



HAL
open science

Sport sur ordonnance : de la prescription à l'engagement des bénéficiaires dans le dispositif : parcours de vie et expériences de maladies chroniques à Strasbourg

Floriane Lutrat

► To cite this version:

Floriane Lutrat. Sport sur ordonnance : de la prescription à l'engagement des bénéficiaires dans le dispositif : parcours de vie et expériences de maladies chroniques à Strasbourg. Education. Université de Strasbourg, 2022. Français. NNT : 2022STRAG015 . tel-04016808

HAL Id: tel-04016808

<https://theses.hal.science/tel-04016808v1>

Submitted on 6 Mar 2023

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.

*ÉCOLE DOCTORALE DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES – PERSPECTIVES
EUROPÉENNES*

Unité de recherche « Sport et Sciences Sociales » – UR 1342

THÈSE présentée par :

Floriane LUTRAT

soutenue le : 15 septembre 2022

pour obtenir le grade de : **Docteur de l'université de Strasbourg**

Discipline/ Spécialité : STAPS mention Sciences sociales du sport

**Sport sur ordonnance : de la prescription à
l'engagement des bénéficiaires dans le dispositif
Parcours de vie et expériences de malades chroniques à
Strasbourg**

THÈSE dirigée par :

M. GASPARINI William

Professeur des Universités, Université de Strasbourg

RAPPORTEURS :

Mme MARCELLINI Anne

Professeure associée, Université de Lausanne

Mme PERRIN Claire

Professeure des Universités, Université Claude Bernard Lyon 1

AUTRES MEMBRES DU JURY :

M. VIEILLE-MARCHISET Gilles

Professeur des Universités, Université de Strasbourg

Remerciements

Mes premiers remerciements sont pour Anne Marcellini, Claire Perrin et Gilles Vieille-Marchiset, pour avoir accepté d'intégrer ce jury de thèse.

Je tiens à remercier chaleureusement mon directeur de thèse, William Gasparini. De ma recherche de stage de master 2 jusqu'au point final de cette thèse, son expérience, ses conseils, ses critiques mais aussi ses exigences m'ont permis de mener à bien chaque étape de ce travail. Son investissement et ses encouragements m'ont également invitée à participer à des programmes de recherche ainsi qu'à des manifestations.

Ensuite, mes prochains remerciements s'adressent à l'ensemble des personnes de la Ville de Strasbourg travaillant sur le dispositif Sport-santé sur ordonnance pour m'avoir ouvert les portes de ce programme ainsi que pour avoir facilité les échanges avec les anciens usagers.

Un grand merci à l'ensemble du laboratoire Sport et Sciences Sociales : enseignants-chercheurs, doctorant.e.s, associé.e.s... Leur bienveillance ainsi que les divers échanges tout au long du parcours doctoral m'ont amené à développer ma pensée et à me remettre en question. Une mention spéciale pour Marine et Pauline qui ont su y mettre une pincée de peps grâce à leur amitié.

Mes remerciements vont également à l'ensemble des usagers du sport sur ordonnance et des professionnels que j'ai interviewés.

Je tiens à remercier vivement ma famille et ma belle-famille pour leur soutien pendant toutes ces années et en particulier ma mère, Isabelle, pour son aide et ses multiples relectures.

Enfin, merci à Julien, mon conjoint, dont le soutien quotidien, ses encouragements et son amour m'ont amenée à aller jusqu'au bout.

Enfin, mener une thèse est une chose, devenir mère en est une autre. Je dédie ce travail à mon fils, Ezékiel, qui est venu chambouler par surprise ce parcours doctoral ainsi que toute ma vie, pour mon plus grand bonheur.

Table des matières

Remerciements.....	2
Table des matières	4
Liste des tableaux.....	9
Liste des encadrés	10
Liste des figures	11
Liste des annexes.....	12
Liste des abréviations.....	13
Introduction générale	14
Partie 1 Du constat à la prise en charge des maladies chroniques : construction d'un problème public et recours à l'activité physique.....	24
Chapitre I Les maladies chroniques et l'activité physique : des sciences médicales aux sciences sociales.....	25
1. Saisir les maladies chroniques : croiser le médical et le social.....	27
1.1. Recours aux sciences sociales dans le champ de la santé : quelques exemples	30
1.2. « Haro sur les gros » ! L'exemple des corps « gros » et « gras »	32
1.2.1. L'approche médicale de la surcharge pondérale : « un diagnostic technique »	33
1.2.2. Vers une sociopathie ?	36
2. Les maladies chroniques comme « problème public » : le recours à l'activité physique par les politiques publiques.....	39
2.1. Contrôler les corps : « problèmes sociaux » et enjeux d'ordre public.....	40
2.2. Cibler les publics spécifiques et/ou vulnérables : une segmentation du gouvernement des corps.....	41
2.3. Des normes affinées et un « devoir être »	42
3. Un recours grandissant au « sport-santé » : construction progressive d'une nouvelle catégorie d'action publique.....	44
3.1. De la promotion de la santé au « sport-santé »	46
3.2. Un nouvel espace en émergence et en tension.....	53

Chapitre II Le sport-santé sur ordonnance à Strasbourg : du dispositif aux pratiques sociales.....	59
1. La promotion de la santé à Strasbourg : une politique locale singulière et un héritage	61
2. La prescription médicale d'activité physique strasbourgeoise : une action de santé publique locale.....	63
3. Sport-santé sur ordonnance, un dispositif récent sous évaluation	66
3.1. Le rapport annuel du dispositif : synthèse d'activité et évaluation chiffrée	66
3.2. Des évaluations médicales	70
3.3. ... à l'enquête sociologique	72
Chapitre III Saisir l'engagement ou le désengagement dans une activité physique : une analyse dynamique au travers du parcours de vie	79
1. La perspective du parcours de vie pour appréhender les variations individuelles.....	81
1.1. Le parcours de vie : une conception dynamique de l'expérience individuelle dans un contexte social particulier	81
1.2. Le travail biographique comme interprétation de l'expérience individuelle	84
1.3. L'exemple de la maladie chronique dans le parcours de vie.....	87
2. Du corps des bénéficiaires au corps d'hypothèses.....	89
2.1. Parcours « vers et dans » le dispositif Sport-santé sur ordonnance.....	90
2.2. L'effet du parcours personnel : le poids des expériences passées pour comprendre les rapports à l'activité physique.....	92
2.3. Le dispositif SSO : un espace de socialisation secondaire où se jouent des stratégies d'utilisateurs	93
3. Méthodologie	95
3.1. La méthode biographique pour restituer l'expérience vécue.....	95
3.2. Corpus : un échantillonnage non construit	97
3.3. Descriptif et caractéristiques sociodémographiques du corpus	98
3.4. Techniques de collectes et d'analyses des données.....	102
3.4.1. Entretien semi-directif et conduite de l'entretien	102
3.4.2. La production, le traitement et l'analyse compréhensive des données.....	103
3.5. Difficultés, précautions méthodologiques et limites des enquêtes	104

3.5.1.	À la recherche des anciens bénéficiaires : une prospection angoissante	104
3.5.2.	Le secret médical : un frein à la prise de contact ?.....	105
3.5.3.	Parler de soi à un inconnu : l'entretien comme conversation	105
3.5.4.	Anonymat et confidentialité des anciens bénéficiaires	106
3.5.5.	Des entretiens dépendants de la mémoire des acteurs sociaux	107
3.5.6.	Retranscrire des entretiens lorsqu'on utilise la lecture labiale ? Recours à des aidants extérieurs.....	108
Partie 2 Faire parler le terrain : des usages des activités physiques de santé prescrites aux dispositions et effets sociaux		
112		
Chapitre IV : Parcours « dans et vers » le dispositif Sport santé sur ordonnance		
113		
1.	L'entrée institutionnelle : des médecins promoteurs aux usagers « entrepreneurs »	116
2.	Les activités pratiquées dans SSO.....	127
2.1.	Les activités aquatiques : une pratique appréciée mais loin d'être accessible	129
2.2.	La marche nordique : une activité populaire et peu coûteuse	133
2.3.	Les « pratiques douces » : des activités ambivalentes pour les usagers.....	136
3.	Durées et modalités de pratique à l'épreuve des événements de la vie.....	141
3.1.	Les « perdus de vue » : des démissionnaires face à l'activité physique ?.....	141
3.1.1.	Parcours chaotiques et corps « meurtris » : les cas de Clarisse, d'Anny et de Camille. 142	
3.1.2.	Le handicap moteur, un frein à l'intégration dans le dispositif.	146
3.2.	Quitter le dispositif après plus d'un an = arrêt de la pratique ?	147
3.3.	Trois ans dans le dispositif : les grands « gagnants » ?	149
Chapitre V Parcours de vie et rapports à l'activité physique		
156		
1.	Socialisation des usagers de SSO.....	159
1.1.	La famille et l'école, lieux privilégiés de la transmission des goûts sportifs	159
1.2.	Des effets de la « culture d'origine » sur les socialisations primaires ?	164
2.	L'activité physique à l'épreuve des événements de la vie	177
2.1.	De la diminution à l'arrêt de l'activité physique.....	178
2.1.1.	Contournement et évitement des activités sportives	179

2.1.2.	La perte d'un proche, un point de rupture dans le parcours de vie	180
2.1.3.	La vie professionnelle : une transition délicate pour les loisirs.....	182
2.1.4.	Des états de santé déstabilisés conduisant à une régression de la pratique physique	183
2.	Des augmentations de l'activité physique au cours de la vie	184
2.1.	La maladie comme raison d'une mise à l'activité physique	185
2.2.	Myriam et son apparence corporelle : d'une prise de conscience à une activité physique pour soi	185
3.	Des activités physiques fluctuantes tout au long du parcours	189
3.1.	Engagements et désengagements sportifs : entre vie conjugale et état de santé	189
3.2.	Le divorce : événement déclencheur de la re-mise à l'activité physique.....	191
4.	Deux parcours marqués par l'absence d'activités physiques.....	194
Chapitre VI Pratiquer du sport-santé au sein du dispositif strasbourgeois : du « programme institutionnel » aux stratégies des usagers.....		
3.	Stratégies et expériences subjectives des activités physiques de santé au sein du dispositif	203
3.1.	Des résistances aux différentes modalités d'engagement	203
3.1.1.	Une année gratuite et une tarification « adaptée » : un facteur déterminant	204
3.1.2.	Bouger et se « soigner »	207
3.1.3.	Sortir de chez soi et sortir du « quartier »	208
3.2.	Des expériences singulières liées au profil des usagers	211
3.2.1.	Des APA pas toujours adaptées.....	211
3.2.2.	Des bénéfices physiques et psychologiques ressentis.....	215
4.	Le dispositif comme lieu de socialisation secondaire.....	221
4.1.	Les autres usagers : une hétérogénéité au service de la mixité sociale et culturelle ?	222
4.2.	L'effet de la relation éducateurs sportifs – usagers sur le rapport à l'activité prescrite	226
4.2.1.	Attentes des usagers et interactions avec les éducateurs	227
4.2.2.	La formation des éducateurs intervenants, une question actuelle	232

4.2.3.	Les éducateurs, comme vecteur d'engagement ou non dans une activité physique	240
4.3.	Vers des usagers « acteurs » de leur expérience et de leur pratique.....	244
5.	Les activités physiques post-dispositif : sortir du programme et poursuivre ou non une pratique de sport-santé	253
5.1.	Entre transformation ou prolongation des socialisations sportives passées.....	254
5.1.1.	Les « late bloomers » : le dispositif comme initiateur à l'activité physique.....	255
5.1.2.	Les « rekindlers » : le dispositif comme levier pour se remettre à l'activité physique	256
5.1.3.	Les « continueers » : le dispositif pour poursuivre à pratiquer	257
5.2.	Appropriation différenciée et modalités de pratiques différentes des pratiques post-SSO	258
5.2.1.	Rester dans le « sport-santé »	259
5.2.2.	Du « sport-santé » vers le sport ordinaire	262
	Conclusion générale.....	272
	Bibliographie	288
	Annexes	327
	Résumé.....	400
	Résumé en anglais.....	400

Liste des tableaux

<i>Tableau 1 Évolution de la composante "activité physique" dans les différents PNNS.....</i>	<i>48</i>
<i>Tableau 2 Exemples de programmes d'activités physiques sur prescription médicale en France.....</i>	<i>55</i>
<i>Tableau 3 Le régime local Alsace-Moselle en trois points</i>	<i>62</i>
<i>Tableau 4 Apparition du dispositif strasbourgeois dans les médias avant 2017 (liste non-exhaustive)</i>	<i>67</i>
<i>Tableau 5 Caractéristiques sociodémographiques du corpus</i>	<i>99</i>
<i>Tableau 6 Activités pratiquées pendant et après le dispositif SSO.....</i>	<i>128</i>
<i>Tableau 7 Modalités de pratique après SSO des usagers restés entre 1 et 2 ans dans le dispositif.....</i>	<i>149</i>
<i>Tableau 8 Principales caractéristiques des usagers selon le temps passé dans le programme.....</i>	<i>151</i>
<i>Tableau 9 Socialisation et classes sociales des personnes issues de l'immigration.....</i>	<i>174</i>
<i>Tableau 10 Profils d'usagers selon les bénéfices ressentis de l'activité physique prescrite.....</i>	<i>218</i>

Liste des encadrés

<i>Encadré 1 Etat des lieux des maladies chroniques en France.....</i>	<i>27</i>
<i>Encadré 2 Inscription et évolution législative de la prescription médicale d'activités physiques.....</i>	<i>50</i>
<i>Encadré 3 Sport-santé sur ordonnance en évolution : entre Prescri'mouv et la maison Sport-Santé de Strasbourg</i>	<i>65</i>
<i>Encadré 4 Diriger des séances d'activités physique dans SSO : priorité à la sécurité plutôt qu'à l'adaptation. Le point de vue de Ross, enseignant en activités physiques adaptées au sein d'une association partenaire du dispositif strasbourgeois</i>	<i>76</i>
<i>Encadré 5 Un médecin prescripteur d'activité physique, militant de l'accès aux soins pour tous. Dr A., médecin généraliste implantée dans un quartier populaire de Strasbourg et prescripteur du dispositif SSO.....</i>	<i>120</i>
<i>Encadré 6 Entre éducation physique et sportive, sport militaire et « sport-santé »</i>	<i>171</i>
<i>Encadré 7 Perrine : une anorexie cachée ?.....</i>	<i>193</i>
<i>Encadré 8 Du patient-expert à l'usager-expert en activités physiques adaptées de santé</i>	<i>249</i>

