerf, J-M. (1999). Gros, pas gros, ils aiment les mêmes choses. *La Santé de l'Homme*, 340, 32-33.
- Leclainche, X. (1967). Compte rendu des « Etats généraux du cœur ». Un fléau social méconnu : les maladies du cœur et des vaisseaux. *La Santé de l'Homme*, 151.
- Leclainche, X. (1971). Comment améliorer la santé des français. *La Santé de l'Homme*, 172, 2-3.
- Leclercq. (1977). Cet hiver ne gâchez pas votre séjour en montagne. *La Santé de l'Homme*, 207, 39.
- Lederer, R-J. (1967). Causes des accidents, psychisme des candidats à la plongée sous-marine. *La Santé de l'Homme*, 150, 38-41.
- Lemordant, G. (1973). Ski de fond et personnes âgées. *La Santé de l'Homme*, 187, 36-37.
- Lenegre, J. (1971). La prévention de l'insuffisance cardiaque. *La Santé de l'Homme*, 173, 15-25.
- Leroy, D. et Curtes J-P. (1966). La rééducation des handicapés moteurs par les activités physiques. *La Santé de l'Homme*, 142.
- Lesauvier, G. (1991). Le sport à la retraite, c'est la santé la forme et le plaisir. *La Santé de l'Homme*, 293, 25.

- Lesève-Nicolle, C. (1993). Temps et espace au service de la santé. *La Santé de l'Homme*, 307.
- Locard, E. (1999). Activité physique et monde moderne. *La Santé de l'Homme*, 340, 31.
- Longueville, L. (1973). Un impératif gérontologique : « Gardez-les vivants ». Réalités objectives et limites de l'exercice physique chez les personnes âgées. *La Santé de l'Homme*, 187, 18-25.
- Longueville, L., Wintrebert, H., Hennape, G., Ravailleau, J. et Ravailleau, C. (1966). Troisième âge et activités physiques. *La Santé de l'Homme*, 142, 15-18.
- Louis, J. (1997). Une action efficace contre l'insomnie : les stages de sommeil. *La Santé de l'Homme*, 330.
- M-F, Kahn. (1976). Peut-on prévenir l'arthrose ? *La Santé de l'Homme*, 203, 16-19.
- Mabileau, J-F. (1968). Toxitudes et dépendances. *La Santé de l'Homme*, 154.
- Malesset, R. (1988). Livre : Retraite active, retraite sportive. *La Santé de l'Homme*, 273, 22.
- Malherbe, G. (1992). La fédération française de cardiologie au cœur d'un combat quotidien. De la conférence mondiale d'éducation pour la santé d'Helsinki à la promotion de la santé au rythme du cœur. *La Santé de l'Homme*, 298, 36-41.
- Martineau, A. (1991). Comportement alimentaire et obésité. *La Santé de l'Homme*, 292.
- Ménard, J. (1985). Mieux les prévenir. *La Santé de l'Homme*, 257.
- Merle d'Aubigne, R. (1960). Principes de la rééducation motrice. *La Santé de l'Homme*, 113, 88.
- Michel, F-B. (1987). Souffle la qualité de vie. *La Santé de l'Homme*, 271, 22-24.
- Milliez. (1971). Prévention de l'hypertension artérielle. *La Santé de l'Homme*, 173, 26-30.
- Million, H. et Froment, R. (1971). Prévention de l'athérosclérose et de l'infarctus du myocarde. *La Santé de l'Homme*, 173, 3-12.
- Monjardet, D. (1965). L'éducation sanitaire en milieu étudiant. *La Santé de l'Homme*, 140.
- Monnier, B. (1999). Créativité et pratiques éducatives. *La Santé de l'Homme*, 344, 21-22.
- Monnier, E. (1978). Hébergement et animation. Une expérience de formation à l'animation du personnel des établissements d'hébergement. *La Santé de l'Homme*, 218, 31-36.

- Normand, J. (1967). Prophylaxie des complications des maladies cardio-vasculaires. *La Santé de l'Homme*, 151, 24-27.
- Ogrisek, P. (1986). Reportage : Accord cœur à Amiens. *La Santé de l'Homme*, 263, 30.
- Ordonneau, D-P. (1968). Le rhumatisme : fléau social. *La Santé de l'Homme*, 158, 6-7.
- Palassié, M-M. (1966). Le rôle du médecin scolaire en Education sanitaire. *La Santé de l'Homme*, 146.
- Palliès. (1965). Cure et études chez les adolescents atteints de bronchopathies. *La Santé de l'Homme*, 140, 26-31.
- Paubilant, F. (1981a). La gymnastique électrique. *La Santé de l'Homme*, 236, 22-23.
- Paubilant, F. (1981b). La rhumatologie à l'ordre du jour - Bilan des investigations scientifiques et des techniques thérapeutiques. *La Santé de l'Homme*, 235, 19-21.
- Paublant, F. (1984a). H.T.A., tueur silencieux. *La Santé de l'Homme*, 251, 36-38.
- Paublant, F. (1984b). Profiter des vacances pour se re-la-xer. *La Santé de l'Homme*, 252, 25-28.
- Pelletier-Houlbec. (1973). Les bilans de santé dans les entreprises. *La Santé de l'Homme*, 185, 17-19.
- Pelletier-Houlbec, C. (1983). Profession psychorééducateur. *La Santé de l'Homme*, 246, 40-41.
- Pelletier-Houlbec, C. (1986). L'enfant et le sport. *La Santé de l'Homme*, 265, 15-16.
- Périé, H. (1966). Sport et santé. *La Santé de l'Homme*, 142, 3-6.
- Périé, H., Chignon, J-C. et Dumas, P. (1973). Les activités physiques de l'enfant de 6 à 11 ans. *La Santé de l'Homme*, 183, 8-14.
- Perrin, A. (1967). La prévention des maladies cardio-vasculaire. *La Santé de l'Homme*, 151, 17-23.
- Petit-Mair, G. (1966). Longévité et médecine préventive. *La Santé de l'Homme*, 147.
- Peytaud, J. (1969). La prévention des accidents de plongée sous-marine. *La Santé de l'Homme*, 162.
- Pierquin, L. (1960). Données générales sur les méthodes et les techniques de la rééducation. *La Santé de l'Homme*, 113, 84-87.

- Pierquin, L. et André, J-M. (1975). Les principaux handicaps moteurs. *La Santé de l'Homme*, 197.
- Planchon, J. (1970). Les problèmes de sécurité collective dans les centres de vacances et dans les groupes de loisirs d'enfants et d'adolescents. *La Santé de l'Homme*, 169.
- Plas, F. (1978). Informations. *La Santé de l'Homme*, 213.
- Plas, F. (1981). Actualités - Le sport contre l'âge - Conférence de presse du lancement des parcours du cœur. *La Santé de l'Homme*, 232.
- Poindron, P-Y. (1993). Prévention des accidents. Morts violentes : le symptôme du développement ? *La Santé de l'Homme*, 303, 31-32.
- Poinsart-Chasson, P. (1964). Le monde vu à travers nos 15ans. *La Santé de l'Homme*, 132, 15.
- Pous, J. (1986). Editorial. Education pour la santé et vieillissement, *La Santé de l'Homme*, 264, 7.
- Pousson, R. (1995). L'éducation populaire : apprentissage de la citoyenneté. *La Santé de l'Homme*, 317.
- Preiss, P. (1999). Les séjours éducatifs mis en place par l'Association française des diabétiques. *La Santé de l'Homme*, 341, 23-25.
- Rabourdin, J-P. et Ribeyre, J-P. (1988). Gymnastique du troisième âge. *La Santé de l'Homme*, 273, 15-16.
- Rambert, P. (1971). Conditions d'une vie normale pour le diabétique. *La Santé de l'Homme*, 172, 5-9.
- Rayr, C. (1980a). Chroniques : Sportifs : à chacun son alimentation... et son verre de lait. *La Santé de l'Homme*, 230, 25-29.
- Rayr, C. (1980b). Le sport à tout âge. *La Santé de l'Homme*, 225, 6-10.
- Renard, M-A. (1997). L'Aménagement des rythmes scolaires : quelle place pour l'éducation et la promotion de la santé ? *La Santé de l'Homme*, 328.
- Roland, C. (1986). Santé dans l'entreprise. Vol Air-France. Accord-cœur. *La Santé de l'Homme*, 265, 34-35.
- Salin, J. (1986). A cœur et accord. *La Santé de l'Homme*, 262, 12-14.

- Samara-Sommeil-Premutam. et Delormas. (1988). Les techniques de relaxation. *La Santé de l'Homme*, 275-276, 62.
- Santoni, J-L. et Pousson, R. (1998). Ryhtmes scolaires : test réussi. *La Santé de l'Homme*, 337.
- Savy, J. (1973a). L'éducation de la sécurité commence dès le plus jeune âge. *La Santé de l'Homme*, 184, 23-25.
- Savy, J. (1973b). Mauvaises attitudes et scolioses. *La Santé de l'Homme*, 185, 35-36.
- Savy, J. (1975). Congrès : le 3ème séminaire international pour la santé qui vient de se dérouler à Cologne avait pris pour thème : « nutrition et activité physique ». *La Santé de l'Homme*, 196, 39-42.
- Savy, J. (1978). Nutrition et hygiène alimentaire. Les kilos en trop. Entretien avec M Le Dr Creff et Mme L. Bernard. *La Santé de l'Homme*, 214, 34-38.
- Savy, J. (1980). Le tabac et la santé. Interview de Jacques Barrot. Ministre de la santé et de la sécurité sociale. *La Santé de l'Homme*, 225, 2-5.
- Savy, J. (1981a). Rubrique « Enfants », l'obésité juvénile. *La Santé de l'Homme*, 232, 17.
- Savy, J. (1981b). Strasbourg : une semaine pour les handicapés. Un bilan des actions de prévention et de réadaptation. *La Santé de l'Homme*, 232, 15-16.
- Savy, J. (1981c). Une petite reine bien agréable. Comment choisir sa bicyclette... et comment s'en servir. *La Santé de l'Homme*, 232, 22-23.
- Savy, J. et Lederer, R-J. (1972). La plongée sous-marine - Une interview du docteur R-J Lederer. *La Santé de l'Homme*, 180, 35-37.
- Serban, A. (1999). Sur le terrain, quelle prise en charge éducative ?. *La Santé de l'Homme*, 340, 35-37
- Serre, H. et Simon, L. (1968). La Rééducation Fonctionnelle. *La Santé de l'Homme*, 158, 22-26.
- Sivadon, P. et Gantheret, F. (1966). L'utilisation rationnelle des activités physiques et sportives dans le traitement des maladies mentales. *La Santé de l'Homme*, 142.
- Stagnara. (1960). Une création nouvelle : Le centre de réadaptation fonctionnelle des massues à Lyon. *La Santé de l'Homme*, 117, 12-20.

- Stora, P. (1976). Prévention et prophylaxie des lombalgies. *La Santé de l'Homme*, 203, 27-30.
- Talbert, W-F. (1971). Double défi à un champion. *La Santé de l'Homme*, 172.
- Talbot, P. (1988). La médecine du sport ouvre l'œil. *La Santé de l'Homme*, 274, 14.
- Tassy, J. et Jouve, A. (1976). De la prévention à la réadaptation des cardiopathies ischémiques, les facteurs de risque. *La Santé de l'Homme*, 205, 6-9.
- Tellier, M. (1976). Prévention des troubles statiques vertébraux. *La Santé de l'Homme*, 203, 11-15.
- Terral, C. (1991). Un exemple : les jeux européens du souffle et la réhabilitation des asthmatiques. *La Santé de l'Homme*, 293, 29.
- Thomas, J. (1986). Le tourisme de santé. *La Santé de l'Homme*, 263, 34-36.
- Tricot. (1976). L'infarctus » une de ces maladies qui font peur. *La Santé de l'Homme*, 205, 21-23.
- Troussier, B. et Balagué, F. (1998). Le mal de dos de l'enfant et de l'adolescent. *La Santé de l'Homme*, 335, 16-18.
- Turpin, G. (1979). L'excès de cholestérol et de triglycérides ne doit pas être négligé. *La Santé de l'Homme*, 220.
- Valat, J-P. (1997). Physiopathologie du mal de dos. *La Santé de l'Homme*, 331.
- Valatx, J-L. (1997). Dossier n°30 : Le sommeil entre veille et éveil. Editorial. *La Santé de l'Homme*, 330.
- Vayer, P. et Roncin, C. (1997). Dynamique de groupe et recherche de solution aux algies de l'âge adulte. *La Santé de l'Homme*, 331.
- Verguin, D. (1987). Le stress, facteurs de risque pour votre santé. *La Santé de l'Homme*, 268, 14-16.
- Verhaeghe. (1968). Limites et confins des rhumatismes. *La Santé de l'Homme*, 158, 8-12.
- Vialette, J. (1978). Conseils pour les vacances des enfants. *La Santé de l'Homme*, 216, 6-9.
- Vidailhet, M. (1999). Génétique et prise de poids. Telle mère, telle fille. *La Santé de l'Homme*, 340.
- Yettou, M. (1999). Les enfants, la santé et nous. *La Santé de l'Homme*, 339, 6-7

Annexe III : corpus systématique des articles de la presse nationale

Cette annexe présente le corpus de textes des articles de la presse nationale traitant de la relation APS-Santé entre 1990 et 2014 dépouillés grâce à l’outil informatique « Europresse ». Ils sont classés à un premier niveau en fonction des journaux de production puis à second niveau, de manière chronologique. Les références des articles cités dans le texte concernant ce corpus sont recensées dans cette section.

Aujourd’hui en France :

Mardi 12 octobre 2010, p. 75, « Il n'est jamais trop tard pour se mettre au sport » ; **Mercredi 6 avril 2011**, « Et si on faisait plus de sport ? » ; **Mardi 26 juin 2012**, « Le sport sur ordonnance » ; **Samedi 3 novembre 2012**, « Et si on remboursait la gym? » ; **Samedi 2 mars 2013**, « Le plaisir doit nous guider » ; **Lundi 1 avril 2013**, « Allez les filles, on se met au sport! » ; **Lundi 15 avril 2013**, « Maintenant, on s'automesure » ; **Jeudi 12 septembre 2013**, « 10000 pas par jour, en forme toujours » ; Mercredi 1 janvier 2014, p. 8, « Tenez bon ! » ; **Jeudi 6 mars 2014**, p. 14, « Un Français sur deux en surpoids » ; **Vendredi 14 mars 2014**, p. 3, « A Argenteuil, l'obésité frappe les plus jeunes. L'activité physique est le meilleur traitement » ; **Dimanche 30 mars 2014**, p. VII, « Prêts pour vos 10 000 pas ? » ; **Lundi 14 avril 2014**, p. 6, « Coca-Cola à l'heure du Mondial » ; **Jeudi 12 juin 2014**, p. 14, « Les 18-24 ans bougent autant... que des septuagénaires » ; **Vendredi 8 août 2014**, p. 35, « Avant de se remettre au sport... » ; **Samedi 13 septembre 2014**, p. 12, « Méfiez-vous de la bedaine » ; **Dimanche 14 septembre 2014**, p. VII, « Quelle activité pour mon enfant ? » ; **Lundi 22 septembre 2014**, p. 17, « Le sport en entreprise se développe »

L'Equipe :

Samedi 12 juillet 2003, p. 12, « Un véritable bond en avant » ; **Vendredi 31 octobre 2003**, p. 11, « Le Tour joue la prévention » ; **Mercredi 29 septembre 2004**, p. 12, « Le sport, ce n'est pas la santé. Éduquer à la santé par le sport La crainte du gendarme. Frapper au porte-monnaie » ; **Mercredi 28 septembre 2005**, p. 9, « Un nouveau chapitre s'ouvre » ; **Mercredi 13 septembre 2006**, p. 9, « Le docteur Alain Garnier, directeur médical de l'AMA, répond à ceux qui prônent la libéralisation “encadrée » du dopage” » ; **Jeudi 15 février 2007**, p. 9,

« Nicolas Sarkozy devrait annoncer quelques propositions fortes ce matin au CNOSF.; Dont l'augmentation du budget alloué aux sports » ; **Vendredi 16 février 2007**, p. 8, « Buffet : Bayrou : Voynet : Royal : Sarkozy » ; **Lundi 12 mars 2007**, p. 15, « Dans tous les sondages, vous figurez parmi les trois Belges les plus populaires du siècle, aux côtés du père Damien et du docteur Janssen » ; **Vendredi 16 mars 2007**, p. 13, « Du “sérieux” à la Maison des sports » ; **Dimanche 15 avril 2007**, p. 17, « Pourquoi aimez-vous le sport ? Parce que c'est ma vie » ; **Mardi 17 avril 2007**, p. 6, « Intégrer le sport au ministère de la Santé » ; **Mercredi 2 mai 2007**, p. 12, « Pas des fabricants de médailles » ; **Jeudi 3 mai 2007**, p. 12, « Prendre le problème à l'envers » ; **Vendredi 4 mai 2007**, p. 9, « Leurs propositions » ; **Lundi 7 mai 2007**, p. 14, « Qui pour succéder à Lamour ? » ; **Samedi 12 mai 2007**, p. 22, « Le Sport, c'est bon pour la Santé » ; **Dimanche 13 mai 2007**, p. 21, « Valence, Paris, Turin » ; **Samedi 19 mai 2007**, p. 16, « Réaction » ; **Samedi 19 mai 2007**, p. 16, « Nomination, passations de pouvoirs et premier Conseil des ministres, hier, pour une nouvelle; et très atypique ministre de la Santé, de la Jeunesse et des Sports. Bachelot dans les starts » ; **Dimanche 20 mai 2007**, p. 16, « Et surtout, la Santé ! » ; **Jeudi 31 mai 2007**, p. 7, « Des maisons du sport et de la santé » ; **Mercredi 23 janvier 2008**, p. 17, « Relancer le sport à l'université » ; **Dimanche 18 mai 2008**, p. 12, « Le pire nous attend » ; **Vendredi 10 avril 2009**, p. 1, « Ensemble » ; **Vendredi 1 janvier 2010**, p. 8, « L'officialisation du sport dans l'Union européenne, depuis le 1er décembre, sacre un mariage de raison qu'il faudra faire vivre. L'Europe entre dans le match » ; **Mercredi 21 mars 2012**, p. 8, « Ce sont pour lui deux cas... » ; **Vendredi 27 avril 2012**, p. 16, « En politique, ce qui compte c'est ce que l'on fait après la victoire » ; **Lundi 27 août 2012**, p. 14, « Villeneuve d'Ascq (Nord) de notre envoyée spéciale... » ; **Mercredi 12 septembre 2012**, p. 14-15, « Percer le mystère de la mort subite » ; **Mercredi 31 octobre 2012**, p. 10, « François Durpaire, historien et spécialiste des États-Unis, décrypte la relation charnelle qui lie les présidents américains au sport » ; **Mardi 13 novembre 2012**, p. 7, « Valérie Fourneyron au magazine de la santé » ; **Jeudi 20 décembre 2012**, p. 10, « Matches trop longs, calendrier dépassé, Roger Federer et Rafael Nadal pas éternels : sans crier à la fin du monde, un danger ne planerait-il pas sur la planète tennis ? » ; **Mercredi 3 avril 2013**, p. 8, « Ça devient limite » ; **Lundi 17 juin 2013**, p. 7, « L'Equipe 21 ouvre son mercato » ; **Vendredi 30 août 2013**, p. 17, « Du sport gratuit sur ordonnance » ; **Jeudi 24 octobre 2013**, p. 18, « La marche, ça vous botte ? » ; **Mardi 5 novembre 2013**, p. 6, « Frappadingues » ; **Mardi 3 décembre 2013**, p. 16, « Le sport sans mes docs ? » ; **Lundi 6 janvier 2014**, p. 16, « Le sport à sa (vraie) place » ; **Lundi 3 février 2014**, p. 320, « Le projet Sport & Démocratie » **Mercredi 12 mars 2014**, p. 16, « On se bouge ! » ; **Mercredi 19 mars 2014**, p.

14, « Les JO ? J'aime les défis ! » ; **Vendredi 18 avril 2014**, p. 12, « Bientôt du sport sur ordonnance ? » ; **Samedi 10 mai 2014**, p. 19, « Renouer avec le monde du sport » ; **Jeudi 26 juin, 2014**, p. 10, « La France n'est pas une terre de ballon ».

L'Humanité

Lundi 20 décembre 1999, p. 20, « Pour un sport vrai » ; **Mardi 21 décembre 1999**, p. 18, « Moins vite, moins haut, moins fort! » ; **Samedi 25 décembre 1999**, p. 33, « J'ai rêvé » ; **Jeudi 30 décembre 1999**, p. 17 ; « Le rédacteur en chef d'un jour. Morale, morale sportive, dopage et profit » ; **Vendredi 14 janvier 2000**, p. 18, « Un vœux pour le XXI^e siècle. Pendant un mois, des personnalités donnent leur point de vue sur le sport de demain. Les sens du sport » ; **Vendredi 8 septembre 2000**, p. 19, « Europe: dopage et transferts sur la sellette » ; **Samedi 16 septembre 2000**, p. 31, « Jeux Olympiques 2000. Aujourd'hui, le médecin de l'équipe de France de triathlon. Philippe Château, "docteur éthique" » ; **Lundi 30 octobre 2000**, p. 20, « L'Italie enterre la lutte contre le dopage » ; **Samedi 10 mars 2001**, p. 34, « "Le CIO n'a pas besoin de révolution" » ; **Vendredi 27 avril 2001**, p. 15, « Un ado sur dix guetté par le dopage sportif » ; **Samedi 16 juin 2001**, p. 39 ; « Sandro Donati: " Le dopage concerne toute la société " » ; **Samedi 28 juillet 2001**, p. 27, « C'est la lutte finale » ; **Samedi 13 octobre 2001**, p. 34, « Prévention. L'activité sportive n'est pas cette panacée sociale qui protégerait de tout, même si ses vertus sont indiscutables » ; **Lundi 4 mars 2002**, p. 26, « Drôles de jeux » ; **Samedi 9 mars 2002**, p. 8, « Défendre, transformer, étendre les services publics » ; **Samedi 1 juin 2002**, p. 30, « Mondial 2002. Viviane Reding : "L'Europe est un espoir pour les sportifs" » ; **Samedi 6 juillet 2002**, p. 31, « Tour de France. Les principales difficultés » ; **Lundi 9 décembre 2002**, p. 20, « Omnisports. Jean-François Lamour annonce ses premières mesures après la présentation des souhaits du mouvement sportif. Tout pour l'élite » ; **Lundi 9 décembre 2002**, p. 21, « Santé : "Créer des maisons du sport" » ; **Samedi 18 janvier 2003**, p. 33, « Les footballeurs meurent davantage que la population normale » ; **Vendredi 22 août 2003**, p. 14, « Le sport en six débats. Quelle mondialisation du sport voulons-nous ? » ; **Mardi 17 février 2004**, p. 19, Cyclisme. « Après le décès de Marco Pantani, entretien avec le docteur Serge Simon, en charge du Centre d'accompagnement et de prévention du sport » ; **Mardi 15 juin 2004**, p. 31, « La chronique de Cynthia Fleury. L'olympisme qui ne joue pas » ; **Jeudi 19 janvier 2006**, p. 17, « Ce que le ministre a oublié en route » ; **Lundi 24 juillet 2006**, p. 15, « Allo Doc ? » ; **Samedi 26 août 2006**, p. 15, « Le dopé est-il un drogué ? » ; **Lundi 13 novembre 2006**, p. 16, « Sportifs, à votre santé... » ; **Mercredi 29 novembre 2006**, p. 16, « Le dopage entre loi et foi » ;

Vendredi 16 février 2007, p. 5, « Le sport s'invite dans la campagne » ; **Samedi 10 mars 2007**, p. 11, « Le sport vient de s'inviter au débat présidentiel : rôle éducatif considérable, intérêt pour la santé, développement de la pratique pour les handicapés, plus de sport à l'école, budget en large hausse, nos élus seraient-ils » ; **Mardi 10 avril 2007**, p. 14, « Un ministère à la mer » ; **Samedi 5 mai 2007**, p. 15, « Dernière ligne droite pour finalistes présidentiels » ; **Vendredi 18 mai 2007**, p. 15, « Un ministère amer » ; **Samedi 2 juin 2007**, p. 20, « Le texte remarquable de l'interview d'Yves Clot dans l'Humanité du samedi 19 mai sur la question du travail est un modèle de clarté pour nous aider à comprendre » ; **Mardi 6 novembre 2007**, p. 14, « Quand l'Europe met le pied sur le ballon » ; **Lundi 14 septembre 2009**, p. 17, « Le sport va-t-il devenir un divertissement ? » ; **Vendredi 2 avril 2010**, « Des "préfets" pour plier la santé à la loi de la finance » ; **Lundi 20 septembre 2010**, « Du sport pour être en forme » ; **Jeudi 26 mai 2011**, « Le sport n'est pas en soi porteur de vertu, il peut se révéler délétère » ; **Jeudi 7 juillet 2011**, « Donner des moyens au mouvement sportif et respecter son autonomie » ; **Vendredi 13 avril 2012**, « Un décret et un arrêté contraignant les complémentaires... » ; **Vendredi 30 novembre 2012**, « Quels sont les risques économiques... » ; **Jeudi 5 décembre 2013**, « Le sport pour tous ».