Liste des figures

<i>Figure 1 Effectifs, proportions et taux standardisés de décès par catégorie de décès, année 2016, France métropolitaine</i>	28
<i>Figure 2 Parcours du programme "Sport santé sur ordonnance" de Strasbourg (source : Gasparini & Knobé, 2014)</i>	63
<i>Figure 3 Évolution du nombre total d'utilisateurs par exercice cumulé (source: rapport d'activité 2017)</i> ...	67
<i>Figure 4 Évolution des critères d'inclusion par année (source : rapport d'activité 2017)</i>	69
<i>Figure 5 Évolution dans le temps des situations professionnelles à l'inclusion (source: rapport d'activité 2017)</i>	69
<i>Figure 6 Répartition par nombre de points à l'autoévaluation de la condition physique (Ricci et Gagnon) (source : Gasparini, 2013)</i>	72
<i>Figure 7 Répartition du corpus selon le quartier d'habitation</i>	102
<i>Figure 8 Nombre de prescriptions par médecins (source : Rapport d'activité du dispositif, 2017)</i>	117
<i>Figure 9 Manière dont les personnes prennent connaissance de SSO selon l'année d'inscription</i>	123
<i>Figure 10 Profils d'utilisateurs dans SSO</i>	153
<i>Figure 11 Extrait du rapport d'activité SSO 2020</i>	200
<i>Figure 12 Extrait concernant la formation des encadrants de l'appel à projet nutrition 2016-2017 Contrat local de santé</i>	236
<i>Figure 13 Extrait concernant la formation des encadrants de l'appel à projet 2021-2022 Sport-santé sur ordonnance</i>	237
<i>Figure 14 De profils d'utilisateurs vers des profils de pratiquants d'APA</i>	276

Liste des annexes

<i>Annexe 1 Accord de confidentialité et de non-divulgence</i>	<i>328</i>
<i>Annexe 2 Extrait du rapport d'activité 2017 SSO, Ville de Strasbourg</i>	<i>329</i>
<i>Annexe 3 Extrait du rapport d'activité 2020 SSO, Ville de Strasbourg</i>	<i>364</i>
<i>Annexe 4 Programme des 3èmes Assises du Sport santé sur ordonnance à Strasbourg</i>	<i>391</i>
<i>Annexe 5 Extrait de l'appel à projet Nutrition 2016-2017 du contrat local de santé.....</i>	<i>395</i>
<i>Annexe 6 Extrait de l'appel à projet 2021-2022 volet activité physique de la maison sport-santé de Strasbourg</i>	<i>398</i>

Liste des abréviations

AP	Activité physique
APA	Activité physique adaptée
APS	Activité physique et sportive
ALD	Affection de longue durée
ARS	Agence régionale de santé
CSP	Catégorie socioprofessionnelle
CREPS	Centre de ressources d'expertise et de performance sportive
CNRS	Centre national de la recherche scientifique
C2S ou CSS	Complémentaire santé solidaire
CLS	Contrat local de santé
CMU	Couverture
DT2	Diabète de type 2
EPS	Education physique et sportive
ETAPS	Educateur territorial des activités physiques et sportives
EAPA	Enseignant en activité physique adaptée
GIP	Groupement d'intérêt public
HCSP	Haut conseil de santé publique
HAS	Haute autorité de santé
HEPA	Health-Enhancing Physical Activity
HTA	Hypertension artérielle
IMC	Indice de masse corporelle
MSS	Maison sport-santé
ONAPS	Observatoire national de l'activité physique et de la sédentarité
ORS	Observatoire régional de santé
OMS	Organisation mondiale de la santé
PNAPS	Plan national des activités physiques et sportives
PNNS	Plan national nutrition santé
PRECCOSS	Prise en charge coordonnée des enfants obèses et en surpoids de Strasbourg
QPV	Quartier prioritaire de la ville
RSA	Revenu de solidarité active
STAPS	Sciences et techniques des activités physiques et sportives
SSO	Sport-santé sur ordonnance (dispositif strasbourgeois)
UFR	Unité de formation et de recherche

Introduction générale

Si la santé publique est « d'abord une réalité épidémiologique, correspondant à l'état de santé d'une population » (Fassin, 2010)¹, c'est également une « construction culturelle et sociale » ainsi qu'un « espace politiquement structuré » (Carricaburu & Ménoret, 2004). En effet, les maladies existent mais s'expriment dans un contexte donné : une pathologie est une déviance sociale et une déviance par rapport à des normes biologiques de santé mais cela reste relatif puisque variable selon les cultures et les sous-cultures. Avec ses travaux sur la folie, Foucault montre, dès le début des années 60, que les institutions contribuent à l'interprétation de ces normes « justifiant ainsi des politiques éducatives et/ou sanitaires » (Foucault, 2007; Manidi Faes & Dafflon-Arvanitou, 2000) ; d'autant plus qu'on assiste à la naissance d'une nouvelle catégorie médicale avec les maladies chroniques qui conduisent les médecins à élargir leur champ d'action au-delà de la thérapeutique. Désormais « contrôleur social » et « entrepreneur moral », le médecin dépasse le cadre strictement médical et gère la vie en prenant progressivement en compte « l'expérience subjective du patient, du malade » (Carricaburu & Ménoret, 2004).

« L'intrusion continuelle de la médecine dans la vie quotidienne bouleverse sans cesse nos comportements dits de santé : régime, exercice physique, prévention des risques de maladie... Cette médicalisation aboutit non seulement à l'établissement d'une autorité médicale sur de nombreux aspects de la vie quotidienne, mais également à une sur-responsabilisation de l'individu par rapport à sa propre santé : celle-ci est devenue non seulement un droit mais aussi un devoir » (Carricaburu & Ménoret, 2004).

En outre, il devient important de traiter un « mode de vie » (inactivité physique, sédentarité mais également tabagisme, consommation d'alcool, etc.), presque autant que d'agir thérapeutiquement sur une maladie. Petit à petit, le glissement vers une « éducation à la santé » s'effectue et les modes

¹ Les statistiques « étayent les arguments qui justifient la mise en œuvre de campagnes de prévention : ils apparaissent dans le discours institutionnel avec une valeur d'authentification relativement à l'identification et à l'ampleur de ce qui est ainsi construit comme un problème public » (Ollivier-Yaniv, 2009)

de vie sont médicalisés² amenant à un « contrôle social assuré et organisé par la profession [médicale] » (Clarke et al., 2000, p. 12). Ce contrôle social³ passe notamment par l'instrumentalisation et la médicalisation des comportements de santé ou des conduites « à risque », notion « fourre-tout » renvoyant à une « catégorie très large englobant sous la même étiquette des phénomènes très disparates⁴ » (Peretti-Watel, 2002, p. 18-19). Ainsi, le manque d'activités physiques et la sédentarité sont pointés du doigt, d'autant plus que les bienfaits de la pratique physique et les préjudices de la sédentarité ne sont plus à démontrer. De plus, elles ont des effets sur les coûts de santé⁵ (DCMS & Strategy Unit., 2002; Duclos et al., 2010; Inserm, 2008; Manning et al., 1991; Swiss Federal Office of Sports, 2001), entraînant ainsi une augmentation des interventions centrées sur les comportements individuels en matière d'activités physiques adaptées⁶ (APA).

Les bienfaits de l'activité physique (AP) sur la santé et le corps et les méfaits de la sédentarité et de l'inactivité physique ne sont plus à prouver et sont largement reconnus par les autorités de santé et par les politiques publiques. L'engouement autour de ces pratiques physiques se retrouve dans de nombreux programmes comme les plans nationaux nutrition santé (PNNS) mais également dans la législation avec, par exemple, la loi de santé publique de 2004 qui aborde la question de l'inactivité physique et de la sédentarité. Plus récemment, la loi de modernisation de notre système de santé,

² La médicalisation renvoie à un processus selon lequel on définit et traite des questions initialement non médicales comme des problèmes médicaux. À ce sujet, Conrad donnait la définition « d'un comportement que l'on ramène uniquement à un problème médical ou à une maladie, et le mandat donné à la profession médicale pour y apporter quelque type de traitement » (Conrad, 1975, p. 12).

³ D'après Clarke et ses collaborateurs, le contrôle social, lui-même, « est reconstruit : il discipline, s'appuie sur une construction des risques et sur des stratégies hétérogènes d'autosurveillance et de surveillance des risques externe » (Clarke et al., 2000, p. 13).

⁴ Ces conduites à risques incluent « les usages de substances psychoactives licites ou illicites, les rapports sexuels non protégés, les imprudences au volant, les mauvaises habitudes alimentaires, ou encore le manque d'exercice, mais aussi des comportements ou des événements qui se situaient auparavant dans l'autre terme de l'équation : désinvestissement scolaire, idées suicidaires, violences subies, troubles du sommeil ou mésestime de soi » (Peretti-Watel, 2004, p. 104)

⁵ En 2013, ce « fardeau économique » de l'inactivité physique aurait coûté 53,8 milliards de dollars aux systèmes de santé internationaux (Ding et al., 2016). Selon un rapport récent, « le coût social de l'inactivité physique en France serait de 140 milliards d'euros par an (137 milliards d'euros en analyse de sensibilité), correspondant à plus de 38 000 décès et 62 000 pathologies causées chaque année. Le coût évité annuel d'une personne devenant active et le restant jusqu'à son décès s'évaluerait entre 840 euros pour une personne âgée de 20 à 39 ans (817 euros en analyse de sensibilité) et 23 275 euros pour une personne âgée de 40 à 74 ans (22 760 euros en analyse de sensibilité) » (Dervaux & Rochoaix, 2022).

⁶ L'activité physique adaptée correspond à « tout mouvement, activité physique et sport, essentiellement basé sur les aptitudes et les motivations des personnes ayant des besoins spécifiques qui les empêchent de pratiquer dans des conditions ordinaires » (Fabre & Chavignay, 2010)

en 2016, fait apparaître le « sport sur ordonnance » en donnant la possibilité aux médecins traitants de prescrire une activité physique adaptée aux patients atteints d'une affection de longue durée⁷ (ALD). Cette prise en compte de l'activité physique de santé et pour la santé, combinée à la lutte contre la sédentarité et l'inactivité physique, contre la surcharge pondérale et les maladies chroniques, a participé à la multiplication des actions de promotions de la santé par l'activité physique.

Cependant, les études sur ces programmes de promotion de la santé ou d'éducation à la santé sont assez pauvres en ce qui concerne les changements de comportement suite à ces actions malgré une littérature abondante (Inserm, 2009). Concernant les activités physiques, la sociologie du sport s'est intéressée à des « formes diversifiées de pratiques d'activités physiques et sportives en relation avec le bien-être et la santé, [mais] il n'existe que peu de travaux sur l'engagement de malades chroniques dans une pratique physique à partir d'une recommandation ou d'une prescription médicale et ils sont très récents⁸ » (Barth, 2012). De plus, les déterminants d'un comportement sont divers et bien souvent multiples⁹. Ainsi, il n'est pas envisageable de trouver « trouver pour chaque "action" prise isolément une "raison" unique ou même dominante » (Grossetti, 2020).

D'une part, cette thèse s'inscrit donc dans une volonté actuelle de « comprendre les logiques sociales susceptibles d'expliquer les pratiques et les représentations associées » (Knobé, 2019b), objectif rarement recherché dans diverses études¹⁰. D'autre part, elle est née d'un contexte local particulier. Premièrement, Strasbourg, capitale européenne, finaliste du *Wellbeing Cities Award 2021 initiative*¹¹,

⁷ Depuis 1987, une liste de trente affections permet le droit à une exonération du ticket modérateur. On y retrouve les tumeurs malignes, diabète, maladie coronaire, etc.). En France et en 2014, près de 10 millions de personnes affiliées au régime général de l'Assurance Maladie bénéficient du dispositif des affections de longue durée (Païta et al., 2016).

⁸ Par exemple, nous pouvons citer des travaux sur le diabète de type 1 (Perrin et al., 2008; Terret & Perrin, 2007), sur le diabète de type 2 (Barth, 2012; Barth & Lefebvre, 2016), sur le sida (Ferez & Thomas, 2012) ou encore sur l'obésité (Jacolin-Nackaerts, 2018).

⁹ En effet, les « déterminants d'un comportement sont multiples et difficilement appréhendables puisque intriqués à l'habitus de l'individu et aux conditions sociales, économiques, politiques et environnementales dans lesquelles vit celui-ci » (Grossetti, 2020)

¹⁰ Knobé, S. (2019). La prescription médicale d'activité physique et perspectives socio-écologiques. *Santé Publique*, 31(6), 827-836. <https://doi.org/10.3917/spub.196.0827>

¹¹ <https://newcities.org/fr/mieux-vivre-en-ville-2021/>

nommée deuxième ville française du vélo en 2021¹², est une ville au cœur des politiques publiques en matière de santé par l'activité physique. Avec plus de 600 km d'itinéraires cyclables, la ville présente le premier réseau cyclable de France. Elle est la première municipalité à avoir expérimenté le « sport sur ordonnance », dès 2012, avant même l'inscription dans la loi de la possibilité pour les médecins, de prescrire une activité physique adaptée. Deuxièmement, cette initiative en matière de prescription de l'activité physique par le médecin généraliste a conduit, en 2013, à une première étude sociologique commanditée par l'Agence régionale de santé (ARS) d'Alsace à des chercheurs de l'unité de recherche *Sport et sciences sociales* (E3S) de l'Université de Strasbourg¹³. Troisièmement et pour donner suite à ce rapport, j'ai eu l'opportunité d'effectuer mon stage de Master 2 au sein du service de Promotion de la santé de la personne de la ville de Strasbourg qui pilote une partie du dispositif Sport-santé sur ordonnance (SSO). Lors de ce dernier, j'ai pu accéder aux diverses données du dispositif et j'ai été confrontée à des difficultés à l'occasion de la réalisation d'une recherche compréhensive sur les expériences dans SSO comme l'absence de suivi des usagers sortis du dispositif. Ces remarques et questionnements ont appréhendé cette expérience ainsi que le mémoire de recherche¹⁴ qui en s'en est suivi comme le point de départ d'une démarche que j'allais approfondir dans un parcours de thèse. Enfin, force est de constater que cette thématique du sport sur ordonnance et plus largement du « sport-santé » ainsi que de la santé par les activités physiques et sportives est au cœur des questions développées au sein du laboratoire E3S.

Ces dynamiques locales et mon expérience au sein de la Ville de Strasbourg ont donc participé à l'orientation de ma recherche doctorale tout comme la position sociologique du sujet contraste avec les travaux déjà réalisés en médecine sur le dispositif SSO. Ces travaux, présentés au cours du manuscrit, et l'absence d'étude à moyen/long terme sur le sujet, tout comme « les enquêtes

¹² D'après le dossier de presse « Palmarès et résultats » du baromètre des villes cyclables 2021 de la Fédération française des usagers de la bicyclette (FUB). Disponible à <https://barometre.parlons-velo.fr/>

¹³ Gasparini, W., & Knobé, S. (2013). *La prescription médicale d'activité physique: Quels effets sur la santé du strasbourgeois? Analyse qualitative du rapport de la pratique des patients*. Rapport commandité par l'Agence régionale de santé d'Alsace (ARSA), Equipe de recherche Sport et sciences sociales (E3S) de l'Université de Strasbourg.