La Croix

Jeudi 12 octobre 1995, p. 12, « Environnement. Alerte maximale à la pollution parisienne. Le niveau 3 a été déclenché pour la première fois » ; **Jeudi 1 février 1996**, p. 17, « Pas de fumée sans feu » ; **Jeudi 2 mai 1996**, p. 16, « Courrier " L'alcool et ses supporters " Quelques lecteurs ont réagi au commentaire d'Yves Pitette paru dans La Croix du 21 mars, à propos du vote de l'amendement à la loi Evin » ; **Vendredi 15 novembre 1996**, p. 16, « L'histoire Jim court après sa santé » ; **Vendredi 28 février 1997**, p. 26, « Météo-jeunes. Tabac : tout se joue à 15 ans. L'entrée en tabagisme se fait aujourd'hui dès 15 ans » ; **Jeudi 20 mars 1997**, p. 22, « Magazine. " Envoyé spécial " exploite le bon filon du dopage » ; **Mercredi 17 septembre 1997**, p. 15, « Libre opinion. Il faut un débat national sur l'extension de Roissy » ; **Lundi 29 septembre 1997**, p. 18, « Allier la pratique sportive, le tourisme et la culture » ; **Samedi 29 novembre 1997**, p. 24, « L'invitée. Marie-George Buffet. Jeunes "Faisons-leur confiance" » ; **Mercredi 4 février 1998**, p. 12, « Nagano, aux limites de l'exploit sportif. Samedi 7 février s'ouvrent les 18es Jeux Olympiques d'hiver 1998 » ; **Lundi 20 avril 1998**, p. 14, « Femmes. Les magazines féminins et de santé se mettent tous au régime. Les " spécial mincir " font le bonheur des publicitaires et des patrons de presse » ; **Jeudi 30 avril 1998**, p. 12, « Soyons sport. A Paris, 42 kilomètres pour se dépenser sans

compter » ; **Vendredi 15 mai 1998**, p. 25, « Soyons Sport. Le sport muscle les relations familiales. Pour la plupart des parents, le sport fait désormais partie des ingrédients nécessaires à une saine éducation » ; **Vendredi 15 mai 1998**, p. 28, « Ces filières qui font rêver les jeunes. Les étudiants accourent vers les filières sportives, mais les universités et les débouchés ont du mal à suivre » ; **Lundi 18 mai 1998**, p. 6, « Soyons sport. Qu'est ce qui fait courir le monde » ; **Samedi 23 mai 1998**, p. 17, « Soyons Sport. Qu'est ce qui fait courir le monde ? Quand les sexagénaires ont la rage du sport .Il n'y a pas d'âge pour faire du sport » ; **Lundi 25 mai 1998**, p. 25, « Soyons sport. Le sport ne guérit pas, il prévient. Pratiquer régulièrement, dans un climat amical, une activité physique qui fait travailler, sans excès, tous les muscles est un moyen idéal de préserver son bien-être physique et psychique » ; **Lundi 25 mai 1998**, p. 25, « Soyons sport. Jean-Paul II et le sport. " Un salutaire équilibre de l'esprit et du corps " » ; **Mercredi 25 novembre 1998**, p. 9, « Santé. L'équilibre des jeunes est lié à l'éducation parentale » ; **Samedi 29 mai 1999**, p. 10, « Après vingt-cinq ans de lutte, le tabac plie mais ne rompt pas. Le 31 mai, la France célèbre la Journée mondiale de lutte contre le tabac. L'occasion de faire le bilan d'un quart de siècle de lutte anti-tabac » ; **Mardi 14 mars 2000**, p. 24, « La vie comme elle va » ; **Lundi 23 octobre 2000**, p. 19, « L'inquiétante banalisation du dopage chez les jeunes » ; **Mardi 10 décembre 2002**, p. 22, « Le sport prépare son avenir. Après trois mois de travail, les états généraux du sport se sont clos ce week-end. Des innovations intéressantes devraient rapidement voir le jour » ; **Mercredi 30 juin 2004**, p. 15, « Le sport : plaisir et contrainte. Les adolescents ne pratiquent pas forcément le sport qu'ils préfèrent » ; **Mardi 10 août 2004**, p. 21, « Le sport spectacle et ses athlètes si fragiles. Enquête. Santé défaillante, déprime, mort accidentelle... Les sportifs ne sont pas si robustes qu'on voudrait le croire. Le sport, à la vie à la mort ? » ; **Samedi 13 mai 2006**, p. 6, « Les profs de gym poussés vers les clubs. La réputation d'impasse colle injustement aux filières d'études sportives. Au-delà de la formation des profs de gym, les universités ont su diversifier les débouchés des 45000 étudiants en "Staps" » ; **Mercredi 20 juin 2007**, p. 16, no. 37778, « Refaire du sport après 40 ans n'est pas sans risque » ; **Jeudi 3 avril 2008**, p. 9, no. 38020, « L'activité physique pourrait faire gagner un à deux ans d'espérance de vie » ; **Vendredi 2 janvier 2009**, p. 6, no. 38248, « Un rapport propose moins d'impôts pour les Français qui font du sport » ; **Samedi 24 janvier 2009**, p. 8, no. 38267, « Les médecins de l'élite veulent gagner en indépendance » ; **Samedi 18 avril 2009**, p. 8 no. 38338, « La crise se répercute aussi sur les sports d'entreprise » ; **Samedi 4 septembre 2010**, p. 4, no. 38758, « Résolutions et rentrée font bon ménage. Tous athlètes à la rentrée ? » ; **Samedi 11 septembre 2010**, p. 8, no. 38764, « L'atout cœur du squash » ; **Mercredi 12 janvier 2011**, p.

22, no. 38867, « Les médecins du sport plébiscitent le vélo électrique » ; **Vendredi 20 mai 2011**, no. 38976, « Sport et intégration. Chacun doit s'engager » ; **Mardi 28 février 2012**, p. 24, no. 39213, « Que sont-ils devenus ? Stéphane Diagana. Il veut mettre le sport au service de la santé » ; **Vendredi 9 mars 2012**, p. 12-13, no. 39222, « Le monde associatif se fait entendre » ; **Samedi 17 novembre 2012**, p. 8, no. 39433, « Quand le cœur du sportif lâche en plein effort » ; **Mardi 26 mars 2013**, no. 39541, p. 16, « La cigarette, jamais après le sport, Ne pas fumer deux heures avant ou après une activité physique est l'un des “10 réflexes en or” édictés à l'attention des sportifs » ; **Jeudi 4 avril 2013**, p. 23, no. 39548, « L'économie florissante du marché de la course à pied » ; **Mardi 23 avril 2013**, p. 23, no. 39564, « La dépression n'épargne pas les sportifs de haut niveau » ; **Mercredi 16 octobre 2013**, p. 23, « La prévention antidopage, un secteur économique d'avenir » ; **Mercredi 27 novembre 2013**, p. 19, no. 39744, « Entretien Régis Juanico, secrétaire général de l'Agence pour l'éducation par le sport : “Les politiques de la ville n'ont pas assez mis l'accent sur le sport” » ; **Jeudi 12 juin 2014**, p. 22, no. 39906, « Siel bleu diffuse le sport sur ordonnance » ; **Jeudi 28 août 2014**, p. 48-49, no. 6874, « C'est décidé, je me mets au sport ! » ; **Samedi 6 septembre 2014**, « La marche nordique, un sport pour tous en plein essor » ; **Samedi 27 septembre 2014**, p. 8, no. 39996, « Epinal, la ville qui aime le sport » ; **Mercredi 22 octobre 2014**, p. 3, no. 40017, « Les associations à la pointe de l'innovation sociale. Siel bleu adapte le sport aux malades ».

La Tribune

Mercredi 18 janvier 1995, « Une vie de «dingues» stress des cadres » ; **Vendredi 24 mars 1995**, « Loi Evin : les lobbies s'engouffrent dans les failles » ; **Lundi 16 février 1998**, « Rebondir sur la Coupe du monde de football » ; **Vendredi 25 février 2005**, p. TR36, « La filière agroalimentaire face au fléau de l'obésité » ; **Lundi 28 janvier 2013**, p. 104, no. 5138, « Assurance complémentaire santé. Mutuelle santé: la Macif s'attaque au renoncement aux soins » ; **Mercredi 2 octobre 2013**, p. 32, no. 5283, « Santé publique. La taxe sur les boissons énergisantes, le retour? » ; **Mercredi 6 novembre 2013**, p. 53, no. 5302, « Services en ligne. Cours : Google lance son propre service de moocs... payant » ; **Lundi 2 juin 2014**, p. 86-89, no. 5471, « Santé au travail. Rester assis au travail tue plus que le tabac » ; **Lundi 30 juin 2014**, p. 92, no. 5490, « Mondial. La Coupe du monde peut-elle faire jouer plus de Français au foot? » ; **Lundi 8 septembre 2014**, p. 104-105 no. 5538, « Innovation. Quand Mercurochrome développe la santé connectée » ; **Lundi 8 septembre 2014**, p. 126-128, no. 5538, « Opinions. Objets connectés : le secret d'une vie meilleure ? » ; **Vendredi 31 octobre**

2014, p. 52-53, no. 5577, « Numérique. Microsoft lance son bracelet connecté Band ».

Le Figaro

Lundi 10 février 1997, p. 24, no. 16325, « Maurice Bruzek : sa marche du siècle dans Paris » ; **Samedi 24 mai 1997**, p. 18, no. 16414, « La diététique : un style de vie » ; **Vendredi 20 juin 1997**, p. 12, no. 16437, « L'art de vivre. La vie des stations auvergne thermale » ; **Vendredi 15 août 1997**, p. 11, no. 16485, « La vie sportive, la solitaire du Figaro. Les croisés de la santé » ; **Samedi 13 septembre 1997**, no. 16510, p. 18, « De station en station Forme : une rentrée en beauté » ; **Samedi 27 septembre 1997**, p. 20, no. 16522, « Cuisine minceur, cuisine bien-être : vive la diététique ! » ; **Vendredi 24 octobre 1997**, p. 21, no. 16545, « Roscoff prépare l'hiver » ; **Samedi 25 octobre 1997**, p. 25, no. 16546, « Femmes : en pleine forme à 50 ans » ; **Vendredi 31 octobre 1997**, p. 15, no. 16551, « Dopage, affaire en cours » ; **Lundi 2 février 1998**, p. 31, no. 16631, « La santé en direct » ; **Vendredi 20 mars 1998**, p. 34-37, no. 16671, « Le tour de France des vacances en cure marine (1) » ; **Vendredi 20 mars 1998**, p. 34-37, no. 16671, « Le tour de France des vacances en cure marine (2) » ; **Samedi 18 avril 1998**, p. 9, no. 16696, « L'observatoire des Thermalies » ; **Mardi 5 mai 1998**, p. 18, no. 16709, « Thalassothérapie : la minceur en douce » ; **Vendredi 29 mai 1998**, p. 7, no. 16730, « Le dopage et le sport. Les sénateurs musclent la prévention » ; **Samedi 6 juin 1998**, p. 18-19, no. 16737, « Vacances-santé : les beaux jours de la forme » ; **Mercredi 10 juin 1998**, p. 52, no. 16740, « Les secrets de la reprise » ; **Lundi 22 juin 1998**, p. 25, no. 16750, « Quatre millions de Français courent régulièrement et leur nombre ne cesse d'augmenter. Jogging : le temps des femmes et des quadras » ; **Mercredi 29 juillet 1998**, p. 8, no. 16782, « Pas de campagne publique contre le dopage » ; **Mercredi 9 septembre 1998**, p. 11, « Médecins, pharmaciens et juristes. Les experts planchent sur le dopage » ; **Samedi 19 septembre 1998**, p. 11, no. 16827, « Diététique : l'âge de raison » ; **Samedi 31 octobre 1998**, p. 13, no. 16863, « Il est l'un des responsables de la lutte contre le dopage » ; **Lundi 2 novembre 1998**, p. 16, no. 16864, « Dopage : l'atteinte à la santé » ; **Jeudi 19 novembre 1998**, p. 6, no. 16879, « La religion du sport » ; **Mardi 24 novembre 1998**, p. 22, no. 16883, « Premier baromètre santé des 12-19 ans. La santé des ados : bonne, mais... » ; **Samedi 28 novembre 1998**, p. 15, no. 16887, « Dopage. Point de vue, préserver les valeurs du sport » ; **Samedi 13 mars 1999**, p. 13, no. 16977, « Paris-Nice. Le diagnostic du « médecin de garde » » ; **Vendredi 9 juillet 1999**, p. 11, no. 17077, « Former plus et former mieux » ; **Lundi 18 octobre 1999**, p. 75-78, no. 17163, « Combattre le stress des cadres » ; **Samedi 12 février 2000**, p. 16, no. 17264, « Le mal du siècle ne doit plus être accepté comme une fatalité Dos : la stratégie thalasso » ; **Lundi**

6 novembre 2000, p. 32, no. 17492, « A la veille du sommet européen de Paris, rencontre avec le ministre italien des Biens culturels et du Sport » ; **Jeudi 25 juillet 2002**, p. 25, no. 18027, « Rencontre avec le nouveau ministre des Sports qui appelle à la réflexion et à la concertation. Jean-François Lamour : “Le temps du dialogue” » ; **Samedi 22 mars 2003**, p. 52, no. 18233, « Pour sauver votre cœur » ; **Vendredi 27 juin 2003**, p. 40-41, no. 18315, « Bouger, c'est vivre mieux » ; **Mercredi 22 octobre 2003**, Omnisport. Quelle place dans la future Constitution ? Pour une reconnaissance de la spécificité du sport en Europe ; **Samedi 7 février 2004**, p. 56-58, no. 18508, Le ski à coeur joie ; **Jeudi 12 février 2004**, p. 20, no. 18512, « Prévention. L'exercice physique réduit le risque d'obésité, d'infarctus, de diabète et d'ostéoporose. Les Français doivent réapprendre à marcher » ; **Samedi 5 mars 2005**, p. 58-59, no. 18843, « Prévention. La santé sur les rails » ; **Vendredi 25 mars 2005**, p. 36, no. 18860, « Sport mode d'emploi » ; **Mercredi 30 mars 2005**, p. 11, no. 18864, « Santé publique. Une proposition de loi contre l'obésité » ; **Lundi 4 avril 2005**, p. 27, no. 18868, « Une exemption fiscale pour les Canadiens sportifs » ; **Vendredi 29 avril 2005**, p. 42-43, no. 18890, « Santé. Prévention le paradoxe français » ; **Jeudi 5 mai 2005**, p. 10, no. 18895, « Pour les sportifs, c'est oui ! » ; **Mardi 5 juillet 2005**, « JO 2012 Quel prix un pays comme la France est-il prêt à faire payer à ses enfants au nom de l'olympisme? Le silence des anneaux » ; **Mercredi 8 février 2006**, p. 32, no. 19134, « Le sport, nouveau terrain d'entente familiale » ; **Mardi 6 juin 2006**, p. 5-7, no. 19234, « Le sport tout un état d'esprit » ; **Samedi 25 novembre 2006**, p. 248, no. 19382, « Du sport oui, mais lequel » ; **Vendredi 16 février 2007**, p. 12, no. 19453, « Les candidats affichent leur amour du sport » ; **Mardi 3 juillet 2007**, p. 11, no. 19569, « La seringue est de plus en plus présente » ; **Jeudi 8 novembre 2007**, p. 33, no. 19679, « Ados, comment les faire bouger » ; **Lundi 9 juin 2008**, no. 19861, « Ces privilégiés qui ont une salle de gym au bureau » ; **Vendredi 4 juillet 2008**, p. 14, no. 19883, « Alzheimer : une priorité pour la présidence de l'Europe » ; **Mercredi 31 décembre 2008**, p. 11, no. 20037, « Des mesures pour que les Français fassent du sport » ; **Mercredi 4 mai 2011**, p. 11, no. 20762, « Diabète : l'exercice physique remboursé par la Sécu ? » ; **Lundi 21 novembre 2011**, p. 15, no. 20933, « Légalisation du dopage : Noah fait scandale » ; **Vendredi 6 avril 2012**, p. 13, no. 21051, « Le sport, même intensif, est bon pour la santé » ; **Samedi 21 juillet 2012**, p. 8, no. 21141, « Le rôle déterminant des parents » ; **Jeudi 16 août 2012**, p. 6, no. 21162, « Après la flamme des JO, Cameron à la peine. Les promesses du premier ministre pour favoriser le sport à l'école sont contrariées » ; **Lundi 22 octobre 2012**, p. 9, no. 21219, « Quand le sport dope le mental. Une activité physique régulière réduit le stress, l'anxiété ou la dépression » ; **Lundi 22 octobre 2012**, p. 9, no. 21219, « Quand le sport dope le mental.