¹⁴ Lutrat, F. (2016). *Trajectoires de maladie et carrières de pratiquants d'activités physiques. L'exemple des personnes obèses bénéficiaires du dispositif « Sport santé sur ordonnance » (Strasbourg)*. Mémoire de recherche Master STAPS Activités Physiques Adaptées et Santé - Ingénierie et Développement. Université de Strasbourg.

cherchant à comprendre le vécu et le devenir des chômeurs radiés sont [...] très rares » (Demazière & Zune, 2019, p. 9), m'ont amenée à poursuivre cette enquête exploratoire initiée en Master 2.

L'objet de cette thèse est ainsi de saisir sociologiquement le sens de l'engagement à la fois dans un dispositif d'activités physiques sur prescription médicale mais également dans une activité physique pérenne à la suite de ce programme. Il s'agit d'analyser le discours d'anciens usagers de SSO afin de comprendre les stratégies et les appropriations différenciées mais également les expériences individuelles ou encore les représentations de l'activité physique. L'attention est ainsi portée sur le parcours de la personne : le parcours de vie afin de repérer les événements et de comprendre les dispositions, mais également le parcours vers, dans et après le dispositif d'AP sur prescription médicale. Comment et pourquoi les personnes intègrent des dispositifs de « sport sur ordonnance » ? Quelle est le rôle de la prescription médicale et des médecins généralistes ? Comment ces dispositifs sont-ils vécus et quelle est leur place dans le parcours de vie des usagers vis-à-vis de leurs rapports préexistants ou non à l'activité physique ainsi que de la maladie ? Comment les individus se désengagent de l'activité physique prescrite et comment maintiennent-ils un engagement pérenne dans l'AP à la sortie de ces programmes ? Comment s'approprient-ils ces pratiques durables ? Peut-on parler de « logiques comportementales » en lien avec les dispositions individuelles et des socialisations sportives antérieures ?

La première partie de la thèse s'articule autour de trois chapitres dédiés à un travail sur le contexte de la recherche engagée, la réflexion théorique entreprise et la méthodologie mise en œuvre.

Dans le premier chapitre, nous nous intéresserons à la santé, aux maladies chroniques et à l'apport des sciences sociales dans la compréhension de celles-ci. En effet, il s'agit de contextualiser le lien entre les maladies chroniques et l'activité physique en s'intéressant notamment à la place des sciences sociales qui se préoccupent de plus en plus de ces questions. L'exemple de l'obésité montrera ainsi que certaines pathologies sont en réalité médicalement et socialement construites. Puis, notre regard se portera sur la construction de ces maladies persistantes par les politiques publiques comme des « problèmes » publiques conduisant à des discours souvent « moralisateurs ».

Ces derniers amènent à un contrôle des corps et à la fabrication de normes. Les malades chroniques doivent alors être « responsables » de leur état de santé, de leur maladie et respecter les recommandations médicales. Ceci passe notamment par la pratique régulière d'une activité physique inscrite dans la promotion de la santé et l'éducation à la santé par les politiques publiques. Nous nous consacrerons alors à ces activités physiques adaptées et à l'apparition progressive mais forte de cette thématique, comme celle de la sédentarité, dans les actions publiques de lutte contre les maladies chroniques. Des plans nationaux et des programmes politiques émergent et fleurissent dans le domaine de la « promotion de la santé » par l'activité physique. Ce déploiement trouve un cadre formel au travers de décrets et d'instructions législatives de plus en plus nombreux à inscrire le manque d'activité et la sédentarité comme des « fléaux¹⁵ » à combattre. Cette promotion de l'activité physique et la mise en agenda de la lutte de ces « dangers » de santé publique concourent à l'apparition d'un nouveau champ d'action des politiques publiques : le « sport-santé ». De surcroît, en 2017, apparaît la possibilité pour les médecins de prescrire une activité physique adaptée¹⁶. Ce chapitre permettra également d'avoir un regard sur les différentes tensions et la diversité des actions existantes dans ce nouvel espace du « sport sur ordonnance ».

C'est dans ce contexte favorable de promotion de la santé par l'activité physique et du développement des maladies chroniques que la Ville de Strasbourg a expérimenté, dès 2012, une action publique d'activités physiques sur prescription médicale : Sport-santé sur ordonnance (SSO). Le deuxième chapitre de la thèse portera ainsi sur ce dispositif. Nous verrons que le contexte local (historique et épidémiologique) a favorisé cette initiative et que celle-ci apparaît comme un terrain privilégié d'études scientifiques, tant médicales que sociologiques. Ces différents travaux, mais également le rapport d'activité développé par la ville de Strasbourg, font émerger des résultats et des questionnements sur la nécessité d'interroger les effets sociaux de la prescription médicale sur les usagers.

¹⁵ L'inactivité physique et la sédentarité seraient des « fléaux grandissants » (Czaplicki et al., 2016) et renvoient à un « nouveau danger mondial, voire à une atteinte du potentiel vital d'une société condamnée » (Tourette-Turgis, 2013)

¹⁶ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, Art. L. 1172-1.

Le troisième chapitre présente le cadre théorique choisi pour saisir l'objet de recherche. Il propose un éclairage sur la position prise dans ce travail pour analyser les effets sociaux d'un dispositif de prescription médicale d'activités physiques et l'engagement ou le désengagement après SSO. Le parcours de vie sera appréhendé afin de permettre une compréhension de l'engagement ou du désengagement dans une activité physique régulière. Il nous permettra ainsi d'analyser les processus de l'engagement (ou non) AP en posant un regard sur le passé et les expériences individuelles, inscrites dans un contexte social particulier. Cette perspective est donc utilisée pour comprendre les usages et les effets sociaux du dispositif, mais aussi l'expérience de la maladie et de l'activité physique tout au long de la vie. Le parcours de vie permet ainsi de tenir compte de la dimension temporelle des maladies chroniques mais également des expériences de la vie et du travail biographique intervenant tout au long de ce parcours. Événements, moments critiques, points tournants et ruptures biographiques agissent et « perturbent » plus ou moins les parcours, les représentations ainsi que les dispositions et socialisations sportives antérieures. Ce chapitre expose également les aspects méthodologiques de la thèse. Nous attachant à une perspective qualitative, le travail doctoral s'appuie sur des entretiens semi-directifs auprès d'anciens usagers du dispositif sport-santé sur ordonnance de la Ville de Strasbourg pour « rendre compte du réseau continu d'interprétations subjectives qui guident la conduite des individus, pour autant que les raisons d'agir sont d'abord analysées en tant qu'elles nous renseignent sur le travail d'ajustement, [...] entre une décision subjective et les contraintes objectives » (Fillieule, 2001). Les discours, retraçant les parcours de vie, permettent de repérer des moments et événements marquants qui agissent notamment sur les rapports à l'activité physique. Ils permettent également de dégager et repérer les différentes socialisations sportives et disposition à l'activité physique.

La deuxième partie de la thèse présente les résultats de la recherche en trois chapitres distincts mais non sans lien.

Le quatrième chapitre porte ainsi le parcours vers et dans sport-santé sur ordonnance. Nous verrons que les médecins généralistes, pourtant placés en point de départ du parcours de bénéficiaires de SSO, laissent généralement place à des « usagers-entrepreneurs », demandeurs de la prescription médicale d'APA auprès du professionnel de santé. Ensuite, notre regard portera sur les activités

physiques pratiquées au sein du dispositif. Ces expériences d'AP prescrites dévoilent une faible poursuite de ces pratiques à la sortie du dispositif en dehors de la marche nordique, une activité peu couteuse et reconduite généralement en autonomie. Ce chapitre décrit donc une première forme d'engagement « dans » sport-santé sur ordonnance et les rapports aux différentes pratiques. Il montre également que la durée d'engagement dans le dispositif strasbourgeois est liée principalement à l'existence d'un passif sportif chez les usagers : sans socialisation à la pratique physique et sportive préalable, les bénéficiaires ne restent que peu longtemps dans l'action publique alsacienne et se désengagent rapidement de toute activité physique. La multiplication d'événements critiques dans le parcours de vie ou une rupture biographique importante s'ajoutent à ce faible rapport à l'AP.

Le cinquième chapitre développe ainsi le parcours de vie des enquêtés afin de repérer et d'analyser ces différents tournants biographiques entraînant une évolution des rapports à l'activité physique. Il s'agira alors de prendre en considération le vécu sportif des personnes de notre corpus. Nous verrons comment certains événements participent à la diminution voire à l'arrêt de la pratique ou à l'augmentation de l'activité physique. Par exemple, la prise en compte d'un état de santé détérioré peut être l'élément déclencheur de la mise à l'activité physique tout comme le diagnostic d'une maladie et les effets de celle-ci peuvent à l'inverse conduire à un désengagement de la pratique physique. Parfois, l'engagement fluctue tout au long du parcours sous l'effet de ces moments biographiques. Ce chapitre envisage également les socialisations primaires des usagers de SSO et notamment les différences qui s'observent chez les personnes issues de l'immigration.

Enfin, le sixième et dernier chapitre de la thèse prête attention à ce que produit le dispositif en tant qu'acteur non humain tel un « programme institutionnel » et qu'acteur humain à travers l'effet des éducateurs sportifs ainsi que sur la répartition des pouvoirs (et de la marge de liberté laissée aux usagers). Il tient compte des différentes expériences de l'activité physique prescrites dans le dispositif et notamment des « stratégies », volontaires ou non, conduisant à entrer dans SSO et à s'engager durablement dans une activité physique. Les usages socialement différenciés de l'activité prescrite sont liés à leurs dispositions individuelles et à leur socialisation sportive passée. L'effet « socialisateur » du dispositif sera analysé en portant notre regard sur le rapport aux autres usagers

mais principalement en étudiant les relations entre les usagers et les éducateurs sportifs¹⁷ de SSO. Ces derniers agissent sur l'expérience de l'activité prescrite et sur le maintien de l'engagement dans une AP. Ils sont également l'objet d'attentes spécifiques de la part des bénéficiaires mais leurs formations professionnelles semblent remises en cause par les discours. Ces relations usagers-éducateurs mettent ainsi en avant une recherche d'autonomie de la part des usagers qui souhaitent devenir « acteurs » de leur expérience du dispositif et participent à l'émergence d'une nouvelle catégorie de bénéficiaires : les « usagers-experts ». Enfin, l'analyse de la persistance de l'engagement dans une activité physique et des modalités de pratique après SSO indiquent des appropriations différenciées de l'AP. La consommation de ces activités physiques fait suite à une modification ou un renforcement d'une socialisation sportive initiale où le dispositif strasbourgeois initie à la pratique, constitue un levier à la mise à l'AP ou encore participe à la continuité d'une pratique aux modalités différentes. Ainsi, pour certaines personnes, l'engagement persistant dans une activité physique tient d'un accompagnement à la santé en restant dans des pratiques adaptées ou « sport-santé » tandis que pour d'autres, intégrer des associations de droit commun constitue une manière de s'écarter d'une « carrière de malade ».

Enfin, nous concluons cette thèse par une réflexion sur nos résultats, sur les limites de ce travail mais également sur les perspectives qu'il ouvre et les interrogations qu'il fait émerger.

¹⁷ Nom généralisé donné à l'ensemble des intervenants professionnels en activité physique au sein du dispositif Cette dénomination gomme « les niveaux de formation et de qualification » (Perrin, 2021) de ces différents professionnels qui parfois sont issus d'une formation universitaire longue (licence, master voire doctorat) ou de formation plus courtes (brevet professionnel par exemple).

Partie 1

**Du constat à la prise en charge des maladies
chroniques : construction d'un problème public
et recours à l'activité physique**

**Chapitre I Les maladies chroniques et l'activité physique :
des sciences médicales aux sciences sociales**

« On est malade ou bien portant pour soi, mais aussi pour la société et en fonction de la société » (Herzlich, 1969), la maladie a ainsi toujours « une définition sociale et est entourée d'actes sociaux qui la conditionnent » (Freidson, 1984).

Ce premier chapitre interroge les maladies chroniques du point de vue des sciences sociales car elles permettent « d'entrevoir à quel point la santé ou la maladie ne peuvent être circonscrites seulement au domaine de la médecine » (Pereira Paulo & Tourette-Turgis, 2019). En effet, la médecine « ne représente qu'un aspect de la maladie et le discours médical -y compris les outils et les instruments de la médecine mobilisés tantôt pour un diagnostic, tantôt pour un soin- sont des réponses qui ne peuvent fonctionner que si, au-delà de la maladie et de l'étude médicale des corps, il y a une prise en compte non seulement du sujet à qui appartient ce corps mais aussi de l'environnement dans lequel vit ce sujet » (Pereira Paulo & Tourette-Turgis, 2019). Nous aborderons ainsi des études croisant ces regards du médical et du social à partir notamment de l'exemple de la surcharge pondérale afin de montrer que certaines « maladies » relèvent de « problèmes sociaux » plutôt que médicaux (1). Construites comme un « problème public » (Gusfield, 1986), les maladies chroniques conduisent les politiques publiques à recourir tant au contrôle des corps qu'à une nouvelle catégorie d'action publique : le « sport-santé » (Gasparini & Knobé, 2021) (2). Nous verrons ainsi que les pratiques de « soin » ou de « remise en forme » par l'activité physique s'inscrivent dans une dynamique récente : de la promotion de l'activité physique, nous passons à une « éducation à la santé par l'activité physique » puis à la « prescription médicale » de la pratique sportive adaptée, inscrite depuis 2016 dans la loi de modernisation de notre système de santé¹⁸. L'activité physique adaptée peut ainsi être prescrite par le médecin traitant à toute personne en affection de longue durée ce qui a entraîné, sur le territoire, la multiplication des actions misant sur ce « sport sur ordonnance » pour lequel les médecins sont en toute première ligne, en tant que prescripteurs (3).

¹⁸ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

1. Saisir les maladies chroniques : croiser le médical et le social

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), les « maladies chroniques sont des affections de longue durée qui en règle générale, évoluent lentement »¹⁹. Ainsi, lorsqu'on parle de maladies chroniques (ou de longue durée), on parle en mois et en années. Selon Baszanger (1986), « le plus souvent, la maladie durera aussi longtemps que durera la vie de la personne malade ». D'après un rapport de l'OMS publié en 2014²⁰, ces maladies chroniques seraient responsables de 68 % des 56 millions de morts en 2012 au niveau mondial dont 40 % étaient des décès prématurés.