Une activité physique régulière réduit le stress, l'anxiété ou la dépression » ; **Vendredi 2 novembre 2012**, p. 11, no. 21229, « L'exercice physique devrait être prescrit sur ordonnance » ; **Mardi 6 novembre 2012**, p. 17, no. 21232, « À Strasbourg, le sport va être remboursé par la Sécu locale » ; **Mardi 6 novembre 2012**, p. 17, no. 21232, « À Strasbourg, le sport va être remboursé par la Sécu locale » ; **Lundi 14 janvier 2013**, no. 21289, p. 12, « Des bienfaits pour le cœur, les os, le poids... » ; **Lundi 25 février 2013**, p. 12, no. 21325, « Le corps à l'épreuve de la montagne » ; **Lundi 4 mars 2013**, p. 11, no. 21331, « Nouvelles recommandations pour le traitement du diabète » ; **Mercredi 13 mars 2013**, p. 11, no. 21339, « Europe : les Françaises à la traîne en matière de sport » ; **Samedi 6 avril 2013**, p. 11, no. 21360, « Koh-Lanta : le candidat décédé était malade du cœur » ; **Lundi 15 avril 2013**, no. 21367, p. 11, « Vieillir en bonne santé : les conseils à suivre dès 50 ans » ; **Lundi 17 juin 2013**, p. 13, no. 21420, « Ne pas grossir, est-ce possible? » ; **Mardi 2 juillet 2013**, p. 12, no. 21433, « Les États-Unis ont lancé la bataille contre l'obésité » ; **Jeudi 25 juillet 2013**, p. 3, « Sport. Le Sénat s'invite dans la lutte antidopage » ; **Vendredi 23 août 2013**, p. 24, no. 21477, « Coachs personnels numériques pour sportifs amateurs » ; **Vendredi 13 septembre 2013**, no. 21495, p. 12, « Les pensées positives sont bonnes pour la santé » ; **Lundi 30 septembre 2013**, p. 12, no. 21509, « Santé. Les clés pour prévenir et réduire l'obésité chez l'enfant » ; **Lundi 30 septembre 2013**, p. 12, no. 21509, « Santé. Mieux cibler les enfants à risque » ; **Mercredi 2 octobre 2013**, p. 13, no. 21511, « Boissons énergisantes, alcool et sport : cocktail risqué ! » ; **Vendredi 22 novembre 2013**, p. 15, Le Figaro, no. 21555, « Les enfants sont moins endurants qu'il y a trente ans » ; **Lundi 2 décembre 2013**, p. 12, no. 21563, « Bouger plus, ce n'est pas compliqué pour préserver sa santé » ; **Lundi 3 février 2014**, p. 9, no. 21615, « Santé-Sport : le rôle des vitamines C et E pas si clair » ; **Mercredi 5 février 2014**, p. 9, no. 21617, « Quand le sport réussit à réduire la fatigue des malades » ; **Jeudi 27 février 2014**, p. 10, no. 21636, « Dr De Mondenard : “Les contrôles ne sont pas efficaces” » ; **Mardi 18 mars 2014**, p. 4, no. 21652, « Particules fines : des méfaits avérés sur la santé » ; **Vendredi 21 mars 2014**, p. 34, no. 21655, « Comment prévenir les pathologies liées au golf » ; **Lundi 12 mai 2014**, p. 11, no. 21698, « Pratique sportive soutenue et continence, un mariage impossible ? » ; **Jeudi 15 mai 2014**, no. 21701, p. 11, « Cœur : le sport est bénéfique même si l'on débute après 40 ans » ; **Lundi 19 mai 2014**, p. 11, no. 21704, « Pollution et santé des enfants : l'impossible protection ? » ; **Mardi 20 mai 2014**, p. 13, no. 21705, « Du sport, mais pas trop » ; **Lundi 2 juin 2014**, p. 13, no. 21716, « Comment reprendre une activité physique après une pathologie lourde ? » ; **Lundi 2 juin 2014**, p. 14, no. 21716, « Ils sont d'abord accros au mouvement » ; **Mercredi 30 juillet 2014**, p. 8, no.

21766, « Cinq minutes de course par jour font gagner 3 ans de vie » ; **Mardi 19 août 2014**, p. 10, no. 21782, « Faire du sport réduit la sensibilité à la douleur » ; **Lundi 1 septembre 2014**, p. 9, no. 21793, « Comment prolonger les bienfaits des vacances » ; **Samedi 13 septembre 2014**, no. 21804, p. 23, « Ces cliniques qui s'affranchissent de la Sécurité sociale » ; **Jeudi 6 novembre 2014**, p. 36, no. 21850, « Robe moulante cherche corps athlétique ».

Le Monde :

Vendredi 16 mars 1990, p. 14, « Résolution parlement européen sur tabac et projet de Claude Evin d'un "plan de santé publique" après rapport Tubiana-Got » ; **Mercredi 4 avril 1990**, p. 17, « Un entretien avec M. Claude Evin » ; **Samedi 7 avril 1990**, p. 15, « Un entretien avec le président de France Plus » ; **Mercredi 20 juin 1990**, p. 2, « Le cancer sur le stade » ; **Mardi 26 juin 1990**, p. 11, Le projet de loi contre l'alcoolisme et le tabagisme. Un entretien avec le professeur Jean Bernard "Convaincre sans contraindre " ; **Mardi 7 août 1990**, p. 7, « Le 10 Congrès mondial de la Ligue des handicapés mentaux à Paris » ; **Mercredi 5 septembre 1990**, p. 13, « Les battements du second cœur. Après une transplantation cardiaque peut-on vivre normalement, faire du sport par exemple ? » ; **Jeudi 11 octobre 1990**, p. 13, « lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme. M. Bruno Durieux inaugure la Semaine européenne contre le cancer » ; **Vendredi 8 novembre 1991**, p. 16, « Les ministres de trente-quatre pays réunis à Paris La France souhaite inspirer une politique européenne pour les handicapés », **Lundi 27 juillet 1992**, p. 13, « Les XXIIèmes Jeux olympique d'été dopage : malgré les progrès techniques des contrôles les tricheurs courent toujours » ; **Vendredi 31 juillet 1992**, p. 8, « Les XXIIèmes jeux olympiques d'été. L'éveil de la Chine » ; **Mercredi 6 janvier 1993**, p. 26, « Dossier- Les rituels de l'entreprise La culture d'outre-Atlantique » ; **Jeudi 20 mai 1993**, p. 9, « Dans un avis sur le dopage Le Comité national d'éthique s'oppose à l'administration de compensations hormonales pour les sportifs » ; **Samedi 5 juin 1993**, p. 1, « Un entretien avec Simone Veil » ; **Lundi 30 août 1993**, p. 16, « A fond la forme ! » ; **Vendredi 10 septembre 1993**, p. 8, « Le communiqué du conseil des ministres » ; **Samedi 6 novembre 1993**, p. 37, « Réflexions d'un jogger de fond » ; **Mercredi 2 février 1994**, p. 14, « Le sida hors du stade » ; **Jeudi 26 mai 1994**, p. 1, Quand la famille va... Une enquête de l'INSERM relativise l'influence de la condition sociale sur les comportements des adolescents de 11 à 19 ans ; **Mardi 27 septembre 1994**, p. 15, « Le débat sur la pertinence de la loi de 1970 sur les stupéfiants » ; **Lundi 17 octobre 1994**, p. 8, « La préparation des élections municipales de juin 1995. Les communes ne veulent plus être les "vaches à lait" des associations sportives » ; **Vendredi 18 novembre 1994**, p. 10,

« La virilité bien tempérée » ; **Mardi 29 novembre 1994**, p. 16, « Après les révélations sur le dopage par l'avortement Sport et hormones » ; **Mercredi 23 novembre 1994**, p. 2, « Initiatives dossier, des entreprises qui créent de l'emploi pour la forme et le souffle » ; **Mercredi 21 décembre 1994**, « Réduire l'alcoolisme et le tabagisme et combattre l'exclusion sont les "objectifs prioritaires" pour l'an 2000 » ; **Jeudi 22 décembre 1994**, p. 11, « Un rapport sur la situation sanitaire en France » ; **Jeudi 9 février 1995**, p. 26, « Le corps et la santé. Le hockey sur glace entre bosses et plaies » ; **Mercredi 8 mars 1995**, p. 6, « Lionel Jospin propose aux Français de "prendre le parti du mouvement" » ; **Jeudi 6 avril 1995**, p. 27, « Le corps et l'effort » ; **Lundi 17 avril 1995**, p. 18, « Ariane Goldet à l'écoute de l'âme et du corps » ; **Mercredi 14 juin 1995**, p. 25, « Une étude sur les accidents de rugby » ; **Mercredi 12 juillet 1995**, p. 11, « La prévention en miettes » ; **Mercredi 2 août 1995**, p. 17, « Le dopage des sportifs est aussi une pratique sociale » ; **Lundi 9 octobre 1995**, p. 19, « Grandeur et horreur du sport » ; **Mardi 30 janvier 1996**, p. 21, « Les athlètes de haut niveau nouveaux champions de la publicité » ; **Mercredi 31 janvier 1996**, p. 21, « La campagne contre le cannabis est un coup de semonce aux sportifs. Le sport adopte une attitude particulièrement conservatrice » ; **Jeudi 4 avril 1996**, p. 22, « Le corps et la santé » ; **Samedi 20 avril 1996**, p. 7, « Les sénateurs repoussent l' "amendement buvette" » ; **Samedi 4 mai 1996**, p. 50, « Remise en forme égoïste. Parcours plaisir, programme et soins toniques pour récupérer avant de partir » ; **Vendredi 24 mai 1996**, p. 11, « A propos de la situation du CTNERHI » ; **Mardi 16 juillet 1996**, p. 14, « Atlanta, de Néron à Coca-Cola » ; **Lundi 25 novembre 1996**, p. 19, « La lutte contre le dopage en France » ; **Samedi 19 avril 1997**, p. 13, « Paroles de blouses blanches » ; **Vendredi 18 juillet 1997**, p. 6, « La Conférence nationale de la santé met l'accent sur l'éducation sanitaire » ; **Mardi 11 novembre 1997**, p. 23, « De la salle au salon de gym, la forme et les formes de la France » ; **Mercredi 21 janvier 1998**, p. 24, « La Fédération de handball saisie par un "doute scientifique" sur le dopage » ; **Jeudi 26 février 1998**, p. 5, « Thalasso, le Who's Who de la qualité » ; **Mardi 5 mai 1998**, p. 15, « La lutte antidopage révèle les contradictions du sport » ; **Jeudi 30 juillet 1998**, p. 11, « A propos du tour de France en dopage. Le meilleur rempart contre le fléau ? La médecine » ; **Mardi 4 août 1998**, p. 14, « La lutte contre le dopage a longtemps manqué d'une volonté politique forte » ; **Samedi 22 août 1998**, p. 14, « Le dopage est aussi une réponse à la nocivité de la suractivité physique » ; **Jeudi 10 septembre 1998**, p. 24, « Les médecins du sport sous surveillance » ; **Vendredi 25 septembre 1998**, p. 10, « L'argent de la dope » ; **Samedi 24 octobre 1998**, p. 19, « Une autre approche du dopage » ; **Jeudi 12 novembre 1998**, p. 16, « Lutte antidopage : la responsabilité des médecins sera accrue » ; **Mercredi 25 novembre 1998**, p. 12, « Les