Encadré 1 Etat des lieux des maladies chroniques en France

Comme indiqué dans le dossier sur les maladies chroniques du Haut Conseil de la Santé Publique²¹, « il n'existe pas de base de données regroupant les diagnostics de toutes les personnes atteintes de maladies chroniques » (Bloch, 2010). Cependant, nous pouvons nous baser sur le nombre de personnes admises en affections de longue durée (ALD)²² : ainsi, en 2019, « 11,4 millions de personnes affiliées au régime général de l'Assurance Maladie bénéficient du dispositif des affections de longue durée (ALD), soit 18% des assurés²³ ». Les cancers représentent presque un tiers des décès et sont aujourd'hui la première cause de la mortalité en France²⁴ devant ainsi les maladies cardiovasculaires dont la proportion de décès est estimée à 24,2% (voir le tableau ci-après)²⁵. En effet, ces dernières (comprenant entre autres les infarctus du myocarde, l'hypertension artérielle, les accidents vasculaires cérébraux, l'insuffisance cardiaque, etc.) ont longtemps été la cause principale des décès en France mais l'amélioration de la prévention notamment ainsi que de la prise en charge a permis de diminuer le taux de décès qui leur est imputé.

¹⁹ https://www.who.int/topics/chronic_diseases/fr/

²⁰ OMS (2014), *Global status report on noncommunicable diseases*. Organisation Mondiale de la Santé.

²¹ Actualité et dossier en santé publique n° 72, dossier coordonné par Serge Briançon, Geneviève Guérin, Brigitte Sandrin-Berthon.

²² Cependant, il faut noter que toutes les maladies chroniques ne sont pas dans le dispositif ALD, notamment ceux atteints de formes bénignes n'entraînant pas un traitement coûteux.

²³ <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/prevalence-beneficiaires-ald-2019>

²⁴ N'ont pas été pris en compte les décès liés à l'épidémie du coronavirus, qui a émergé à Wuhan, en Chine, début décembre 2019, nommé SARS-CoV-2, dont la maladie qui le caractérise s'appelle le COVID-19. Ce nouveau coronavirus a fait « plus de 250 millions de cas de Covid-19 répertoriés au niveau mondial (chiffre sous-estimé car tous les cas ne sont pas testés), dont plus de 5 millions de décès. En France, le bilan cumulé est de près de 7,3 millions pour les cas répertoriés et de 118 300 pour les décès » (Desenclos, 2021).

²⁵ <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2385258>. Pour une répartition des décès selon les pathologies, voir aussi le site du CepiDc (Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de Décès) : <https://www.cepidc.inserm.fr/>

Autre pathologie chronique importante, le diabète touche 5% de la population française mais ce chiffre est probablement sous-estimé car il ne porte « que sur les personnes identifiées sur la base de leurs remboursements de traitements antidiabétiques et certaines personnes diabétiques peuvent être exclues à tort²⁶ ».

Effectifs, proportions et taux standardisés de décès par catégorie de décès, année 2016, France métropolitaine

Catégorie	Deux sexes			Hommes			Femmes			Sex-ratio
	Nb	%	Txstd	Nb	%	Txstd	Nb	%	Txstd	
Maladies infectieuses et parasitaires	10 177	1,8%	15,1	4 822	1,7%	18,4	5 355	1,8%	11,7	1,6
Sida et VIH	303	0,1%	0,5	237	0,1%	0,8	66	0,0%	0,2	3,8
Tumeurs	168 064	29,0%	268,1	95 324	33,0%	347,4	72 740	25,1%	188,8	1,8
– VADS (Cancer des voies aérodigestives supérieures)	8 714	1,5%	14,4	6 789	2,3%	23,7	1 925	0,7%	5,2	4,6
– Estomac, foie, pancréas, côlon, rectum, anus	41 843	7,2%	66,3	23 892	8,3%	87,0	17 951	6,2%	45,7	1,9
Côlon, rectum, anus	17 716	3,1%	27,5	9 350	3,2%	34,5	8 366	2,9%	20,5	1,7
Pancréas	11 089	1,9%	17,3	5 498	1,9%	19,9	5 591	1,9%	14,8	1,3
– Poumons, bronches, trachée	31 526	5,4%	52,4	22 316	7,7%	78,9	9 210	3,2%	25,8	3,1
– Mélanome	1 732	0,3%	2,8	959	0,3%	3,5	773	0,3%	2,1	1,7
– Sein, utérus, ovaire	19 626	3,4%	26,5	242	0,1%	0,9	19 384	6,7%	52,0	0,0
Sein	12 669	2,2%	17,0	242	0,1%	0,9	12 427	4,3%	33,1	0,0
– Prostate	8 721	1,5%	17,0	8 721	3,0%	34,0	0	0,0%	0,0	
– Reins et vessie	8 860	1,5%	14,9	6 337	2,2%	23,7	2 523	0,9%	6,2	3,8
– Cerveau et système nerveux central	3 907	0,7%	6,3	2 221	0,8%	7,7	1 686	0,6%	4,9	1,6
– Hémopathies malignes	14 040	2,4%	22,2	7 662	2,7%	28,5	6 378	2,2%	15,9	1,8
– Autres tumeurs	29 095	5,0%	45,4	16 185	5,6%	59,6	12 910	4,4%	31,1	1,9
Diabète	11 275	1,9%	16,9	5 571	1,9%	21,0	5 704	2,0%	12,7	1,7
Démences	40 336	7,0%	52,2	12 173	4,2%	49,6	28 163	9,7%	54,9	0,9
Parkinson	6 526	1,1%	10,2	3 642	1,3%	14,1	2 884	1,0%	6,3	2,2
Maladies cardiovasculaires	140 424	24,2%	204,4	64 977	22,5%	252,7	75 447	26,0%	156,2	1,6
– Cardiopathies ischémiques	32 460	5,6%	50,7	19 342	6,7%	73,4	13 118	4,5%	27,9	2,6
– Maladies cérébrovasculaires	31 228	5,4%	44,5	12 936	4,5%	50,1	18 292	6,3%	38,8	1,3
Maladies respiratoires chroniques	11 156	1,9%	17,7	6 452	2,2%	24,8	4 704	1,6%	10,6	2,3
Maladies chroniques du foie	6 742	1,2%	11,1	4 841	1,7%	16,6	1 901	0,7%	5,6	3,0
Maladies du rein et de l'uretère	7 413	1,3%	11,0	3 420	1,2%	13,7	3 993	1,4%	8,4	1,6
Mort subite de l'adulte	1 782	0,3%	2,7	995	0,3%	3,6	787	0,3%	1,9	2,0
Cause inconnue	24 589	4,2%	36,8	12 743	4,4%	47,0	11 846	4,1%	26,6	1,8
Accidents	26 681	4,6%	40,1	14 269	4,9%	52,8	12 412	4,3%	27,5	1,9
– Accidents de transport	3 031	0,5%	4,8	2 256	0,8%	7,4	775	0,3%	2,3	3,3
– Chutes accidentelles	7 655	1,3%	11,3	3 647	1,3%	14,2	4 008	1,4%	8,4	1,7
Suicide	8 435	1,5%	14,0	6 450	2,2%	22,0	1 985	0,7%	5,9	3,7
Autres causes	115 630	20,0%	169,4	53 247	18,4%	204,2	62 383	21,5%	134,6	1,5
Toutes causes	579 230	100,0%	869,7	288 926	100,0%	1 087,8	290 304	100,0%	651,6	1,7

Figure 1 Effectifs, proportions et taux standardisés de décès par catégorie de décès, année 2016, France métropolitaine

Source : Boulat, T., Ghosn, W., Falissard, L., Roussel, S., & Grégoire, R. (2019). Principales évolutions de la mortalité par cause sur la période 2000-2016 en France métropolitaine. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, 29-30, 576-584. . http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/29-30/2019_29-30_1.htmlc

²⁶ Fosse-Edorh, S., Mandereau-Bruno, L., & Piffaretti, C. (2018). *Le poids du diabète en France en 2016. Synthèse épidémiologique*. Santé publique France. www.santepubliquefrance.fr

Au niveau national et selon l'Inserm, un français sur quatre souffrirait d'une maladie chronique, et trois sur quatre après 65 ans : « être atteint d'une maladie chronique augmente les risques de complications, de situations de dépendance et de précarité sociale préjudiciable à la qualité de vie. Ces pathologies représentent une charge de plus en plus lourde pour les malades et pour le système de santé. La prévention des complications, des récurrences, des exacerbations et des aggravations des maladies chroniques est un enjeu majeur tant pour le bien-être des personnes que pour la pérennité de notre système de santé » (Boiche et al., 2019). Or, la maladie chronique nous conduit à reconsidérer le regard de la médecine qui consiste à distinguer santé et maladie et interroge la séparation entre le normal et le pathologique²⁷. En effet, la chronicisation de certaines maladies, produite par l'avancée et l'évolution de la recherche et des traitements médicaux ces dernières décennies (Mechanic, 1959), a troublé les effets sociaux qu'elles entraînent puisqu'au « schéma habituel symptôme- diagnostic-traitement-guérison (mort) doit se substituer un schéma toujours ouvert, autrement dit incertain : à l'aboutissement que constitue la guérison se substitue la gestion de la chronicité quotidienne » (Baszanger, 1986). En prenant l'exemple du cancer, Pourtau souligne ainsi que la « chronicisation du cancer perturbe la temporalité particulière du rapport à la mort. La peur de la mort devient une épée de Damoclès » (Pourtau et al., 2011).

Cette évolution de certaines maladies « a donné lieu à d'autres nécessités dans le soin apporté aux malades, notamment l'amélioration de leur qualité de vie » (Strauss, 1976) en essayant de diminuer les effets négatifs des crises aiguës de la maladie, mais aussi les effets négatifs des traitements et des stratégies thérapeutiques mises en œuvre » (Pereira Paulo & Tourette-Turgis, 2019). Désormais tourné vers le « bien-être » et la « qualité de vie », ce regard a modifié la pratique médicale en introduisant des déterminants sociaux (Morin, 2002). Ainsi, les sciences sociales se saisissent de plus en plus des sujets de la santé notamment en s'investissant dans l'organisation de l'hôpital et la division du travail en son sein, les médicaments et ses usages sociaux, les représentations sociales et les rapports du corps à la santé et à la maladie des malades et des usagers et, enfin, l'approche macroéconomique des coûts de la maladie et du système de santé (Herzlich & Pierret, 2010). Ces

²⁷ Canguilhem questionne cette différenciation du normal et du pathologique puisque « c'est au-delà du corps qu'il faut regarder pour apprécier ce qui est normal ou pathologique pour ce corps même » (Canguilhem, 1966).

faits « sociaux » qui échappent aux recherches médicales sont des terrains privilégiés pour les sociologues afin d'identifier le caractère « social » de ces phénomènes qui « autrement risquent de rester ignorés » (Benamouzig, 2010).

1.1. Recours aux sciences sociales dans le champ de la santé : quelques exemples

Toute maladie a donc une « part de social » (Bloom, 2002; Carricaburu & Ménoret, 2004). De plus en plus de travaux en sciences sociales du sport se saisissent ainsi des maladies chroniques (une thématique de recherche initialement médicale) et de l'activité physique comme thérapie non médicamenteuse. Le croisement de ces deux mondes (sport et médecine) n'est pas nouveau puisque nombreuses sont les études sur les effets biologiques de la pratique sportive sur ces maladies : les bénéfices de l'activité physique ont ainsi été démontrés dans de nombreux rapports et travaux sur ces pathologies notamment sur les maladies cardiovasculaires²⁸, le diabète²⁹ et les cancers³⁰.

Dans le cas de la mucoviscidose, les études sur les bienfaits de la pratique d'une activité physique sont nouvelles. Ainsi, « jusqu'au début du XXe siècle, l'activité physique et sportive a été déconseillée, voire interdite » (Fuchs, 2014). Pourtant, permettant d'entretenir certaines capacités respiratoires (Fuchs, 2014; Gruet et al., 2013; Karila et al., 2010), son impact sur la maladie a été

²⁸ Voir par exemple Baudet, M., Daugareil, C., & Ferrieres, J. (2012). Prévention des maladies cardiovasculaires et règles hygiéno-diététiques. *Annales de Cardiologie et d'Angéiologie*, 61(2), 93-98. <https://doi.org/10.1016/j.ancard.2011.05.007> ; Evenson, K. R., Rosamond, W. D., Cai, J., Toole, J. F., Hutchinson, R. G., Shahar, E., & Folsom, A. R. (1999). Physical Activity and Ischemic Stroke Risk: The Atherosclerosis Risk in Communities Study. *Stroke*, 30(7), 1333-1339. <https://doi.org/10.1161/01.STR.30.7.1333> ; Simonsick, E. M., Lafferty, M. E., Phillips, C. L., Mendes de Leon, C. F., Kasl, S. V., Seeman, T. E., Fillenbaum, G., Hebert, P., & Lemke, J. H. (1993). Risk due to inactivity in physically capable older adults. *American Journal of Public Health*, 83(10), 1443-1450. <https://doi.org/10.2105/AJPH.83.10.1443>

²⁹ Par exemple : Baan, C. A., Stolk, R. P., Grobbee, D. E., Witteman, J. C. M., & Feskens, E. J. M. (1999). Physical Activity in Elderly Subjects with Impaired Glucose Tolerance and Newly Diagnosed Diabetes Mellitus. *American Journal of Epidemiology*, 149(3), 219-227. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a009795> ou Duclos, M., Oppert, J.-M., Vergès, B., Coliche, V., Gautier, J.-F., Guezennec, C.-Y., Reach, G., & Strauch, G. (2012). Activité physique et diabète de type 2. *Médecine des Maladies Métaboliques*, 6(1), 80-96. [https://doi.org/10.1016/S1957-2557\(12\)70366-8](https://doi.org/10.1016/S1957-2557(12)70366-8)

³⁰ Par exemple : Tavani, A., Braga, C., Vecchia, C. L., Conti, E., Filiberti, R., Montella, M., Amadori, D., Russo, A., & Franceschi, S. (1999). Physical activity and risk of cancers of the colon and rectum : An Italian case-control study. *British Journal of Cancer*, 79(11-12), 1912-1916. <https://doi.org/10.1038/sj.bjc.6690304> ou encore Levi, F., Pasche, C., Lucchini, F., & La Vecchia, C. (1999). Occupational and leisure time physical activity and the risk of breast cancer. *European Journal of Cancer*, 35(5), 775-778. [https://doi.org/10.1016/S0959-8049\(99\)00051-9](https://doi.org/10.1016/S0959-8049(99)00051-9)

largement démontré depuis. En revanche, les travaux portant sur les effets « sociaux » de l'activité physique sur les porteurs de certaines pathologies de longue durée sont plus récents. L'enquête qualitative d'Amélie Fuchs, basée sur des entretiens compréhensifs auprès de sportifs atteints de mucoviscidose et d'observations directes, a permis de s'intéresser à la « forme de contrôle » de ces malades sur leur corps. Elle montre également qu'avec une pratique sportive, ils conservent « un pouvoir sur leur maladie » (Fuchs, 2014). Ce travail a également mis en exergue la diversité des significations de l'engagement dans une activité physique des patients : « quête de (re)construction identitaire à travers la performance, adaptabilité de la pratique sportive en fonction de l'évolution de la maladie, volonté d'autogestion de son corps, sport-ressource pour vivre dans la normalité, etc. ». On observe également une évolution de la carrière sportive en fonction des étapes de la maladie (Fuchs, 2011).