situations familiales des adolescents influencent leur état de santé » ; **Vendredi 19 mars 1999**, p. 10, « La France commence à prendre conscience du fléau de l'alcoolisme » ; **Vendredi 2 avril 1999**, p. 31, « modes de vie » ; **Vendredi 14 mai 1999**, p. 13, « Pas de compromis avec le dopage » ; **Lundi 26 juillet 1999**, p. 17, « La fatigue ne doit pas empêcher de lancer le sprint contre l'hypocrisie » ; **Vendredi 26 novembre 1999**, p. 4, « Plus haut, plus vite, plus fort ? les sportifs ivres de records et d'argent » ; **Mardi 7 décembre 1999**, p. 4, « Anna Ritsatakis se bat pour l'égalité des chances en matière de santé » ; **Samedi 8 juillet 2000**, p. 25, « La Fondation Sport Santé s'ajoute à l'arsenal de la lutte antidopage » ; **Mardi 1 août 2000**, p. 19, « Un Manifeste pour que le sport véhicule des valeurs humaines » ; **Vendredi 11 août 2000**, p. 17, « Claire Condemine, médecin du sport. "On fait peser une présomption de culpabilité sur les coureurs cyclistes" » ; **Mardi 6 mai 2003**, p. 10, « Les Français sont de plus en plus sensibles à l'importance du bien manger » ; **Jeudi 12 juillet 2001**, p. 19, « Isabelle Queval : "La pratique du sport de haut niveau nuit car elle est démesure" » ; **Vendredi 10 août 2001**, p. 18, « Découvrir son corps. Le " sportif en charentaises " n'est plus ce qu'il était » ; **Vendredi 22 août 2003**, p. 10, « Santé, sport et politique » ; **Lundi 13 octobre 2003**, p. 13, « Les géants de l'agroalimentaire face au fléau de l'obésité » ; **Jeudi 29 avril 2004**, p. 34, « Le sport ne se résume pas à ses dérives, estime Vivianne Reding » ; **Samedi 5 juin 2004**, p. 27, « Le cyclisme, un sport tranquille qui fait appel à l'endurance » ; **Lundi 2 août 2004**, p. 14, « Trente-six millions de Français font du sport, « plus ou moins régulièrement » ; **Lundi 18 octobre 2004**, p. 9, « Les nouvelles recettes de l'agroalimentaire pour conjurer l'obésité. Les industriels veulent faire entendre leur voix dans le débat » ; **Mercredi 14 septembre 2005**, p. 30, « McDonald's et Kellogg's utilisent l'image du sport » ; **Mardi 17 janvier 2006**, p. 3, « Un entretien avec Bengt Kayser, Alexandre Mauron et Andy Miah » ; **Lundi 3 avril 2006**, p. 15, « Aux Nations unies, Adolf Ogi veut promouvoir le sport et ses vertus éducatives » ; **Mardi 11 avril 2006**, p. 24, « Ne tirez pas sur les Staps ! » ; **Vendredi 8 décembre 2006**, p. 17, « Des documents mettent en cause deux des plus grands clubs européens de football » ; **Samedi 17 février 2007**, p. 17, « Sports omnisports au comité national olympique et sportif français. Cinq candidats à l'élection présidentielle présentent leur programme en matière de sport » ; **Lundi 2 juillet 2007**, p. 11, « Sport. Entretien avec Jean-Christophe Seznec, médecin du sport "Bien utilisé, le sport est une source d'épanouissement. Mal utilisé, il peut être à l'origine d'importants dégâts » ; **Mardi 3 juin 2008**, p. 26, « Les femmes se mettent au sport à leur rythme et à leur goût » ; **Mercredi 3 septembre 2008**, p. 28, « La santé des 11-15 ans : bilan mitigé » ; **Vendredi 17 octobre 2008**, p. 22, « Barack Obama - John McCain L'ultime débat » ; **Samedi**

18 octobre 2008, p. 20, « Etats-Unis. Se soigner plus pour gagner plus » ; **Mercredi 13 mai 2009**, p. EDU8, « Orientation. La filière sport, reine de l'insertion professionnelle. Les métiers du sport » ; **Mardi 25 août 2009**, p. 21, « Les adolescents ont une activité physique insuffisante. En 2009, les jeunes Français, surtout les filles, sont presque deux fois moins actifs que dans les années 1970 » ; **Vendredi 2 octobre 2009**, p. 22, « Faire entrer l'olympisme dans le XXI^e siècle : Au-delà du choix de la ville des JO de 2016 » ; **Jeudi 19 novembre 2009**, p. 24, « Face à l'obésité, il est urgent de passer aux actes » ; **Jeudi 19 août 2010**, p. 18, « L'activité physique n'est pas un remède suffisant contre l'obésité infantile » ; **Mercredi 18 mai 2011**, p. 24, « Le sport sur ordonnance, alternative aux médicaments » ; **Mardi 24 mai 2011**, p. 2, « Le blog du jour "Fortes têtes", par Cécile Traverse, psychologue. Quand la relation au sport devient pathologique » ; **Mardi 31 mai 2011**, p. 8, « Bouger, un impératif sanitaire face aux maladies associées à l'obésité » ; **Samedi 8 octobre 2011**, p. SPH6, « Avis aux amateurs. Le second souffle de Nicole, Anita et Rosette » ; **Samedi 19 novembre 2011**, p. SPH6, « Pour changer la place du sport dans la société » ; **Mercredi 14 mars 2012**, p. 21, « Présidentielle : notre système de santé doit d'abord se focaliser sur le patient. Anticipons le passage d'une médecine curative à une médecine prédictive » ; **Samedi 13 octobre 2012**, p. SPH6, « A Villeurbanne, des sprints contre les kilos en trop » ; **Samedi 10 novembre 2012**, p. SPH1, « Le Gers s'active contre la mauvaise graisse » ; **Samedi 10 novembre 2012**, p. SPH6, « Lutter contre la mauvaise graisse au pays du foie gras » ; **Jeudi 15 novembre 2012**, p. 28, « Docteur, j'veux des baskets » ; **Samedi 15 décembre 2012**, p. SPH6, « A Saint-Fons, le sport ne sonne pas la récré » ; **Samedi 17 novembre 2012**, p. SPH4, « Enquête. Rugby French commotion » ; **Samedi 12 janvier 2013**, p. SPH6, « Strasbourg se bouge contre les kilos en trop » ; **Samedi 2 février 2013**, p. SPH4, « Lésions fatales » ; **Samedi 9 février 2013**, p. SPH4, « Avis aux amateurs. Appels, Cordée de la deuxième chance » ; **Samedi 9 février 2013**, p. SPH5, « L'articulation entre sport professionnel et amateur doit être repensée » ; **Mardi 21 février 2012**, p. 23, « Faire du sport pour lutter contre le cancer. La pratique d'une activité physique réduit le risque de récurrence et améliore la qualité de vie » ; **Samedi 9 mars 2013**, p. SCH7, « Chantal Wood, "bobologue" » ; **Samedi 16 mars 2013**, p. SCH2, « Mort subite du sportif : la prévention en question » ; **Samedi 30 mars 2013**, p. SPH6, « A Marseille, la danse pour se regarder droit dans la glace. L'association Une autre image aide les adolescents en surpoids » ; **Samedi 6 avril 2013**, p. SPH7, « A moi de jouer » ; **Samedi 6 avril 2013**, p. SPH8, « Entretien Laurent Benezech. Le rugby est dans la situation du cyclisme avant l'affaire Festina » ; **Samedi 8 juin 2013**, p. SPH6, « Avis aux amateurs. A Reims, les tatamis sont accessibles à tous » ; **Samedi 16 juin**

2012, p. SPH3, « Valérie Fourneyron, “le foot pro a besoin de faire sa révolution” » ; **Samedi 30 juin 2012**, p. SCH2, « Les bienfaits trop méconnus de l'activité physique » ; **Mercredi 25 juillet 2012**, p. 21, « Faire du sport régulièrement accroît l'espérance de vie » ; **Samedi 10 novembre 2012**, p. SPH1, « Le Gers s'active contre la mauvaise graisse » ; **Samedi 27 avril 2013**, p. SPH6, « La marche à suivre contre le diabète » ; **Mardi 14 mai 2013**, p. 28, « Docteur, j'veux des baskets » ; **Samedi 15 juin 2013**, p. SPH6, « A Aubervilliers, l'école de la vie est dans le gymnase » ; **Samedi 29 juin 2013**, p. 18, « Pour une nouvelle prévention contre le dopage » ; **Samedi 13 juillet 2013**, p. SPH6, « A Montélimar, foot et santé font bonne équipe » ; **Samedi 10 août 2013**, p. SPH6, « A Clermont-Ferrand, le sport pour repartir du bon pied » ; **Samedi 10 août 2013**, p. 5, « En Chine, l'obésité ne cesse de gagner du terrain » ; **Mercredi 30 octobre 2013**, p. SCH2, « Cancer et précarité : combattre la double peine » ; **Samedi 7 décembre 2013**, p. SPH7, « A moi de jouer. Sept minutes, pas une de plus » ; **Samedi 14 décembre 2013**, p. SPH6, « A Colombelles, le sport n'est pas une option » ; **Samedi 1 février 2014**, p. SPH6, « A Limoges, le BMX donne de l'élan » ; **Mercredi 12 février 2014**, p. SCQ8, « “Sportez-vous” bien! » ; **Samedi 1 mars 2014**, p. SPH6, « A Lyon, la longue marche contre le cancer » ; **Samedi 22 mars 2014**, p. SPH6, « Sports tous azimuts au collège Saint-John-Perse » ; **Samedi 26 avril 2014**, p. SPH8, Najat Vallaud-Belkacem, " Mon combat, c'est celui de l'égalité " » ; **Samedi 10 mai 2014**, p. SPH6, « A Saint-Denis, on se retrouve pour une promenade de santé » ; **Samedi 7 juin 2014**, p. SPH6, « A Barby, on arrive à l'heure au collège... et à vélo » ; **Mardi 10 août 2004**, p. 12, « Le sport, à la vie à la mort. Une soirée thématique consacrée aux dangers de la haute compétition »

Les Échos :

Jeudi 10 septembre 1992, p. 8, « Assurance-maladie. Dénonçant “excès”, “abus” et “fraudes” » ; **Lundi 28 novembre 1994**, p. 2, « Cindyniques » ; **Mardi 20 juin 1995**, p. 17, « Dossier. Ces entreprises qui apportent de l'oxygène » ; **Mardi 26 septembre 1995**, p. 2, « Laurent Fabius : "Les Français font leurs comptes et constatent que la fracture sociale ne sera pas diminuée, mais que la facture sera augmentée" » ; **Mercredi 21 mai 1997**, p. 2, « Lionel Jospin : L'effort nécessaire pour réussir le passage aux 35 heures hebdomadaires devra être équitablement réparti » ; **Vendredi 13 novembre 1998**, p. 56, « Dopage sportif » ; **Mercredi 4 octobre 2000**, p. 5, « Publié hier par le Comité français d'éducation pour la santé, le « “Baromètre 2000” de la santé des Français souligne les nouveaux risques féminins : tabagisme précoce, ivresse du samedi soir, obésité » ; **Mardi 12 décembre 2000**, p. 56, « Le

point de vue de Pierre-Hervé Gautier. Le sport, enjeu de société » ; **Vendredi 16 novembre 2001**, p. 23, « Sport. La filiale de Carat France ambitionne de permettre aux sponsors d'identifier les disciplines les plus proches de leur image » ; **Mercredi 26 juin 2002**, p. 45, no. 18683, « Sports. Le métier de la forme doit se muscler » ; **Mercredi 23 juin 2004**, p. 11, no. 19185, « Marketing. Les jeunes ont une vision pragmatique du sport » ; **Vendredi 17 septembre 2004**, p. 12, no. 19246, « L'avenir se construit autour du sport-santé » ; **Vendredi 25 février 2005**, p. 11, no. 19359, « Marketing. Le sport en salle cherche à élargir son public » ; **Vendredi 1 avril 2005**, p. 8, no. 19383, « Le créneau attire de plus en plus les professionnels du tourisme. L'air du temps profite à la randonnée » ; **Mercredi 25 janvier 2006**, p. 23, no. 19591, « Où va le sportif d'élite ? » ; **Vendredi 22 juin 2007**, p. 13, no. 19945, « Sport-business. Le tandem Bachelot-Laporte au chevet du sport » ; **Lundi 20 août 2007**, p. 12, no. 19985, « Management. Les entreprises veulent des salariés en forme » ; **Vendredi 24 août 2007**, p. 8, no. 19989, « Sport-business. L'athlétisme français fait sa révolution » ; **Mardi 19 février 2008**, p. 11, no. 20113, « Social. La santé au travail préoccupe les entreprises allemandes » ; **Vendredi 18 juillet 2008**, p. 8, no. 20217, « Sport-business. La Fédération d'athlétisme, une fédé attractive » ; **Vendredi 5 décembre 2008**, p. 14, no. 20315, « Mécénat sportif : les fondations prennent le relais des associations » ; **Lundi 16 mars 2009**, p. 10, no. 20384, « Sport business. Les Français et le sport : des relations ambiguës » ; **Vendredi 30 octobre 2009**, p. 9, no. 20542, « Sport business. Denis Masseglia président du comité national olympique et sportif français. "Les clubs sont prêts à accueillir toutes les formes de pratiques" » ; **Vendredi 30 octobre 2009**, p. 9, no. 20542, « Sport business. Les fédérations gagneraient à élargir leur offre » ; **Vendredi 5 février 2010**, p. 11, no. 20609, « Interview Denis Masseglia président du Comité National Olympique et Sportif Français » ; **Mercredi 7 avril 2010**, p. 10, no. 20651, « Management Santé : Safeway et Whole Foods jouent la prévention à tout prix » ; **Jeudi 6 mai 2010**, p. 12, no. 20672, « Marketing Fitness : le marché français rattrape son retard » ; **Vendredi 10 décembre 2010**, p. 3, no. 20823, « Santé. Les salariés se sentent moins stressés mais plus fatigués en 2010 qu'en 2009 » ; **Mardi 30 octobre 2012**, p. 14, no. 21302, « Management le cas dévoile aujourd'hui une note sur les enjeux du sport en entreprise. Le sport au travail pour doper l'efficacité de l'entreprise » ; **Jeudi 12 septembre 2013**, p. 11 no. 21520, « Le point de vue de Jean-François Vilotte. Le monde du sport ne peut plus vivre en vase clos ! » ; **Lundi 14 octobre 2013**, p. 23, no. 21542, « Internet. Quand le mobile révolutionne le bien-être et la santé » ; **Lundi 14 octobre 2013**, p. 23, no. 21542, « Internet. Fitnext, un coaching automatisé mais personnalisé » ; **Vendredi 29 novembre 2013**, p. SWE5 no. 21574, « Focus.

Les salles de sport se remusclent » ; **Jeudi 20 mars 2014**, p. 5, no. 21651, « Protection sociale. Le Sénat veut relever la TVA sur les boissons sucrées » ; **Mercredi 7 mai 2014**, p. 35 no. 21683, « Siel bleu. Le sport, outil de santé publique » ; **Lundi 13 octobre 2014**, p. 18 no. 21791, « Agroalimentaire. L'engagement très mesuré des fabricants de sodas contre l'obésité » ; **Mercredi 29 octobre 2014**, p. 19, no. 21803, « Innovation. Un champ de possibilités à défricher pour les assureurs ».

Libération

Jeudi 19 janvier 1995, p. 24, « Les Français pratiquent la musculation, sans excès » ; **Jeudi 16 février 1995**, p. 20, « Les entreprises, partenaires pédagogiques très particuliers » ; **Samedi 4 mars 1995**, p. 17, « Après la punition du foot, le rugby a failli être privé de télévision » ; **Lundi 6 mars 1995**, p. VIII, « L'éducation sportive » ; **Jeudi 30 mars 1995**, p. 30, « Une enquête confirme que "le sport, c'est la santé", mais les Français n'en font pas beaucoup » ; **Vendredi 14 avril 1995**, p. 28, « Le deuxième baromètre de l'état de santé des Français est publié aujourd'hui » ; **Mardi 2 mai 1995**, p. 25, « Une campagne pour combattre les idées reçues sur l'épilepsie » ; **Jeudi 1 juin 1995**, p. 26, « Accidents domestiques: 18000 morts en 1991 » ; **Mercredi 7 juin 1995**, p. 27, « La première conférence Médecine et Tennis se tient à Paris » ; **Vendredi 25 août 1995**, p. 22, « L'Insee a calculé le revenu des personnes de 61 à 70 ans. Jeunes, riches... et retraités. Leur revenu dépasse de 15% celui de l'ensemble de la population » ; **Mardi 5 septembre 1995**, p. 9, « Dans la presse chinoise. La maladie des intellectuels » ; **Vendredi 22 septembre 1995**, p. 19, « Quand la Sécu rationne la prévention. Des soins, comme certains vaccins, ne seront plus remboursés dans les Yvelines » ; **Vendredi 22 septembre 1995**, p. 25, « Stériles en mangeant trop ou pas assez. Les troubles du comportement alimentaire accroissent l'infertilité féminine » ; **Mercredi 28 août 1996**, p. 4, « Le crépuscule des Jeux » ; **Lundi 14 octobre 1996**, p. 28, « CONFÉRENCE. Le CIO loue l'apport des femmes dans le sport » ; **Lundi 13 janvier 1997**, p. 26, « La performance dopée. Enquête sur la face cachée du sport (1) Le bel âge du dopage. De produits indétectables en manoeuvres juridiques, la dérive se généralise » ; **Lundi 27 janvier 1997**, p. 30, « La performance dopée. Enquête sur la face cachée du sport. Le trouble jeu des fédérations » ; **Vendredi 31 janvier 1997**, p. 32, « La performance dopée. Enquête sur la face cachée du sport (11 et fin) Faut-il supprimer les contrôles? » ; **Samedi 24 mai 1997**, p. 26, « Sécuriser la F1 sans la dénaturer. Comment diminuer les performances des voitures en préservant le spectacle » ; **Samedi 21 juin 1997**, p. 20, « A Lyon, 5 000 participants pour des Jeux sans médailles. Aux premiers "Jeux européens sport-santé" convivialité sans compétition » ;

Lundi 21 juillet 1997, p. 22, « "Restaurer un service public du sport". Une interview de la ministre Marie-Georges Buffet (PCF) » ; **Mercredi 24 décembre 1997**, p. 4, « Le sport offre un lieu d'embrigadement d'un peuple unifié dans un système autoritaire... Une alternative à la lutte des classes? Les dangers du sportisme » ; **Vendredi 23 janvier 1998**, p. 5, « Lutter sérieusement contre le dopage suppose d'en finir avec des calendriers sportifs démentiels, de renforcer l'encadrement et de faire renaître la médecine du sport. Eradiquons les causes du dopage » ; **Jeudi 30 avril 1998**, p. VIII, « C'est le sport qu'il faudrait réformer. Les spécialistes sont sceptiques sur la portée d'une loi » ; **Lundi 20 juillet 1998**, p. 4-5, « 10 questions sur le poison du sport. Qui se dope, comment, qui pousse les athlètes, peut-on en finir? » ; **Mardi 21 juillet 1998**, p. 2-3, « Des médecins s'insurgent suite à l'affaire Festina » ; **Mardi 4 août 1998**, p. 4, « Les corps hyperphysiques - et les philtres auxquels ils ont recours - relèvent d'une expérience du sacré. De l'arrachement de l'humain à l'humain. Le dopé et le sacré » ; **Lundi 12 octobre 1998**, p. 26-27, « Dopage et toxicomanie. Les liaisons dangereuses Une étude médicale analyse comment des sportifs ont succombé à l'héroïne » ; **Mardi 17 novembre 1998**, p. 2, « Le CNRS sonne l'alarme » ; **Jeudi 19 novembre 1998**, p. 26, « Loi antidopage: les députés frappent plus fort que Buffet Une série d'amendements a été déposée pour renforcer le texte » ; **Lundi 23 novembre 1998**, p. 24, « Haut niveau: la dépression guette en bout de piste "Souffrance", "blessure narcissique", "angoisse", le psychologue Patrick Bauche détaille les difficultés de la vie après le sport » ; **Mardi 8 décembre 1998**, p. 7, « Accepter qu'un type utilise des produits et mette sa santé en péril sans le reléguer au rang de tricheur est difficile pour la société. Cela ne doit pas l'être pour nous, médecins » ; **Lundi 8 mars 1999**, p. 28-29, « Des lésions qui, parfois, les rendent invalides » ; **Lundi 7 février 2000**, p. 34-35, no. 5824, « L'Italie, les yeux dans la dope.; Le pays découvre l'ampleur des ravages du dopage, la lutte s'organise » ; **Lundi 4 décembre 2000**, p. 22, « Des jeunes sportifs pas si sains. Psychotropes et violence iraient de pair avec une pratique intensive » ; **Mercredi 18 avril 2001**, p. 6, « Le sportif de haut niveau n'est que le bouc émissaire d'une "société dopante", ancrée dans l'idéologie de la performance. Le complexe d'Astérix » ; **Mercredi 10 avril 2002**, p. 32-33, no. 6502, « Le sport manque de santé » ; **Mardi 17 septembre 2002**, p. 26 ; no. 6638, « Etats généraux: promis par Chirac, lancés par Lamour » ; **Samedi 26 octobre 2002**, p. 38-39, « Modes de vie. La gonflette du dopage. La prise de produits pour améliorer les performances est loin d'être réservée aux sportifs de haut niveau. Les amateurs et les sportifs du dimanche en font une consommation croissante » ; **Jeudi 5 juin 2003**, p. 8, no. 6861, « L'aspect de risque sanitaire dans le sport est effacé par l'idée que lorsqu'on va à l'extrême, on fortifie sa santé. La vraie fausse santé des

sportifs » ; **Vendredi 20 février 2004**, p. 35-36, no. 7084, « Préparer un athlète de haut niveau, c'est aussi lui apprendre à gérer la fin de sa carrière. Sportif, pense à ta retraite » ; **Samedi 6 mars 2004**, p. 41, no. 7097, « Santé. Une expérience qui fait école. Les pouvoirs publics s'attaquent à l'obésité infantile qui a doublé en dix ans en France » ; **Jeudi 25 mars 2004**, p. 10, « C'est la dure loi du sport. Se dépasser n'est pas que l'affaire des athlètes de haut niveau, mais celle de la société tout entière » ; **Samedi 26 juin 2004**, p. 27, no. 7192, « Le rapport de l'Inpes en dresse un portrait sanitaire plutôt équilibré. Les 12-25 ans, dans les nuages mais la tête sur les épaules » ; **Lundi 4 octobre 2004**, p. 39-40, no. 7277, « Derrière la question du dopage se profile un autre excès sportif: la précocité des athlètes » ; **Lundi 29 novembre 2004**, p. 39, no. 7325, « L'Etat devrait permettre aux fédérations sportives de s'adapter aux besoins des Français. Service public: pas assez sport » ; **Mardi 6 février 2007**, p. 32, no. 8009, « Pour sauver davantage de vies, notre système de soins doit être transformé en un système de santé. Quintupler l'effort de prévention » ; **Mercredi 16 mai 2007**, p. 15, no. 8093, « Les habitants d'outre-Rhin sont les champions européens du surpoids, selon une étude sur l'obésité » ; **Jeudi 28 juin 2007**, p. 15, no. 8130, « Sport. Présidentiel et populaire à la fois, la course, c'est tout un style, voire un engagement. Le jogging est-il de droite ? » ; **Lundi 6 août 2007**, p. 20, « Dérives de la lutte antidopage. Une large politique de prévention devrait être mise en place pour limiter les conduites addictives » ; **Mercredi 15 août 2007**, p. 15, « Le Sport soluble dans la Santé ? » ; **Mercredi 15 août 2007**, p. 15, « Sur les traces de Léo Lagrange. Le futur secrétaire d'Etat, sous tutelle de la Santé, devra inventer un sport d'utilité publique » ; **Jeudi 13 septembre 2007**, p. 6, « Le sport est-il nocif ? Roland Krzentowski et Stéphane Diagona » ; **Lundi 5 mai 2008**, p. 29, no. 8396, « L'Insep in situ. Sport et santé entretenus » ; **Vendredi 8 juin 2012**, p. 24, « Cessez de marginaliser le sport féminin » ; **Vendredi 18 janvier 2013**, p. 23, « Le vélo qui cache le peloton » ; **Lundi 15 juillet 2013**, p. 20, « Des sportifs à corps perdus » ; **Mercredi 24 juillet 2013**, p. 18, « Le sénateur Jean-Jacques Lozach, qui publie aujourd'hui un rapport sur la lutte antidopage, réclame des contrôles plus ciblés » ; **Jeudi 25 juillet 2013**, p. 4, « L'Italie met dopeurs et usagers dans le même panier » ; **Jeudi 25 juillet 2013**, p. 5, « Ministre des Sports, Valérie Fourneyron soutient la création de commissions "vérité et réconciliation" » ; **Jeudi 19 septembre 2013**, p. 28, « Mixed Martial Art. La rage en cage » ; **Lundi 17 février 2014**, p. SUP8, « Demain. Les objets connectés battent les mesures. Santé, sport... Ces gadgets vont nous quantifier au quotidien » ; **Vendredi 7 mars 2014**, p. 21, « Performance en baisse : allons enfants, de la pratique » ; **Vendredi 18 avril 2014**, p. 14, « Najat Vallaud-Belkacem endosse sa tenue de sport » ; **Jeudi 10 juillet 2014**, p. 23, « God save la petite reine ».

Annexe IV : corpus des textes visant à investiguer la sphère politique cités dans le texte

Cette annexe présente les différents textes ayant permis d'investiguer l'arène politique quant à la thématique du sport-santé. Seules sont recensées ici, les références citées dans le présent document.

1. Rapports d'expertises :

Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS). (2005). *Prise en charge thérapeutique du patient dyslipidémique*. France : Saint- Denis.

Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS) et Haute Autorité Sanitaire (HAS). (2006). *Traitement médicamenteux du diabète de type 2. Recommandations de bonne pratique*. France : Saint-Denis.

Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES). (2016). *Actualisation des repères du PNNS - Révisions des repères relatifs à l'activité physique et à la sédentarité. Avis de l'Anses. Rapport d'expertise collective*. Maisons-Alfort ANSES. Consulté sur : <https://www.anses.fr/fr/system/files/NUT2012SA0155Ra.pdf>

Aquino J-P., Gohet P., Mounier C., Comité "Avancée en âge". (2013). *Anticiper pour une autonomie préservée : un enjeu de société*. Premier ministre, ministère des affaires sociales et de la santé, ministère des personnes âgées et de l'autonomie. Paris : La documentation française. Consulté sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Aquino.pdf

Astrand PO. (1969). *Sport pour tous, exercice et santé*. Strasbourg : Conseil de la coopération culturelle, Conseil de l'Europe.