Au travers des personnes atteintes de diabète et de jeunes obèses, l'étude sociologique de Nathalie Barth s'intéresse quant à elle « au processus d'engagement » de malades chroniques » dans l'activité physique (Barth & Lefebvre, 2016). Ainsi, allant au-delà de l'effet de la pratique physique sur le diabète, reconnue comme l'un des piliers du traitement de cette pathologie de longue durée (Marwick et al., 2009; Perrin & Fodimbi, 2010), est reconnu le « *sens* » accordé à la pratique ainsi que le « *contexte* » de prise en charge » afin de « saisir les différentes temporalités de (re)prise d'[activité physique] » (Barth & Lefebvre, 2016).

Dans un autre registre, s'inscrivant dans une approche compréhensive et dynamique de la période suivant le traitement du cancer du sein chez des femmes, Mino et Lefève (2016) observent que les études cliniques et épidémiologiques sur les bienfaits de la pratique d'une activité physique lors du traitement de ce cancer sont nombreuses. Ils soulignent ainsi l'absence de recherche qualitative concernant l'expérience de l'activité physique de ces femmes atteintes d'un cancer du sein. Les auteurs ont ainsi montré que « l'activité a ainsi un double visage selon sa place et sa signification dans la norme de vie ».

Les activités physiques sont également très souvent mises en corrélation avec la sédentarité et l'alimentation, renvoyant ainsi à la question de l'obésité et du surpoids. Ces liens peuvent être

envisagés dans une perspective « vitale », c'est-à-dire « référée au fonctionnement organique du corps, à sa dimension biologique, mais aussi dans une perspective sociale, c'est-à-dire référée à la construction sociale du corps, à ses dimensions symboliques et collectives » (Marcellini et al., 2016). Or, la compréhension de cette « construction sociale du corps », au travers des sciences sociales, est nécessaire pour appréhender la question de la maladie, de l'expérience de celle-ci tout comme celle de l'activité physique, au-delà de la perspective purement médicale et épidémiologique.

1.2. « Haro sur les gros » ! L'exemple des corps « gros » et « gras »

L'obésité est souvent mise en exergue par les médias sous la forme d'une menace ou d'une « épidémie » pour reprendre le terme employé par l'Organisation mondiale de la santé en 1998³¹. Alors qu'une épidémie est le « développement et [la] propagation rapide d'une maladie contagieuse, le plus souvent d'origine infectieuse, dans une population » (Larousse), l'obésité n'est ni une maladie infectieuse ni contagieuse. Dès lors, peut-on parler d'une épidémie pour l'obésité ? Médiatiques et politiques, ces discours conduisent à la stigmatisation de celui qui est « gros » sans pour autant nous renseigner sur les nombreuses statistiques présentées : ces chiffres sont basés sur l'indice de masse corporelle (IMC) comme mesure du poids, outil de mesure qui fait pourtant fi de toutes dispositions personnelles telles que le genre, l'âge, etc. Obésité, surpoids et dérivés de ces termes sont « porteurs de connotations négatives » depuis des années. Pour autant, avoir un IMC au-dessus de seuil « normal » ne signifie pas pour autant être malade, même si l'accumulation de graisse peut entraîner des « complications » médicales telles que des problèmes respiratoires ou cardiaques. Dans l'imaginaire collectif moderne, un corps « gros » n'est pas beau et représente principalement les classes sociales défavorisées, contrairement au Moyen-âge où la corpulence était associée à la richesse et la minceur à un signe de maladie. Aujourd'hui, le gras renvoie l'image d'un laisser-aller, d'un « non-soin » de soi, de son corps, de sa santé : les personnes obèses sont majoritairement jugées responsables de leur corpulence. Dans les statistiques, on s'aperçoit que l'obésité touche principalement des populations aux faibles revenus et aux niveaux d'éducation inférieurs. Or, « il

³¹ Par exemple : « Alerte à l'obésité » (Libération, 27 octobre 2001), « L'obésité, mal du siècle » (Le Figaro, 11 mars 2004), « Hausse alarmante de l'obésité et du surpoids » (Le Monde, 12 juin 2017).

est curieux que d'autres maladies, comme l'asthme ou le diabète ne s'accompagnent pas de faibles revenus ou d'échecs scolaires » : cette différence, c'est la stigmatisation qui l'a créée. La médicalisation de l'obésité et du surpoids est également un processus que l'on observe depuis quelques années. « Processus qui conduit une personne [en surcharge pondérale] à être appréhendée en tant qu'individu nécessitant des "soins" » (Morel, 2014), cette médicalisation, parfois appelée pathologisation, permet de se questionner sur les conditions socio-historiques ayant produit la perception de l'obésité comme un « problème social » d'une telle ampleur : pourquoi et comment l'obésité est-elle devenue un phénomène si important dans la société que sa prévention est considérée aujourd'hui comme l'une des priorités des politiques publiques ? La surcharge pondérale et l'obésité sont-elles le résultat du seul comportement individuel ? Ou sont-elles profondément jointes à des mécanismes socioéconomiques dépassant l'individu ? Une courte sociohistoire du surpoids et de la médicalisation de l'obésité permet d'observer comment cette dernière a été définie et redéfinie depuis comme une « construction sociale », c'est-à-dire, un objet analysé et décrit au travers de l'interaction entre des facteurs sociaux, - tels que les croyances, les relations sociales -, et les connaissances médicales qui déterminent son apparition, sa définition, entre le social et le vital (Marcellini & Fortier, 2014).

1.2.1. L'approche médicale de la surcharge pondérale : « un diagnostic technique »

La surcharge pondérale³² est une question de santé publique qui touche aujourd'hui une grande partie de la planète, qu'importe le niveau de développement des pays. Dans son livre « The World is fat », Barry Popkin souligne la problématique de l'obésité et son évolution dans le monde (Popkin, 2009). Les pays occidentaux sont marqués par un accroissement rapide de l'obésité mais présentent des variations (les Etats-Unis *versus* l'Europe par exemple). Mais quels que soient les pays, on

³² Sur un plan médical, la surcharge pondérale renvoie à un surplus de graisse corporelle qui, le plus souvent, résulte d'un déséquilibre de la balance énergétique : l'individu en surcharge pondérale consomme plus de calories qu'il n'en dépense (Basdevant, 2006). Le terme d'obésité est issu du latin *obesitas* qui désigne un « excès d'embonpoint ». Le surpoids, l'embonpoint et l'obésité sont donc des expressions de la variation du poids par rapport à la taille tout comme la maigreur et la minceur. Dans un processus continu et progressif, l'embonpoint précède l'obésité. Médicalement, nous mesurons ces variations par l'indice de masse corporelle (IMC) qui donne les différents seuils entre maigreur, minceur, obésité, etc. : selon cette échelle, plus la surcharge pondérale est élevée, plus les facteurs de risques associés sont importants.

observe une élévation générale constante de l'indice de masse corporelle notamment chez les jeunes³³. Cette « épidémie de l'obésité » aurait un coût économique élevé : aux États-Unis, elle serait de l'ordre de 147 milliards de dollars en 2006 contre 78 milliards en 1998 (Finkelstein et al., 2009). D'ailleurs, en 1998, dans son rapport « Obésité : prévention et gestion de l'épidémie globale », l'Organisation Mondiale de la Santé soulignait que « la fréquence actuelle du surpoids et de l'obésité est telle qu'ils remplacent progressivement les problèmes plus traditionnels de santé publique, comme la malnutrition et les maladies infectieuses, parmi les facteurs les plus significatifs d'altération de l'état de santé », marquant ainsi les débuts de la surcharge pondérale comme « problème public »³⁴. Depuis, le surpoids, et encore plus spécifiquement l'obésité, intéressent de plus en plus les médias et les instances politiques puisque les « risques » justifieraient la lutte contre la surcharge pondérale. Cependant, si les « complications » physiques et physiologiques sont à prendre en compte, l'obésité est à considérer au-delà sa vision médicale - une pathologie clinique -, puisqu'elle est plurifactorielle et « éco-bio-psycho-sociale » (Ziegler, 2014). Herzlich C.L. (1969, p. 13) raconte que l'« on est malade ou bien portant pour soi, mais aussi pour la société et en fonction de la société », la maladie a ainsi toujours « une définition sociale et est entourée d'actes sociaux qui la conditionnent » (Freidson, 1984).

En effet, la « médecine, qui voit dans l'obésité un problème de santé publique, cherche à imposer ses propres normes quantitatives de "poids théorique" » (Fischler, 1987). Ainsi, si l'Indice de Masse Corporelle apparaît « pratique » pour définir le surpoids, son usage doit cependant être questionné. Il ne prend pas en compte des facteurs comme l'âge ou encore « l'ethnicité » qui peuvent également influencer le poids des personnes, et l'obésité est alors diagnostiquée « comme un problème quantitatif » où il y a « nombre de sujets obèses et nombres de calories superflues » (Peuch, 2017)³⁵.

³³ Plus précisément et selon l'OMS, la prévalence de l'obésité dans le monde a plus que doublé entre 1980 et 2014 (OMS, 2015) et 6,5 millions de personnes sont considérées comme obèses soit 14,5% de la population adulte (Inserm et al., 2012).

³⁴ « Par "problème public" il faut entendre des problèmes dont la formulation (sur la nature du problème, ses raisons, ses conséquences, les personnes touchées, les responsabilités) et les propositions de résolution sont des enjeux d'ordre public, c'est-à-dire qui concerne l'ensemble de la société » (Moriau, 2017)

³⁵ L'environnement social n'est pas pris en compte alors que, pour des seuils d'IMC inférieurs, les populations asiatiques et d'Amérique centrale ont un même niveau de risque que les Européens. Et si, pour les Américains d'origine européenne, le surpoids est au seuil de 25, il serait à 26,3 chez les Afro-américains (Deurenberg, 2001).

Il faut donc être soucieux lors de l'utilisation de cette mesure, qui apparaît incomplète, ne prenant pas en compte certains facteurs comme la masse musculaire³⁶. Les critères de l'OMS ne sont pas des valeurs absolues puisqu'il existe de réelles différences entre les populations (origine, milieu social aisé/défavorisé, sexe, répartition des masses, etc.). La personne en surpoids est alors considérée comme « un sujet médical, et non comme un acteur à part entière du processus définitionnel et décisionnel concernant l'obésité, il est probable de passer à côté de certains éléments causaux ou qualificatifs clés » (Peuch, 2017). D'autant plus que, pour certains auteurs, l'obésité n'entraînerait que très faiblement des risques pathologiques³⁷. Il faut ainsi « “[mettre] entre parenthèses” [le] caractère pathologique dont l'analyse revient aux disciplines médicales (ce qui ne signifie pas que les disciplines médicales soient les seules à pouvoir tenir un discours légitime) » pour s'intéresser sociologiquement à cette question du poids et l'aborder en dépassant le phénomène individuel et pathologique (Darmon, 2008). Certes, il est impensable de séparer la surcharge pondérale des « complications » qu'elle peut entraîner mais les explications médicales ne peuvent expliquer à elles seules les variations des taux de surpoids et d'obésité : une explication sociale est nécessaire (Crossley, 2004)³⁸.

³⁶ L'exemple le plus frappant est celui des sportifs : leur forme physique est bien souvent supérieure à celle de la population générale malgré un IMC au-delà du « poids de forme » du fait de leur masse musculaire développée. Pour une histoire critique de cet indicateur, voir par exemple De Saint Pol, T. (2007). *Comment mesurer la corpulence et le poids "idéal" ? Histoire, intérêts et limites de l'indice de masse corporelle*. Observatoire sociologique du changement, 01. <https://hal-sciencespo.archives-ouvertes.fr/hal-01066084/document>

³⁷ Paul Campos, dans son livre *The Obesity Myth* montre que, sans nier la relation entre le poids et la santé, « the health risks associated with higher-than-average weight have been greatly exaggerated, while all sorts of related but far graver risks have been ignored. In particular, poverty, poor nutrition and a culture that makes it easy for Americans to be sedentary are important public health issues in America today » (Campos, 2004).

³⁸ « De plus en plus, le médical et le social en viennent en fait à se recouvrir l'un et l'autre, non pas superposés, mais étroitement imbriqués. Il y aurait, en effet, lieu de distinguer deux processus de fond comme le fait Conrad: celui de la médicalisation comme basculement d'enjeux sociaux et moraux dans le champ du médical et celui de la sanitarisation (healthicization), qui agirait en concomitance, à travers la transposition de problèmes médicaux ou de santé publique, en enjeux moraux et sociaux (Lupton, 1995)» (Collin & Suissa, 2007)

1.2.2. Vers une sociopathie ?

Dans son ouvrage, Muriel Darmon montre que l'identité anorexique³⁹ se bâtit en opposition avec celle de l'obèse, c'est-à-dire que les anorexiques cherchent à montrer qu'elles ont assez de volonté pour ne pas prendre de poids prenant ainsi de la distance avec les obèses. En effet, la surcharge pondérale et particulièrement l'obésité sont régulièrement associées aux personnes des milieux sociaux défavorisés à modérés. Certaines « pathologies sont, pour partie, socialement engendrées » (Juan, 2002) : les milieux populaires sont ainsi pointés du doigt par rapport à la norme des milieux sociaux favorisés. Les préjugés se multiplient envers les individus en surpoids : ces personnes seraient « faibles » vis-à-vis de la nutrition (alimentation et activité physique), moins instruites (par rapport aux diplômes obtenus) – au regard des enquêtes statistiques sur l'obésité - mais surtout responsables de leur état de « gros »⁴⁰. Il s'agit d'un véritable handicap entraînant une mobilité sociale moindre du fait de la dévalorisation des « gros » notamment dans les sociétés occidentales actuelles⁴¹.

« Car, le corps obèse constitue, dans nos sociétés, un double corps à la fois de pauvre et de monstre, c'est-à-dire celui d'une altérité dérangeante. Il exprime le refus de la différence basée sur un trait morphologique (maigre et dur vs gras et mou) exprimant, quelque part, un mal être individuel de la part de celui qui est obèse et collectif de la part de la société qui le rejette » (Boëtsch, 2005)

³⁹ S'appuyant sur Durkheim, Muriel Darmon aborde l'anorexie comme un objet qui peut être considéré comme « un fait social défini en termes de pratiques » (Darmon, 2008).

⁴⁰ La stigmatisation du « gros » et du « gras » a été de nombreuses fois étudiée et les résultats rapportent une discrimination dans toutes les sphères de la vie quotidienne : taux plus faible d'accès à l'enseignement supérieur, emploi plus difficile à trouver, pratiques d'embauche inéquitables, niveau de revenus plus faible (Allon, 1982; Cahnman, 1968).