Bazex, J., Pène, P. et Rivière D., 2012. Les activités physiques et sportives -la santé - la société, *Bull. Acad. Natle Méd.* 196 (7), 1429-1442.

Bigard, X. (2016). *Rapport du Groupe de Travail, Activité physique et prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques. Quelles compétences pour quels patients*

- ? *Quelles formations ?*. Rapport remis au Directeur Général de la Santé le 20 juin 2016. Paris : Ministère de la Santé. Consulté sur https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_activite_physique_maladies_chroniques.pdf
- Boyer, V. (2008). *Rapport d'information déposé en application de l'article 145 du règlement par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales. En conclusion des travaux de la mission sur la prévention de l'obésité*. Paris : Assemblée Nationale. Consulté sur <http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i1131.asp>
- Broustet, J-P. (1980). Le cœur du sédentaire. In H. Périé (dir.), *Activités physiques, sport et santé* (p. 21-23). Paris : La documentation française.
- De Butler, J. (1980). Le conseil sportif au cours de la consultation de médecine générale. In H. Périé (dir.), *Activités physiques, sport et santé* (p. 83-96). Paris : La documentation française.
- De Danne, A. (2009). *Commission pour la prévention et la prise en charge de l'obésité. Rapport au Président de la république*. Paris : La documentation française. Consulté sur <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/104000238.pdf>
- Degeorges, M. (1980). L'exercice, un médicament pour le cœur. In H. Périé (dir.), *Activités physiques, sport et santé* (p. 24-27). Paris : La documentation française.
- Haute Autorité Sanitaire (HAS). (2005). *Prise en charge des patients adultes atteints d'hypertension artérielle essentielle, Actualisation 2005*. France : Saint-Denis. Consulté sur <https://www.em-consulte.com/showarticlefile/125375/index.pdf>
- Haute Autorité Sanitaire (HAS). 2011. *Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées*. France : Saint-Denis. Consulté sur https://www.has-sante.fr/jcms/c_1059795/fr/developpement-de-la-prescription-de-therapeutiques-non-medicamenteuses-validees
- Herberg, S. et Tallec, A. (2000). *Pour une politique nutritionnelle de santé publique en France : enjeux et propositions. Rapport pour le Haut comité de Santé publique*, ENSP : Rennes, 2000. Consulté sur <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Ouvrage?clef=56>
- Institut National de Santé et de Recherche Médicale (INSERM). (2008). *Activité physique, contextes et effets sur la santé, Rapport d'expertise collective*. Paris. Consulté sur <http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/80>

- Institut National de Santé et de Recherche Médicale (INSERM). (2000). *Obésité : Dépistage et prévention chez l'enfant*. Paris.
Consulté sur <http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/37>
- Institut National de Santé et de Recherche Médicale (INSERM). Boiche, J., Fervers, B., Freyssenet, D., Gremy, I., Guiraud, T. et al. (2019). *Activité physique : Prévention et traitement des maladies chroniques*. Paris : Inserm : Éditions EDP Sciences. Consulté sur :
https://www.inserm.fr/sites/default/files/2019-09/Inserm_EC_2019_Activit%C3%A9PhysiqueMaladiesChroniques_Complet.pdf
- Institut Nationale du Cancer (INCa). 2012. *Activité physique et cancers*. Boulogne-Billancour : INCa. Consulté sur :
http://www.sports.gouv.fr/IMG/pdf/e-cancer_activite_physique_et_sedentarite.pdf
- Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Haut Conseil de la santé publique (HCSP). (1998). *La santé en France 1994-1998*. Paris : La Documentation française.
- Ministère des Affaires sociales de la Santé et de la Ville, Haut Conseil de la santé publique (HCSP). (1994). *La santé en France. Rapport général*. Paris : La Documentation française.
- Ministère du travail et des affaires sociales, Haut Conseil de la santé publique (HCSP). (1996). *La santé en France 96*. Paris : La Documentation française.
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (1967). Études de la morbidité et de la mortalité : tendances actuelles. *Cahiers de la santé publique*, 27(209).
- Organisation mondiale de la santé (OMS). (2010). *Recommandations mondiales sur l'activité physique pour la santé*. Genève : OMS . Consulté sur :
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44436/9789242599978_fre.pdf;sequence=1
- Pène, P. et Touitou, Y. (2009). Sport et santé. *Bull. Acad. Natle Méd.*, 193(2), 415-429
- Périé, H (dir.). (1980). *Activités physiques, sport et santé*. Paris : La documentation française.
- Pinville, M. (2013). *Relever le défi politique de l'avancée en âge*. Paris : la documentation française. Consulté sur <https://fr.calameo.com/books/00028276552155e7afb6e>

Réville, P. (1980). Les conséquences circulatoires et métaboliques de l'inactivité physique. In H. Périer (dir.), *Activités physiques, sport et santé* (p. 14-23). Paris : La documentation française.

Rivière, D. (2013). *Dispositif d'activités physiques et sportives en direction des âgés : rapport remis aux ministres, établi par le groupe de travail, sous la présidence du Professeur Daniel Rivière*. Paris : Ministère des personnes âgées et de l'autonomie, Ministère des sports, de la jeunesse, de l'éducation populaire et de la vie associative. Consulté sur : http://www.sports.gouv.fr/IMG/pdf/dispositif_d_aps_en_direction_des_ages_daniel_riviere.pdf

Toussaint, J-F. (2008). *PNAPS, Plan National de prévention par l'Activité Physique ou Sportive*. Paris : Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie Associative. Consulté sur : <https://www.irbms.com/download/documents/rapport-toussaint-pnaps-retrouver-sa-liberte-de-mouvement.pdf>

2. Lois, instructions, décrets, arrêtés, compte-rendus de débats parlementaires, plans et programmes politiques

2.1. Plans et programmes politiques

Agence Régionale de Santé de Poitou-Charentes, Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale et Région Poitou-Charentes. (2014). *PRSSBE, Plan Régional Sport Santé Bien-Etre Poitou-Charentes 2014-2016*. Consulté sur http://nouvelle-aquitaine.drdjcs.gouv.fr/sites/nouvelle-aquitaine.drdjcs.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_Regional_Sport_Sante_Bien_Etre_PC_V2_17_02_2015.pdf

Agence Régionale de Santé Pays de la Loire et Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale Pays de la Loire. (2013). *Plan régional Sport Santé Bien-être 2013-2016*. Consulté sur http://pays-de-la-loire.drdjcs.gouv.fr/sites/pays-de-la-loire.drdjcs.gouv.fr/IMG/pdf/prssbe_version_signee.pdf

- Aquino, J-P. (2015). *PNAPPA. Plan national d'Action de prévention de la perte d'autonomie*. Paris : Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Consulté sur :
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_national_daction_de_prevention_de_la_perte_dautonomie.pdf
- Bas, P. (2006). Ministère délégué à la Sécurité Sociale, des sports et de la vie associative aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille. *Plan solidarité grand âge*. Paris. Consulté sur :
https://www.cnsa.fr/documentation/plan_solidarite_grand_age_2008.pdf
- Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale Aquitaine et Agence Régionale de Santé Aquitaine. (2013). *Plan Sport-Santé Bien-Etre*. Consulté sur :
http://www.cdos33.org/wp-content/uploads/2014/01/plan-sport-bien-%C3%AAtre-sant%C3%A9-2013_DDCCS.pdf
- Ménard, J. (2007). *Pour le malade et ses proches : chercher, soigner et prendre soin*. Paris : La Documentation française. Consulté sur <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/074000711.pdf>
- Ministère de la Jeunesse et des sports. (1986). *Le Sport bien-être en Aquitaine. Guide du Sport pour Tous*. Bordeaux : Edition Gironde .
- Ministère de la ville de la jeunesse et des sports et Pôle Ressources National Sport, Santé, Bien-Etre. (2014). *Bilan de l'enquête portant sur les plans régionaux sport santé bien-être*. Consulté sur http://www.sports.gouv.fr/IMG/pdf/synthse_prn2sbe_vv.pdf
- Plan cancer 2009-2013. (2011). Ministère de la Santé et des Sports, ministère de la Recherche et de l'Enseignement supérieur, ministère du Travail, *3^{ème} rapport d'étape au président de la république*. Boulogne-Billancourt : INCa. Consulté sur <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/104000350.pdf>
- Plan cancer 2014-2019. (2014). Ministère des Affaires sociales et de la Santé, Ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, *Plan cancer 2014-2019 - guérir et prévenir les cancers: donnons les mêmes chances à tous, partout en France*. Paris, La Documentation française. Consulté sur <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Plan-Cancer-2014-2019>

Plan Obésité 2010-2013 (2011). Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé. Consulté sur https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_Obesite_2010_2013.pdf

Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011. (2007). Ministère de la Santé et des Solidarités. Consulté sur https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan2007_2011.pdf

PNBV, Plan National Bien Vieillir 2007-2009. (2007). Ministère de la Santé et des Solidarités, Ministère de la Jeunesse des Sports et de la Vie associative, Ministère délégué à la Sécurité Sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la famille. Consulté sur https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/presentation_plan-3.pdf

PNNS, Programme National Nutrition Santé 2001-2005. (2001). Ministère de l'emploi et de la solidarité, Ministère délégué à la santé. Consulté sur <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/1n1.pdf>

PNNS 2, Programme National Nutrition Santé 2006-2010. (2006). Ministère de la santé et des solidarités. *Actions et mesures*. Consulté sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNNS_2006-2010.pdf

PNNS 3, Programme National Nutrition Santé 2011-2015 (2011). Ministère du Travail, de l'Emploi et la Santé. Consulté sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNNS_2011-2015.pdf

PNSE, Plan National Santé Environnement 2009-2013. (2009). Ministère de l'écologie, de l'énergie, du développement durable et de la mer, Ministère de la santé et des sports, Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, Ministère du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville. *Des actions concrètes pour la prévention des risques sanitaires liés à la prévention*. Consulté sur : <https://www.ecologique-solidaire.gouv.fr/sites/default/files/PNSE2.pdf>

2.2. Lois, instructions, décrets et arrêtés :

République Française. (2012). *Instruction n°DS/DSB2/SG/DGS/DS/DGCS/2012/434 du 24 décembre 2012 relative à la mise en œuvre opérationnelle des mesures visant à promouvoir et développer la pratique des activités physiques et sportives comme*

- facteur de santé publique, annoncées en conseil des ministres du 10 octobre 2012.*
Consulté sur http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2013/01/cir_36363.pdf
- République Française. (2016a). Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. In *Journal Officiel de la République Française n°0022 du 27 janvier 2016*. Consulté sur <https://beta.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000031912641>
- République Française. (2016b). Décret n°2016-1990 du 30 décembre 2016 relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée. In *Journal Officiel de la République Française n°0304 du 31 décembre 2016 texte n° 48*. Consulté sur <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/12/30/2016-1990/jo/texte>
- République Française. (2017). *Instruction interministérielle no DGS/EA3/DGESIP/DS/SG/2017/81 du 3 mars 2017 relative à la mise en oeuvre des articles L. 1172-1 et D. 1172-1 à D. 1172-5 du Code de la santé publique et portant guide sur les conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée*. Consulté sur http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2017/04/cir_42071.pdf
- République Française. (2018). Arrêté du 8 novembre 2018 relatif à la liste des certifications fédérales autorisant la dispensation d'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée. In *Journal Officiel de la République Française n°0276 du 29 novembre 2018 texte n° 43*. Consulté sur :
<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2018/11/8/SPOV1830504A/jo/texte>
- République Française. (2019a). Arrêté du 19 juillet 2019 relatif à la liste des certificats de qualification professionnelle autorisant la dispensation d'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée. In *Journal Officiel de la République Française n°0169 du 23 juillet 2019 texte n° 41*. Consulté sur :
<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2019/7/19/SPOV1921504A/jo/texte>
- République Française. (2019b). Arrêté du 29 juillet 2019 portant modification de l'arrêté du 8 novembre 2018 relatif à la liste des certifications fédérales autorisant la dispensation d'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints

d'une affection de longue durée. In *Journal Officiel de la République Française* n°0184 du 9 août 2019 texte n° 44. Consulté sur :

<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2019/7/29/SPOV1921813A/jo/texte>

2.3. Comptes rendus des débats parlementaires

Assemblée Nationale. (11 avril 2015). Compte rendu intégral des séances du vendredi 10 avril 2015. In *Journal Officiel de la République Française*, Année 2015, no 49 A.N. (C.R.). Consulté sur <http://www.assemblee-nationale.fr/14/pdf/cri/2014-2015/20150209.pdf>

Assemblée Nationale. (28 novembre 2015). Compte rendu intégral des séances du vendredi 27 novembre 2015. In *Journal Officiel de la République Française*, Année 2015, no 135 [2] A.N. (C.R.). Consulté sur <http://www.assemblee-nationale.fr/14/pdf/cri/2015-2016/20160070.pdf>

Assemblée Nationale. (18 décembre 2015). Compte rendu intégral des séances du jeudi 17 décembre 2015. In *Journal Officiel de la République Française*, Année 2015, no 147 A.N. (C.R.). Consulté sur <http://www.assemblee-nationale.fr/14/pdf/cri/2015-2016/20160091.pdf>

Sénat. (30 septembre 2015). Compte rendu intégral des séances du mardi 29 septembre 2015. In *Journal Officiel de la République Française*, Année 2015, no 101 S. (C.R.). Consulté sur <https://www.senat.fr/seances/s201509/s20150929/s20150929.pdf>