⁴¹ De nombreuses études montrent que même le système médical stigmatise les personnes en surcharge pondérale (Myers & Rosen, 1999; Najman et al., 1982). Certaines publications médicales parlent des personnes obèses comme des « inactifs, médiocres, incapables de prendre des initiatives et d'assumer leurs responsabilités » (Daubigny, 2004). Daubigny fait alors référence à un article paru dans La Revue du Praticien où les auteurs affirment qu'il « n'existe pas de structure mentale propre à l'obèse. Les tests psychologiques de type projectifs révèlent, le plus souvent, des sentiments d'ennui, une très grande passivité, un infantilisme et une certaine médiocrité des réponses » (Pierson, Vidailhet, Deschamps, Favre., Comportement alimentaire de l'enfant obèse. *La Revue du Praticien*, 30, 27, p1801-1809.).

Au-delà d'une simple lecture épidémiologique et clinique de la surcharge pondérale, les chercheurs en sciences sociales entendent ainsi « comprendre sa variabilité au niveau de notre espèce, et son acceptation ou son refus en fonction des représentations sociales concernant le corps et l'alimentation » (Boëtsch, 2005). Résultat d'une construction, le corps est un objet social et culturel : « nos corps sont façonnés, modelés matériellement, sous les effets de multiples facteurs imposés à l'individu : agissant à court ou à long terme, produits par l'évolution historique ou les conditions économiques et structurelles, ces effets sont inconscients, involontaires, mais engendrent des formes corporelles déterminées » (Détrez, 2002). Si le patrimoine génétique a une action incontestable sur le corps, l'environnement joue également un rôle important sur les transformations de celui-ci (Boëtsch, (Boëtsch, 2005). De ce fait, il existe une variabilité des normes corporelles selon l'époque et le contexte historique (Hoffman, 2006) et les symboliques du poids sont contradictoires selon l'époque et la société que l'on regarde : ainsi, l'image du « gros » n'a pas toujours été négative et il existe une redistribution des représentations de la surcharge pondérale. Par ailleurs, la distribution des poids des corps dans l'espace social, loin d'être aléatoire ou uniquement héréditaire, est liée aux conditions de vie : ceux qui occupent les positions sociales les plus précaires ont toutes les chances d'avoir un corps plus éloigné du « corps légitime ».

Désormais « considérée comme une maladie chronique même si différents auteurs, dont quelques médecins, s'interrogent sur cette qualification » (Marcellini et al., 2016), l'obésité serait donc une « pathologie » médico-psycho-sociale et multifactorielle qui dépend de nombreux facteurs génétiques, biologiques et environnementaux, de facteurs socio-économiques, de l'évolution de notre mode de vie ainsi que l'évolution culturelle ce qui nous conduit à penser qu'il n'y a pas « une obésité » mais « des obésités ». L'utilisation des termes « surpoids » et « obésité » dans les enquêtes épidémiologiques témoigne souvent d'un cadre de perception essentiellement médical. Face à cette approche médicale se développent également – les « *fat studies* » – qui revendiquent un droit à la différence de corpulence. Il faut ainsi déconstruire l'idée que l'obésité est une maladie à part entière puisqu'aujourd'hui, elle renvoie à un mot de sens commun couramment utilisé par l'ensemble de la

population. La surcharge pondérale serait plutôt « fait social total »⁴² puisque la médecine, la génétique et les caractéristiques psychiques ne suffisent pas à en expliquer sa distribution dans la société et sa mutation au fil du temps : un des grands déterminants de l'obésité reste le social. En matière d'inégalités de santé, l'obésité est sans doute l'un des marqueurs sociaux les plus forts. En France, si près d'un adulte sur deux est en surpoids, la proportion de personnes obèses est le plus souvent indexée sur le niveau de vie.

Les nombreuses études de la surcharge pondérale rappellent tant sa complexité que son effet sur la qualité de vie des personnes puisqu'elle est à l'origine de stigmatisation, de discrimination ainsi que source d'inégalité sociale et d'inégalité de santé dans toutes les sphères de la vie quotidienne (Poulain, 2004, 2009). Par ses complications médicales, physiques mais également sociales, le « trop gras » devient progressivement un « problème » à combattre pour les politiques publiques⁴³. Les transformations de notre mode de vie ont conduit à des comportements sédentaires et à une inactivité physique, facteurs fondamentaux dans la prise de poids de la population alors même que l'activité physique permet de réduire le développement de multiples comorbidités de l'obésité (pathologies cardiovasculaires, le diabète de type 2, etc.).

⁴² Selon Marcel Mauss, un fait social total reflète l'ensemble de la société puisque « dans ces phénomènes sociaux "totaux", comme nous proposons de les appeler, s'expriment à la fois et d'un coup toutes sortes d'institutions : religieuses, juridiques et morales – et celles-ci politiques et familiales en même temps ; économiques et celles-ci supposent des formes particulières de la production et de la consommation, ou plutôt de la prestation et de la distribution ; sans compter les phénomènes esthétiques auxquels aboutissent ces faits et les phénomènes morphologiques que manifestent ces institutions » (Mauss, 2013)

⁴³ Nombreuses sont les analyses et travaux portés sur cette construction sociopolitique de l'obésité perçue comme une épidémie et comme un « problème » de santé publique. Par exemple : Bossy, T. (2010). Les différentes temporalités du changement : La mise sur agenda de l'obésité en France et au Royaume-Uni. In B. Palier & Y. Surel (Éds.), *Quand les politiques changent : Temporalités et niveaux de l'action publique* (p. 145-182). L'Harmattan ; Jutel, A. (2006). The emergence of overweight as a disease entity : Measuring up normality. *Social Science & Medicine* (1982), 63(9), 2268-2276. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.05.028>; Oliver, J. E. (2006). The politics of pathology : How obesity became an epidemic disease. *Perspectives in Biology and Medicine*, 49(4), 611-627. <https://doi.org/10.1353/pbm.2006.0062>; Poulain, J.-P. (2004). Sociologie de l'obésité : Facteurs sociaux et construction sociale de l'obésité. In A. Basdevant & B. Guy-Grand, *Médecine de l'obésité* (Flammarion, p. 17-25.). Flammarion. ; Poulain, J.-P. (2009). Sociologie de l'obésité (Numéro 1). Presses Universitaires de France; Cairn.info. <https://www.cairn.info/sociologie-de-l-obesite--9782130553137.htm>; Poulain, J.-P. (2009). *Éléments pour une histoire de la médicalisation de l'obésité*. *Obésité*, 4(1), 7-16. <https://doi.org/10.1007/s1690-009-0178-0>; Saguy, A. C., & Riley, K. W. (2005). Weighing both sides : Morality, mortality, and framing contests over obesity. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 30(5), 869-921. <https://doi.org/10.1215/03616878-30-5-869>

C'est pourquoi, depuis quelques années, les politiques publiques s'attachent de plus en plus à réduire la sédentarité d'une part et à promouvoir une activité physique régulière d'autre part de sorte que ces deux axes font aujourd'hui partie intégrante et intégrale du traitement des maladies chroniques dans les politiques publiques. La maladie et la santé sont en effet une « construction culturelle et sociale » ainsi qu'un « espace politiquement structuré » (Carricaburu & Ménoret, 2004).

2. Les maladies chroniques comme « problème public » : le recours à l'activité physique par les politiques publiques

Le regard de la santé publique⁴⁴ s'est tourné vers les maladies chroniques dès les années 1950 lors de la réduction des risques des maladies infectieuses (Carricaburu & Ménoret, 2004). C'est ce changement d'orientation et donc la construction de ces maladies par la santé publique ainsi que par les politiques publiques en France qui en font des « problèmes sociaux ». Pour pallier à ces pathologies de longue durée, la santé publique ainsi que les politiques publiques se tournent vers les comportements définis comme des « conduites à risque⁴⁵ » ou plus précisément des conduites catégorisées comme telles (Peretti-Watel, 2004). Cette « sanitarisaiton du social » (Guyot & Héroult, 2001) fait converger vers des nouveaux objectifs de prévention : l'éducation pour la santé (Klein, 2011). Peu à peu, l'accent est mis sur l'exigence individuelle d'être « en bonne santé » avec une « normalisation » des comportements et des usages du corps (Massé, 2003) conduisant à ce que

⁴⁴ Il n'existe pas de définition partagée du terme « santé publique » mais nous la considérerons comme étant « une approche collective et administrative des problèmes de santé des populations sous ses aspects politiques, économiques, réglementaires, institutionnels » (Tessier et al., 2004). Dans [son article L1411-1](#), le Code de la santé publique précise les dimensions couvertes par la politique de santé publique.

⁴⁵ « Outre les rapports sexuels non protégés, les usages de drogues licites ou illicites et les imprudences au volant, la notion de conduites à risque couvre en fait un spectre de phénomènes excessivement large, qui inclut des comportements, mais aussi des expériences vécues et des états psychologiques : actes de délinquance (vol, racket...), violences agies mais aussi violences subies, tentative de suicide, désinvestissement scolaire (retards, absentéisme...), troubles alimentaires (comme le fait de se sentir gros), troubles du sommeil, nervosité, morosité ou encore mésestime de soi... » (Peretti-Watel, 2002)

Fassin appelle « un gouvernement des populations, des conduites et des pratiques » (Fassin, 2007) par la santé publique⁴⁶.

2.1. Contrôler les corps : « problèmes sociaux » et enjeux d'ordre public

« La santé est aujourd'hui déclinée dans tous les domaines : un élève qui a des mauvaises notes est en "mauvaise santé scolaire", de même qu'un homme qui n'est pas satisfait de ses érections peut se juger en "mauvaise santé" sexuelle. La santé, ce serait donc le bonheur. [...] Dans ce contexte, lorsque les campagnes de prévention font la promotion des "bons" comportements de santé (alimentation équilibrée, exercice physique, etc.) et luttent contre les "conduites à risque" (tabagisme, abus d'alcool, usage de drogues illicites, etc.), cette opposition entre conduites saines et malsaines acquiert nécessairement une dimension morale (le malsain, étymologiquement, est d'ailleurs à la fois ce qui est nuisible à la santé et contraire à la morale) » (Peretti-Watel, 2010)

La prévention devient progressivement « une intention collective de remédier à un problème collectif qui menace l'intégrité du groupe » (Fassin, 2010). À propos d'un « problème social », Moriau explique qu'il « ne s'impose pas de par son existence même, mais [qu'il] est le produit final d'un complexe et incertain travail de construction, mêlant une foule d'acteurs hétéroclites aux intérêts et aux objectifs pas toujours convergents » (Moriau, 2017). C'est-à-dire que pour devenir un « problème », une situation doit être définie comme « problématique » par une diversité d'acteurs. En effet, la médicalisation d'un problème public ne provient pas uniquement des médecins, possesseurs d'une légitimité médicale (Gusfield, 1986). Nombreux sont les « experts » et les individus qui contribuent à cette fabrique de problèmes publiques⁴⁷. De ce fait, « tout problème

⁴⁶ La santé publique est alors appréhendée comme « une forme particulière de gouvernement de la vie, et même de gouvernement des vies » (Fassin et al., 2010).

⁴⁷ Pinel démontre la diversité de ces « experts » dans son histoire sociale du cancer (Pinell, 1992).

social naît ainsi, du succès de l'association d'un jugement moral à des faits sociaux » (Moriau, 2017)⁴⁸ et les problèmes sont le « résultat de structuration et d'agencement du monde social » (Fassin, 2010). La santé publique manifeste donc un pouvoir (Fassin, 2010) où la « gestion des risques à la santé associés à nos habitudes de vie et à nos environnements physique et social est devenue l'un des éléments clés dans l'entreprise de légitimation des interventions de prévention et de promotion de la santé. Le citoyen moderne est convoqué par les institutions de santé publique à s'engager dans la lutte face aux risques environnementaux [...] mais surtout à modifier ses habitudes de vie (alimentation, activité physique, sexualité, tabagisme) afin de limiter son exposition à ces risques évitables » (Massé, 2008).

2.2. Cibler les publics spécifiques et/ou vulnérables : une segmentation du gouvernement des corps

Ces interventions de prévention et de promotion de la santé prennent deux formes selon Massé : d'une part « la régulation de comportements quotidiens à la fois large (grandes politiques proactives et préventives de santé) » ; d'autre part, elles sont ciblées au travers de « politiques à l'égard de groupes spécifiques » (Massé, 2010). Ces groupes « à risque » apparaissent comme des « patrons comportementaux nuisibles à contrecarrer » (Otero, 2012). La prise en compte de ces populations de manière ciblée peut entraîner une stigmatisation chez ce public visé. En effet, « l'accès accru à la prévention, paradoxalement, accroît le stress et la culpabilisation chez des individus désormais acculés aux limites du possible dans l'entreprise préventive » (Massé, 2010). Marcelo Otero partage cette vision en soulignant que « toute politique ciblée de santé peut conduire à figer, labelliser et stigmatiser la population qu'elle considère comme « à risque » précisément, ce qui peut aussi l'éloigner d'une prise en charge » même s'il convient que ce ciblage peut être une nécessité puisque « certaines populations sont confrontées à des problèmes de santé beaucoup plus que d'autres »

⁴⁸ Ce « problème social » ou « problème public » apparaît et se solidifie au travers de cinq étapes : émergence, légitimation, mobilisation, débats sur le traitement, actions sur le terrain (Blumer, 2004).

(Otero, 2012). Ainsi, les politiques de « discrimination positive⁴⁹ » soutiennent les publics concernés et constituent des leviers d'action mais « contribuent en même temps à leur stigmatisation⁵⁰ » (Avenel, 2007). Cyprien Avenel donne l'exemple d'une école relevant d'une politique de Zone d'Éducation Prioritaires (ZEP) : si cette politique permet de donner des ressources supplémentaires aux établissements scolaires, « elle participe aussi indirectement à donner de l'école et du quartier l'image d'un espace considéré publiquement comme dégradé et socialement disqualifié ». Ainsi, les populations « à risque » se voient attribuées des « facteurs de risque⁵¹ » qui « sont l'expression d'inégalités que l'on peut en somme qualifier de « sociales » » (Martin, 2015).