Sénat. (15 décembre 2015). Compte rendu intégral des séances du lundi 14 décembre 2015. In *Journal Officiel de la République Française*, Année 2015, no 148 S. (C.R.). Consulté sur <https://www.senat.fr/seances/s201512/s20151214/s20151214.pdf>

3. Documents publics produits par différents groupes professionnels

Association Francophone en Activités Physiques Adaptées (AFAPA). (2016). *Pétition pour des Activités Physiques Adaptées (APA) au service de tous les patients*. Adresse URL : <https://www.change.org/p/minist%C3%A8re-de-la-sant%C3%A9-pour-des-activit%C3%A9s-physiques-adapt%C3%A9es-apa-au-service-de-tous-les-patients>

- Association Nationale des Etudiants en Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives (ANESTAPS). (2016) *Les Enseignants APA, acteurs incontournables dans l'encadrement de l'Activité Physique Adaptée!* Adresse URL : <https://c3d-staps.fr/2016/12/09/les-enseignants-apa-acteurs-incontournables-dans-lencadrement-de-lactivite-physique-adaptee/>
- Delignières, D. (2016). *STAPS/Kiné : La guerre des territoires*. Adresse URL: <http://blog.educpros.fr/didier-delignieres/2016/03/26/stapskine-la-guerre-des-territoires/>
- Syndicat National des Masseurs Kinésithérapeutes Rééducateurs (Mars 2016). Kiné et Staps : une place pour chacun. *Kinépointpresse*, 43, 18-21.
- Syndicat National des Masseurs Kinésithérapeutes Rééducateurs (Mars 2016). Le point de vue de l'Ordre. *Kinépointpresse*, 43, 22
- Syndicat National des Masseurs Kinésithérapeutes Rééducateurs (Mai 2016). Avec leurs APA, les STAPS espèrent pêcher au gros... *Kinepointpresse*, 44, 6-7.
- Syndicat National des Masseurs Kinésithérapeutes Rééducateurs (septembre 2016). Le CNOMK fait surfer la profession sur la vague des JO. *Kinépointpresse*, 45, 17.
- Syndicat National des Masseurs Kinésithérapeutes Rééducateurs (décembre 2016). Pratiquer une activité sportive avec une affection de longue durée. *Kinépointpresse*, 46, 4.
- Syndicat National des Masseurs Kinésithérapeutes Rééducateurs (Aout 2017). Sport sur ordonnance : la place des kinés. *Kinépointpresse*, 47, 7.

Annexe V : les journées d'études et congrès

Cette annexe présente les journées d'études et congrès auxquels nous avons assisté afin de comprendre les enjeux des politiques publiques contemporaines dans le secteur du sport-santé.

- 2^{ème} journée *sport, santé, bien-être*. Organisée par la Chaire universitaire de Poitiers. Université de Poitiers, Poitiers, le 16 juin 2016.
- Colloque, *La sédentarité dans tous ses états*. Organisé par l'Observatoire Nationale de l'Activité Physique et de la Sédentarité (ONAPS). Ministère de la santé, Paris, le 12 octobre 2016.
- Le « mardi du master » sur la thématique « *Sport sur ordonnance - Parcours législatif, obstacles et mise en œuvre de l'amendement 917* ». Organisé par L'Institut national du Sport, de l'Expertise et de la Performance (INSEP). INSEP, Paris, le 15 mars 2016.
- Journée d'étude « *Le développement des activités sportives à des fins de santé – du national au local* ». Organisé par la Faculté des Sciences du Sport de l'Université de Bourgogne. Faculté des Sciences du Sport, Dijon, le 11 octobre 2016.

Annexe VI : liste des entretiens

Cette annexe présente les différents entretiens que nous avons réalisés avec les acteurs rencontrés. Sont précisées leurs fonctions professionnelles en lien avec la thématique du sport-santé.

Date	Sexe	Profession	Durée
6/07/2017	H	Président du RSSBE de Champagne- Ardenne. Médecin généraliste et médecin du sport.	1h28min
3/10/ 2016	H	Médecin conseiller de la DRJSCS de Champagne-Ardenne au moment de la création du RSSBE de Champagne-Ardenne.	2h04min
20/06/2017			38min
1/11/17	H	Coordonnateur du RSSBE de Champagne-Ardenne. Titulaire d'un master en psychologie du sport. Titulaire d'un master APA-S.	1h10
22/06/2017	H	Vice-Président du RSSBE de Champagne-Ardenne. Représentant de l'URPS-ML au sein du RSSBE de Champagne-Ardenne. Médecin généraliste.	52min
10/05/2017	F	Vice présidente du RSSBE de Champagne-Ardenne. Représentante du CISS de Champagne-Ardenne.	1h09min
9/06/2017	F	Chargée de mission. Département prévention et promotion de la santé de l'ARS Grand-Est et anciennement de Champagne-Ardenne.	47min
28/06/2017	H	EMS au sein du RSSBE de Champagne-Ardenne. Titulaire d'un master STAPS entraînement et optimisation de la performance sportive.	1h05min
29/06/2017	H	EMS au sein du RSSBE de Champagne-Ardenne. Titulaire d'un master APA-S.	1h21min
27/09/2016	F	Coordonnatrice du RSSBE de Franche-Comté. Titulaire d'un master APA-S.	1h56min
25/10/2016			28min
20/10/2016	F	Chargée de mission ARS Bourgogne-Franche-Comté. Département prévention et promotion de la santé.	1h32min

		Inspectrice de l'action sanitaire et sociale.	
17/10/2016	H	Chargé de mission ARS Bourgogne-Franche-Comté. Coordonnateur régional du PNNS entre 2003 et 2015. Nutritionniste .	1h17min
20/10/2016	H	Coordonnateur RÉPPOP de Franche-Comté. Titulaire d'un master STAPS APA. Titulaire d'un doctorat en STAPS (physiologie).	1h33min
18/06/2016	F	Masseur-kinésithérapeute libéral. RSSBE de Franche-Comté.	1h34min
18/10/2016	F	Educatrice sportive RSSBE de Franche-Comté. Groupement d'employeur <i>Profession sport 25</i> . Titulaire d'un Brevet Professionnel de la Jeunesse, de l'Education Populaire et du Sport, Activités Aquatiques et de la Natation et du diplôme universitaire. Activité physique adaptée, nutrition et cancer de l'Université de Franche-Comté.	1h04min
6/09/2016	H	Coordonnateur du dispositif <i>Prescirmouv' – Bouger sur ordonnance</i> . Titulaire d'un master STAPS APA-S.	1h57min
26/09/2016	H	Coordonnateur du dispositif <i>Prescirmouv' – Bouger sur ordonnance</i> . Titulaire d'un master STAPS APA-S.	1h21min
26/09/2016	F	Coordonnatrice du dispositif <i>Prescirmouv' - Bouger sur ordonnance</i> . Titulaire d'un master STAPS APA-S.	41min
15/10/2016	H	Directeur de la faculté des Sciences du Sport de l'Université de Poitiers. Professeur des Universités en STAPS.	1h55min
2/12/2016	H	Chargé de mission sport-santé au sein du CROS de Poitou- Charentes. Porte-parole du CROS au sein du comité de pilotage du dispositif <i>Prescirmouv' - Bouger sur ordonnance</i> .	1h12min
26/09/2016	F	Chargée de mission sport-santé au sein du service des sports de la région Poitou-Charentes. Porte-parole du service des sport de la région au sein du comité de pilotage du dispositif <i>Prescirmouv' - Bouger sur ordonnance</i> .	1h02min
13/10/2016	H	Médecin libéral en charge du dossier du sport sur ordonnance au	1h40min

		<p>sein de l'URPS-ML de Poitou-Charentes.</p> <p>Porte-parole de l'URPS-ML pour les premières réunions du comité de co-pilotage du dispositif <i>Prescimouv' – Bouger sur ordonnance</i>.</p>	
10/11/16	F	<p>Responsable de la plateforme nutrition au sein de la DD-ARS de la région Nouvelle-Aquitaine.</p> <p>Porte parole de l'ARS au sein du comité de pilotage du dispositif <i>Prescimouv' - Bouger sur ordonnance</i>.</p>	1h
9/9/2016	H	<p>Médecin-cardiologue.</p> <p>Professeur des universités - Praticien Hospitalier.</p> <p>Représentant chirurgical de la cardiologie au sein de la FFC.</p> <p>Président de l'Association Régionale de Cardiologie Poitou-Charentes.</p>	1h27min
28/04/2017	H	<p>Chargé de mission sport-santé au sein du CROS de la région Picardie puis Haut de France.</p> <p>Coordonnateur régional du RSSBE Picardie en forme.</p>	1h44min
5/05/2017	F	<p>Chargée de missions Sport-Santé au sein du CROS de la Grand-Est.</p> <p>Coordinatrice du dispositif SAPHYR.</p>	1h10min
15/06/2017	H	<p>Médecin du sport .</p> <p>Praticien Hospitalier en Médecine Physique et Réadaptation en CHU.</p> <p>Co-fondateur du dispositif effFORMip en tant que médecin conseiller DRJSCS en région Midi-Pyrénées.</p>	54min
15/09/2016	H	<p>Médecin, professeur en médecine du sport.</p> <p>Directeur du groupe de travail « Activité physique et prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques. Quelles compétences pour quels patients ? Quelles formations ? »</p>	55min
4/10/2016	H	<p>Membre de la commission médicale du CNOSEF.</p> <p>Directeur de la composante « sport-santé ».</p>	1h28min
29/06/2017	H	<p>Vice président du SNMKR.</p> <p>Masseur-Kinésithérapeute.</p>	59min
19/07/2016	H	<p>Médecin-Cardiologue.</p> <p>Médecin du sport.</p> <p>Professeur des universités - Praticien Hospitalier.</p> <p>Membre de la commission sport-santé du CNOSEF.</p>	1h20

6/10/16	H	Responsable du Pôle Ressources National Sport Santé Bien-Être.	1h38
11/07/2017	H	Président de la SFP-APA entre 2016 et 2018. Enseignant en APA.	1h23

Annexe VII : corpus de documents relatifs aux RSSBE cités dans le texte

Cette annexe recense les différents documents produits où concernant spécifiquement les RSSBE que nous citons dans le texte.

Ardoin, A. (2016). *Evaluation fiche action 4.12 du contrat local de santé (CLS) de Reims « A Reims, Sportez votre Santé*. Reims : Service Communal d'Hygiène et Santé (SCHS).

Boucherot, V. et Delliott, G. (2016). *Bilan d'activité 2016*. Document interne.

Bricky, A. (2016). Impact des activités physiques sur la santé physique et mentale du public à pathologie chronique. Bilan 2012-2015. *Compte rendu pour le RSSBE de Champagne-Ardenne* [en ligne]. Consulté sur :

[http://reseaux-sante-ca.org/IMG/UserFiles/Files/STATS%20BMS%202012-2015\(A%20%20Brikci\)site.pdf](http://reseaux-sante-ca.org/IMG/UserFiles/Files/STATS%20BMS%202012-2015(A%20%20Brikci)site.pdf)

Dupuy, R., Lissajoux, V. et Maudet, D. (2017), *Etat des lieux Mars 2016 - Juin 2017. Bilan de l'action de prescription médicale d'activité physique, Prescimouv' – Bouger sur Ordonnance*. Prescimouv' – Bouger sur ordonnance.

Prescimouv' - Bouger sur ordonnance. *Carnet de suivi*.

RSSBE Champagne-Ardenne. *Annuaire sport-santé édition Champagne-Ardenne*. Reims : Réseau Sport Santé Bien Être Champagne-Ardenne.

RSSBE Champagne-Ardenne. *Association du Réseau sport santé bien être*. Reims : Réseau Sport Santé Bien Être Champagne-Ardenne.

RSSBE Champagne-Ardenne. *Livret de l'Educateur Médico-sportif du RSSBE*. Reims : Réseau Sport Santé Bien Être Champagne-Ardenne.

RSSBE Champagne-Ardenne. *Parcours Sport-Santé, région Champagne-Ardenne*. Reims : Réseau Sport Santé Bien Être Champagne-Ardenne.

RSSBE Champagne-Ardenne. *PASS' sport-santé bien-être, région Champagne-Ardenne*. Reims : Réseau Sport Santé Bien Être Champagne-Ardenne.

RSSBE Champagne-Ardenne. *Référentiel Métier E3S du RSSBE*. Reims : Réseau Sport Santé Bien Être Champagne-Ardenne.

RSSBE de Champagne - Ardenne. *Statuts de l'association du réseau sport santé bien-être*.
Document interne. Document interne.

RSSBE Franche-Comté. Carnet de suivi. Besançon : CROS de Franche-Comté.

RSSBE Franche-Comté. (2007). *Compte rendu de réunion, 26 juin 2007*. Document interne.

RSSBE Franche-Comté. (2009). *Compte rendu de réunion, 23 juin 2009*. Document interne.

RSSBE Franche-Comté. (2010). *Compte rendu de réunion, 21 janvier 2010*. Document interne.

RSSBE Franche-Comté. (2011). *Compte rendu de réunion, 26 mai 2011*. Document interne.

RSSBE Franche-Comté. (2011). *Compte rendu de réunion, 28 novembre 2011*. Document interne.

RSSBE Franche-Comté. (2012). *Compte rendu de réunion, 28 juin 2012*. Document interne.

RSSBE Franche-Comté. (2015). *Compte rendu de réunion, 1 décembre 2015*. Document interne.

SAPHYR. (2010). *Présentation du dispositif SAPHYR Lorraine, Santé par l'Activité Physique Régulière*. CROS : Tromblaine.