Par leurs stratégies, les actions de prévention et de promotion de la santé rendent ainsi « visibles des minorités invisibles [et donnent] corps à un groupe qui n'existerait pas vraiment sans la reconnaissance de son existence par les pouvoirs publics. Faire exister une nouvelle cible de communication serait la constituer en sous-groupe au sein de la population générale, et donc fragmenter la société » (Aïna, 2009). Atteinte d'une maladie chronique, la personne est alors dans un « rôle de malade » qui est permanent (Carricaburu & Ménoret, 2004)

2.3. Des normes affinées et un « devoir être »

Dans le cadre des maladies de longue durée, un « étiquetage » des malades se construit par les politiques publiques. Ces personnes sont alors considérées comme « déviantes » à la fois socialement et par rapport à des normes biologiques de santé (Carricaburu & Ménoret, 2004). Les

⁴⁹ La discrimination positive est « une réorientation des politiques publiques, dont l'objectif est de favoriser une ou plusieurs catégories sociales spécifiques, afin de compenser des inégalités préexistantes et durables qui affectent ces groupes au regard des normes sociales en vigueur » (Wuhl, 2008). Dans le même sens, faire de la discrimination positive, c'est « adopter des politiques qui créent volontairement des inégalités pour mieux tendre vers l'objectif d'égalité, et ainsi tenir compte des handicaps (ou des avantages) des individus » (Kesslassy, 2005)

⁵⁰ D'autres vont encore plus loin et dénoncent cette discrimination positive en parlant du « développement d'une mentalité d'assisté, ici, loin d'être un handicap, se traduit plutôt par l'acquisition d'une rente de situation » (Wuhl, 2008) et « d'assistancialisat[i]on » de l'intervention (Avenel, 2007)

⁵¹ Ces facteurs peuvent être économiques, culturels, de genre, de classe, etc.

normes⁵² renvoient à l'idée que le corps est modulable par la société mais également par l'individu. Comme le soulignent par ailleurs certains anthropologues⁵³, Gilles Vieille-Marchiset (2019) rappelle dans son ouvrage que le corps est soumis à un système normatif à déconstruire mais qu'il faut éviter « les pièges de la passivité totale de l'individu dans un processus de quadrillage hétéronome des corps ou d'autonomie abusive dans une société devenue individualiste ». Selon lui, c'est par une position intermédiaire qu'il s'agit de montrer que le processus de fabrication des normes corporelles est implicite et intériorisé, négocié pour être légitimé ». Or, puisqu'on ne peut pas directement normaliser les corps, « on normalise les styles de vie afin d'atteindre le même résultat » (Klein, 2011). En d'autres termes, il y a une multiplication des discours « moralisateurs » sur les pratiques des comportements « à risque ». De ce fait, ne pas se maintenir en « bonne santé », c'est manquer à son « devoir de santé » (Massé, 2001) voire son « devoir de guérison » en cas de maladie (Herzlich, 1969). Dominique Memmi évoque alors une « biopolitique déléguée » (Memmi, 2004), dans laquelle « l'individu devient le dépositaire principal de la surveillance de son corps » (Farges, 2006). C'est pour cette raison que l'on assiste depuis quelques années à un développement des politiques préventives en faveur de l'activité physique et des « stratégies des pouvoirs publics qui tentent de transformer les représentations et pratiques afin de responsabiliser le sujet et son entourage en matière d'hygiène de vie » (Génolini & Clément, 2010). L'insistance sur les risques sanitaires auprès des populations se traduit alors sous la forme de « normes "d'actifs" et "d'inactifs", du « "bien manger" et du "bien bouger" » jusqu'à faire des sédentaires⁵⁴, un « nouveau public à éduquer »⁵⁵.

⁵² Pour Massé, les normes renvoient à « des construits socioculturels véhiculés par une société donnée, intégrés à des degrés divers par les citoyens à travers le processus de socialisation et défendus par des autorités (religieuses, administratives, politiques...) dont la légitimité est reconnue par la collectivité. Elles définissent les actions appropriées, acceptables ou non par la collectivité (les normes empiriques), les aspirations collectives (les attentes face à ce que devraient être les conduites humaines) et les prescriptions et proscriptions qui sont associées à des sanctions » (Massé, 2007).

⁵³ Par exemple David Le Breton, Gilles Boetsch ou encore Alain Ehrenberg et plus récemment Bernard Andrieu

⁵⁴ La sédentarité peut être expliquée comme « une conséquence de l'adaptation à une vie plus confortable, et signifier le manque de vigilance, voire même une faiblesse morale à l'égard d'un équilibre énergétique » (Génolini & Clément, 2010).

⁵⁵ Même s'il va de soi que la réduction de la dépense énergétique dans les activités professionnelles et la multiplication des activités sédentaires dans la vie quotidienne retirent aux individus un stimulus corporel essentiel au bon équilibre énergétique. L'industrialisation et l'accès facilité à la nourriture ont certes permis à notre société de gagner considérablement en espérance de vie mais ont conduit également à la difficulté de nos corps à faire face à cette situation expliquant ainsi l'augmentation de l'obésité.

Dans un impératif du bien-être (Rail, 2016), il s'agit pour la santé publique, « chercher des prises symboliques dans les représentations qui sous-tendent les pratiques à risque pour tenter d'en renverser la valence et valoriser un style de vie plus sain » (Berlivet, 2000), tout en responsabilisant les individus.

Prévention, promotion de la santé et éducation à la santé par l'activité physique sont les nouvelles tendances de ces politiques publiques : des campagnes de prévention et de promotion de la santé sont mises en place à travers le Plan National Nutrition Santé. On cherche à modifier les comportements des individus (Peretti-Watel & Moatti, 2009) en impliquant de plus en plus le quotidien dans le traitement des maladies chroniques. L'activité physique, l'inactivité physique et la sédentarité deviennent petit à petit partie intégrante des actions publiques de lutte contre le « gros », le « gras » et les maladies chroniques. La lutte contre la sédentarité, « construite socialement en nouvelle préoccupation sanitaire, s'érige en morale de l'exercice physique » (Génolini & Clément, 2010) et conduit à l'apparition d'une nouvelle catégorie d'action publique : le « sport-santé ».

3. Un recours grandissant au « sport-santé » : construction progressive d'une nouvelle catégorie d'action publique

L'histoire du lien entre le sport et la santé est ancien, le rapport entre les deux est permanent depuis des décennies voire des siècles mais reste ambivalent. En effet, avant la fin du 19^{ème} siècle, le sport était souvent considéré mauvais pour la santé (les médecins estimaient que le sport pouvait être dangereux, qu'il fatiguait les corps). Mais petit à petit, un « biopouvoir » apparaît avec l'entrée des médecins sur les terrains de sport et dans les écoles pour promouvoir « une gymnastique hygiénique et récréative pour plus de santé individuelle, plus de bonheur familial et pour un meilleur rendement social » (Tissier, 1888). L'année 1888 marque la considération du sport comme « hygiène de vie » grâce à Lagrange et son livre *Physiologie des exercices physiques* dans lequel ce dernier défend l'exercice

quotidien. Il s'agit de lutter contre la dégénérescence de la race pour faire face au complexe de Sedan⁵⁶ tout en contrôlant les corps et les esprits (Defrance, 2004; Terret, 2013).

A partir de 1916, le sport devient un élément de l'hygiène publique : il devient « médicalement » utile puisqu'il aide à surmonter les fléaux sociaux telle la tuberculose et l'alcoolisme (Lebrun, 1988). C'est le moment de la campagne des hygiénistes visant à améliorer la santé du peuple et où l'on va ainsi privilégier les sports d'extérieurs et éviter les endroits clos pour pratiquer. Le sport vient ainsi au « secours » de la santé publique et le Front national crée le Brevet Sportif Populaire (BSP) le 10 mars 1937 (Bluteau et al., 2000).

Dès les années 60, « la trajectoire de la question de l'APS comme facteur de santé prend une inflexion particulière » (Favier-Ambrosini, 2016; Radel, 2012). L'année 1968 marque le désir de liberté, d'épanouissement et de bien-être. Le sport devient un objet pour mincir à une époque où les corps se dévoilent de plus en plus avec l'avènement du tourisme et des vacances à la mer, et la forme et le paraître deviennent omniprésents. La gymnastique en douceur est privilégiée pour ne pas fatiguer ou générer de l'asthme à l'effort. Puis à partir des années 90, la vitalité au quotidien devient une orientation de certaines fédérations (par exemple, la Fédération française d'éducation physique et de gymnastique volontaire promeut le sport pour les seniors) et des politiques qui encouragent la promotion de la santé et la prévention des conduites à risque par le sport.

Ainsi, la prescription – sous forme de conseils ou de recommandations – du sport ou de l'activité physique à des fins de santé existe depuis des décennies voire des siècles. La nouveauté des programmes et dispositifs du sport-santé réside dans l'existence d'un document officiel : l'ordonnance écrite du médecin.

⁵⁶ À la suite de la défaite contre la Prusse lors de la guerre franco-allemande de 1870.

3.1. De la promotion de la santé au « sport-santé »

Dans sa thèse⁵⁷, Antoine Radel (2012) propose une analyse chronologique des formes de mobilisation et des dispositifs (par exemple des campagnes de santé publique par des films) mis en place dans la prévention et la promotion de la santé par l'activité physique. Il analyse les campagnes orientées en faveur de la promotion des " modes de vie physiquement actifs " entre 1960 et 2010. Trois dispositifs successifs sont observés durant cette période sous un angle socio-historique prêtant une attention soutenue aux mécanismes - à la fois éthiques et cognitifs - de construction des discours sanitaires. On voit ainsi que le recours à l'activité physique pour la santé est peu présent dans la période 1960-1980 où seulement 5 à 11% des films parlent de la pratique physique et ne sont qu'à visée informative, sans indication ni sur la quantité et ni sur le « comment faire ». Les années 80 marquent le début des premières campagnes de préoccupation de la sédentarité⁵⁸ mais à visée informative uniquement et dont l'intention est d'intensifier l'information sur les facteurs de risques nocifs à la santé. Petit à petit, au fil des années, la sédentarité prend son importance⁵⁹. Le 21^{ème} siècle marque le début des mesures de santé publique en France afin d'agir sur la nutrition⁶⁰ et de freiner voire de diminuer la prévalence de l'obésité⁶¹. Les objectifs actuels de ces campagnes visent à modifier les comportements. Il s'agit d'agir directement sur les conduites et sur la santé de la population. Ainsi, dès 2001 est lancé le premier PNNS par le Ministère de la santé suite aux recommandations faites par le Haut Conseil de la Santé Publique (Hercberg & Tallec, 2000) et dans

⁵⁷ 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* (Thèse de doctorat en Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS)). Université Toulouse III - Paul Sabatier

⁵⁸ . Une action de sensibilisation et d'éducation pour la santé développée par le CFES et nommée « Dynamisme Santé » voit le jour en 1980 et l'un de ses thématiques est l'activité physique (Radel, 2012). Les politiques publiques cherchent à inciter à la pratique d'une activité physique avec notamment trois slogans médiatiques : « Votre santé dépend aussi de vous » (1980), « Bougez-vous la santé » (1984) ainsi que « Bouge ton cœur » (1985/1986).

⁵⁹ Des groupes d'experts sont créés tels que les Cardiologues et les Parcours du cœur (Radel, 2012) et l'activité physique commence à devenir un facteur considérable pour la santé. Ainsi, la « loi Avicenne » (loi 84-610 du 16 juillet 1984 relative à l'organisation et à la promotion des activités physiques et sportives) indique que les activités physiques « constituent un facteur important d'équilibre, de santé, d'épanouissement de chacun ; elles sont un élément fondamental de l'éducation, de la culture et de la vie sociale. Leur développement est d'intérêt général et leur pratique constitue un droit pour chacun quels que soient son sexe, son âge, ses capacités ou sa condition sociale »

⁶⁰ La nutrition regroupe d'une part l'alimentation et d'autre part l'activité physique.

⁶¹ La France apparaît relativement en retard par rapport à « l'alerte » posée par l'OMS en 1992 lors de la conférence internationale sur la nutrition

lequel ce dernier propose des actions spécifiques pour résoudre certains problèmes nutritionnels notamment dans les groupes à risque tels que les femmes enceintes, les enfants et adolescents, les sujets âgés, les personnes en surpoids et obèses, etc.⁶². Mais les débuts du PNNS sont essentiellement marqués par la question de l'alimentation (favoriser les légumes, diminuer le sucre, etc.), plus que par la problématique de l'activité physique et de la sédentarité (Honta & Haschar-Noé, 2011). Basson et ses collaborateurs montrent ainsi que le premier PNNS s'intéresse davantage à la question de l'alimentation et que l'activité physique ne sert qu'à rétablir l'équilibre d'une mauvaise alimentation (Basson et al., 2022). Le PNNS2 place l'activité physique comme une nécessité mais c'est le PNNS3 qui lui confère son rôle de panacée. Alimentation et activité physique sont alors placées au même niveau et la pratique physique devient « indiscutée, indiscutable, tout à la fois immesurable et incommensurable, immanquablement valorisée [...], adaptable à tous contextes [...], déclinable à l'infini » (Basson et al., p.102).

⁶² . Le PNNS 2001-2005 est un programme de santé publique ayant pour objectif de lutter contre les déséquilibres nutritionnels c'est-à-dire la suralimentation et l'insuffisance d'activité physique. Le PNNS recommande alors « d'augmenter l'activité physique et de diminuer la sédentarité à tous les âges » et l'un des objectifs au niveau de la prévention du surpoids et de l'obésité est de « réduire de 20 % la prévalence du surpoids et de l'obésité (IMC > 25 kg/m²) chez les adultes (atteindre une prévalence inférieure à 33%) et d'interrompre la croissance de la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les enfants » (PNNS). Nous voyons ici que promouvoir l'activité physique et diminuer la sédentarité sont deux objectifs différents. En effet, augmenter l'activité physique n'est pas combattre la sédentarité, il s'agit de deux buts différents qui se traitent par des actions différentes. Une activité physique régulière ne suffit pas à combattre les effets de la sédentarité. Plus on reste de temps assis, plus on augmente la mortalité, d'où un double objectif des politiques publiques : augmenter l'activité physique d'une part et diminuer le temps passé assis, c'est-à-dire la sédentarité d'autre part.

Tableau 1 Évolution de la composante "activité physique" dans les différents PNNS⁶³

<p>P N N S</p> <p>1</p> <p>2001-2005</p>	<p>9^{ème} axe : « augmenter l'activité physique quotidienne par une amélioration de 25 % du pourcentage des sujets faisant l'équivalent d'au moins 1/2h de marche rapide par jour. La sédentarité étant un facteur de risque de maladies chroniques, doit être combattue chez l'enfant. »</p> <p>5^{ème} principe général : « Le PNNS prend en compte tant la composante apports nutritionnels que la composante dépenses, en particulier la dépense énergétique liée à l'activité physique, afin de maintenir un équilibre entre les deux. »</p>
<p>P N N S</p> <p>2</p> <p>2006-2011</p>	<p>9^{ème} axe : « 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). »</p> <p>2^{ème} principe général : « Le mot nutrition doit être compris comme englobant la question des apports par l'alimentation et des dépenses énergétiques par l'activité physique »</p> <p>Objectif n°5 de la fiche Éducation et prévention « Promouvoir le repère sur l'activité physique », « Assurer les conditions de la pratique d'une activité physique quotidienne adaptée à chacun »</p>
<p>P N N S</p> <p>3</p> <p>2011-2015</p>	<p>2^{ème} axe : « Développer l'activité physique et sportive (APS) et limiter la sédentarité »</p> <p>Mesure 1 « Promouvoir, développer et augmenter le niveau d'activité physique quotidienne pour tous »</p> <p>Mesure 2 « Promouvoir l'activité physique et sportive adaptée (APA) chez les populations en situation de handicap »</p> <p>Objectif général 2 « Augmenter l'activité physique et diminuer la sédentarité à tous les âges »</p>

⁶³ Sur le plan législatif, la loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la santé publique a certifié la pertinence du PNNS. La création et la reconduction quinquennale du PNNS sont écrites dans le code de la santé publique (art. L3231-1) : un deuxième PNNS pour la période 2006-2011 est donc lancé par la suite avec une plus grande volonté d'équilibrer les parties « alimentation » et « activité physique ». Le comité de pilotage du PNNS-2 a, en effet, voulu renforcer « la part relative de la composante activité physique, parente pauvre du PNNS ». La 3ème édition du PNNS pour la période 2011-2015 met l'accent sur les actions de prévention nutritionnelle ciblées selon la population afin de réduire les inégalités sociales de santé. Ce PNNS-3 accentue la question de l'activité physique et lui confère une place beaucoup plus importante que dans les précédentes éditions. L'ensemble de ces plans recommande à toute la population de faire un minimum de trente minutes par jour d'activité physique d'intensité modérée, cinq fois par semaine, ou 20 minutes d'activité physique intense trois fois par semaine afin de lutter contre la sédentarité qui ne fait qu'augmenter.

Au fur et à mesure de l'avancée de ces campagnes et de ces plans, la lutte contre la sédentarité ainsi que la prévention des pathologies et de leurs complications⁶⁴ par la pratique d'activités physiques - le plus souvent adaptées- ont lancé la thématique du « sport-santé », employée aujourd'hui comme un véritable concept ou un « label » au sens de Pierre François⁶⁵. Considéré comme une activité physique régulière bénéfique pour la santé, le « sport-santé » est également nommé *Health-Enhancing Physical Activity* (HEPA) ou Activité Physique Adaptée (APA)⁶⁶. Le déploiement des activités physiques pour la santé trouve un certain cadrage formel avec l'Instruction du 24 décembre 2012 concernant la mise en place de mesures pour promouvoir et développer la pratique des activités physiques comme facteur de santé publique. Cette instruction conduit à la déclinaison au niveau

⁶⁴ Pour aller plus loin dans le champ des maladies chroniques, plusieurs plans ont intégré la dimension de ce « sport-santé » : par exemple, le plan d'actions national accidents vasculaires cérébraux (PLAN-AVC) 2010-2014 et le plan obésité 2010-2013, un plan plus spécifiquement porté sur la question de l'obésité. Ce plan national de lutte contre l'obésité reprend les objectifs du PNNS et les reformule pour une prise en charge spécifique de l'obésité. Ainsi, dans son premier axe, le plan obésité se penche sur la question de l'offre de soin et du dépistage de l'obésité chez l'enfant et l'adulte avec des mesures sur la structuration de l'offre de prise en charge spécialisée de cette maladie. Le plan cancer lancé en 2003 (2003-2007, 2009-2013, 2014-2019) inclut la promotion de l'activité physique depuis sa deuxième édition. Tout comme le PNNS et le plan obésité, il intègre l'activité physique comme facteur de prévention du cancer et améliorateur de la qualité de vie. Le plan national d'action de prévention de la perte d'autonomie 2015 intégré à la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement du 1er janvier 2016 promeut l'activité physique comme un déterminant de l'autonomie, comme facteur de prévention secondaire et tertiaire dans le risque de chute et comme facteur pour réduire le surpoids et l'obésité des séniors. Antérieurement, l'activité physique et son importance dans le quotidien des personnes âgées étaient déjà évoquées dans le programme national bien vieillir 2003-2005 et 2007-2009.

⁶⁵ François, P. (2011). Chapitre 1. Puissance et genèse des institutions. Un cadre analytique. In P. François, *Vie et mort des institutions marchandes* (p. 39-77). *Presses de Sciences Po*. <https://doi.org/10.3917/scpo.franc.2011.01.0039>. D'après lui, une proposition empirique devient « un label – ou une institution – quand les acteurs la mobilisent régulièrement comme un cadre a priori de l'expérience, orientant leur jugement et leur action, en particulier quand ils doivent effectuer des choix en situation d'incertitude. Ce label possède ainsi une dimension normative évidente puisqu'il prescrit ce que doivent décider et faire divers acteurs (maires, acteurs locaux, acteurs européens, etc.) placés dans des situations fort différentes (transposabilité) et qu'il est utilisé régulièrement par les acteurs concernés pour reconnaître et faire reconnaître le sérieux et le professionnalisme des actions menées dans son cadre » (Bergeron et al., 2011).

⁶⁶ *Health-Enhancing Physical Activity* (HEPA) est une expression utilisée principalement par les institutions européennes et les pays du Nord de l'Europe tandis que le « sport-santé » est employé par les acteurs de politiques sportive et de santé en France. L'APA ou Activité Physique Adaptée s'emploie plus particulièrement en STAPS même si elle apparaît dans les travaux de médecine par exemple et est appelée ainsi par les chercheurs en STAPS et les professionnels/étudiants issus des Facultés des sciences du sport. Pour le PNAPS, l'APA correspond ainsi « à une intervention professionnelle qui relève d'une formation universitaire spécifique (filières APA et Santé des UFR STAPS, niveau licence et master). Elle mobilise des connaissances scientifiques pluridisciplinaires pour analyser les ressources et les besoins spécifiques des populations et concevoir des dispositifs et des projets d'intervention qui utilisent des activités physiques adaptées à des fins d'éducation, de prévention, de promotion de la santé et d'intégration, en articulation avec d'autres professionnels de la santé, de l'éducation ou du développement social » (Toussaint, 2008).

régional de plans « Sport santé bien-être⁶⁷ » pilotés par les agences régionales de santé et les directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale. Ainsi, dans le domaine de la santé, le rôle du « sport-santé » est incorporé dans différentes lois. La loi de santé publique de 2004 comprend dix objectifs sur la thématique de la nutrition dans lequel nous pouvons retrouver la question de l'inactivité physique et de la sédentarité. La loi du 28 décembre 2015 relative à l'acclimatation de la société au vieillissement (annexe à l'art. 2) propose l'activité physique comme facteur de prévention permettant « de préserver l'autonomie et d'anticiper les effets négatifs de l'âge ». La loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 accroît son rôle en formulant que l'activité physique est un facteur de prévention de certaines maladies (art. 1) mais également un outil qui peut être prescrit dans le cadre du parcours de soins de patients atteints d'une affection de longue durée (art. 144).

Encadré 2 Inscription et évolution législative de la prescription médicale d'activités physiques

Dès 2016, le sport sur ordonnance est entrée dans les textes de loi français avec la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016⁶⁸. Ce texte définit les premiers contours de la prescription médicale d'activités physiques : « Dans le cadre du parcours de soins des patients atteints d'une affection de longue durée⁶⁹, le médecin traitant peut prescrire une activité physique adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au

⁶⁷ Illivi, F., & Honta, M. (2019). La mise en œuvre du plan « Sport, Santé, Bien-être » en région : Un processus d'ajustements continus. *Santé Publique*, 31(4), 475. <https://doi.org/10.3917/spub.194.0475>; Illivi, F., & Honta, M. (2020). *Bougez ! la fabrique locale de la lutte contre la sédentarité : Sociologie politique de l'État en action*. l'Harmattan.

⁶⁸ Pour une analyse de la fabrique de cette politique publique au travers d'une sociologie de l'action publique, voir Perrier, C. (2022). Inscrire l'AP dans le code de la santé publique. Analyse d'une construction collective française. In C. Perrin, C. Perrier, & D. Issanchou, *Bouger pour la santé ! Analyses sociologiques d'une injonction contemporaine* (p. 115-124). Presses Universitaires de Grenoble.

⁶⁹ La liste de ces ALD représente un groupe de 30 maladies qui nécessitent un traitement des et des dispositions médico-administratives particulières ainsi qu'un suivi prolongé avec des soins continus (et/ou un arrêt de travail) de plus de six mois (article L. 322-3 du Code de la Sécurité Sociale, https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031699837/2022-03-30/).

risque médical du patient » (Loi N°2016-41 du 26/1/2016 de modernisation du système de santé, Article L. 1172-1 du code de la santé).

Cette loi est rapidement complétée par le décret n°2016-1990 du 30 décembre 2016 relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients ayant une affection de longue durée (NOR : AFSP1637993D). Après vingt-deux versions différentes avant la version publiée (Perrier, 2022), ce décret précise ainsi que « le médecin traitant peut prescrire [au patient atteint d'une affection de longue durée] une activité physique dispensée par l'un des intervenants » spécifiques. Ainsi, en fonction des limitations fonctionnelles du patient, il précise le niveau de qualification requis pour le personnel encadrant la conception, l'évaluation et l'encadrement des séances d'activités physiques. Ce décret – rentré en application le 1er mars 2017 complète alors l'article initial, en apportant des détails concernant les professionnels habilités à encadrer ces pratiques physiques sur ordonnance.

Ce décret n'évoque aucun remboursement ou aide financière prévue par l'Etat ou la sécurité sociale. Les mutuelles et assureurs privés ont donc rapidement mis en place des forfaits « sport sur ordonnance » aux montants variables dans leurs contrats.

Récemment a été adoptée la loi n° 2022-296 du 2 mars 2022 visant à démocratiser le sport en France⁷⁰ et publiée au Journal Officiel du 3 mars 2022. Elle permet, entre autres, le renforcement de la prescription de l'activité physique adaptée⁷¹. En effet, d'une part, elle élargit la prescription de l'activité physique, qui était réservée aux patients atteints d'ALD, aux patients atteints de maladies chroniques ou présentant des facteurs de risques comme le surpoids, l'obésité ou l'hypertension artérielle. Les personnes en perte d'autonomie sont également concernées. D'autre part, cette loi du 2 mars 2022 donne le droit à d'autres professionnels que le médecin généraliste traitant de prescrire l'activité physique : les

⁷⁰ <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045287568>

⁷¹ Voir le dossier de presse « Adoption de la loi – Démocratiser Le sport en France du Ministère chargé des sports, à [https://www.sports.gouv.fr/IMG/pdf/dp - adoption de la loi visant a de mocratiser le sport en france.pdf](https://www.sports.gouv.fr/IMG/pdf/dp_-_adoption_de_la_loi_visant_a_de_mocratiser_le_sport_en_france.pdf)

médecins spécialistes pourront ainsi prescrire et les kinésithérapeutes seront autorisés à renouveler une ordonnance.

Cette loi de démocratisation du sport en France permet également l'inscription des Maisons Sport-Santé (MSS) dans le code de la santé publique. Celles-ci sont « des lieux d'accueil et d'orientation de l'ensemble des publics qui souhaitent accéder à une activité adaptée à leurs besoins et envies » (Carré et al., 2021). Ces structures⁷², territoires de l'action public et espaces de gestion des problèmes publics, visent à « répondre aux besoins de personnes ayant conscience de la nécessité d'une pratique d'activité physique et sportive, aux personnes souffrant d'affections de longue durée ou de maladies chroniques pour lesquelles la pratique d'activité physique adaptée est prescrite par le médecin mais aussi à celles qui, jusqu'à présent, étaient très éloignées de la pratique⁷³ ».

La loi sur la démocratisation du sport en France indique également que le gouvernement proposera, avant le 1er septembre 2022, un « rapport sur la prise en charge par l'assurance maladie des séances d'activités physiques adaptées prescrites en application de l'article L. 1172-1 du code de la santé publique⁷⁴ ».

Cette loi du 26 janvier 2016 fait suite au constat du manque de place dans les parcours de soin des thérapeutiques non médicamenteuses telle que l'activité physique alors que les études scientifiques montrent leurs bienfaits sur toutes les sphères de la vie (qualité de vie, mortalité, etc.). Il est donc aujourd'hui possible pour les médecins de prescrire une activité physique à leur patients considérés en affection longue durée. C'est un pas supplémentaire dans la construction d'un nouvel espace à l'échelle local : « le sport-santé », un lieu de pratiques sociales, politiques et culturelles possédant une valeur de santé publique, c'est-à-dire « bouger pour être en bonne santé » (Marsault, 2021).

⁷² Les MSS peuvent prendre plusieurs formes (réseau de santé, plateforme en ligne, etc.) et être portée par diverses structures (hôpital, association sportive, collectivité, etc.).

⁷³ Voir le dossier de presse du gouvernement du 14 janvier 2022 disponible à https://www.sports.gouv.fr/IMG/pdf/sportsante_dp2022_110322.pdf

⁷⁴ <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045287568>

3.2. Un nouvel espace en émergence et en tension

Les actions publiques basées sur la prescription de l'activité physique par le médecin sont des initiatives récentes et visent à combattre l'inactivité physique en proposant un programme de séances « sportives ». A cela s'ajoute une volonté de palier à la sédentarité en donnant goût au « mouvement ». Ces dispositifs constituent ainsi une « toute nouvelle approche, pratique, ou intervention, [...] pour améliorer une situation ou résoudre un problème social et ayant trouvé preneur au niveau des institutions, des organisations, des communautés » (Dandurand, 2005), c'est-à-dire, une innovation sociale⁷⁵. En effet, ils font « appel à l'engagement de plusieurs acteurs dans une démarche de résolution de problèmes » (p.380) en engageant les sphères politique, médicale et sportive autour d'un objectif commun : diminuer la sédentarité et favoriser une activité régulière pour réduire l'évolution ou l'apparition de certaines maladies. De plus, il s'agit d'un nouveau marché, le décret de la possibilité des médecins de prescrire une activité physique ayant pris effet au premier semestre 2017⁷⁶. Enfin, ces dispositifs sont des innovations sociales parce qu'ils se multiplient sur le territoire depuis 2012 et constituent une nouvelle solution possible auprès de malades chroniques de plus en plus nombreux. Mais le « sport-santé », comme catégorie de l'action publique mais également de pratiques, d'acteurs et de pensée (Marsault, 2021), reste un espace toujours en construction et sujet à de nombreuses tensions notamment au niveau des acteurs « de terrain » et de la gouvernance des actions publiques de prescription médicale d'activités physiques. Ce nouvel espace social du « sport-santé » nourrit un grand nombre de questionnements notamment avec l'apparition de la loi sur la prescription médicale d'activités physiques par les médecins traitants. L'idée ci-après n'est pas de faire un développement ou un état des lieux de la question mais de montrer qu'il existe des discordances et de l'instabilité qui subsistent encore actuellement.

⁷⁵ Les innovations sociales sont « constituées de nouvelles solutions à des problèmes économiques et sociaux par l'identification et le développement de services, ou d'un nouvel arrangement de services existants, qui améliorent la qualité de vie et le bien-être des individus et des collectivités » (Harrison & Vézina, 2006)

⁷⁶ Décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016 relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/12/30/AFSP1637993D/jo/texte>

Si le décret sur la prescription médicale d'activité physique est désormais paru, nombreuses ont été « les stratégies de partenariat, d'évitement voire d'affrontement [...] mises en place entre les différents groupes afin d'influer sur l'action publique » (Perrier & Perrin, 2017). Ces tensions ont fait surface dès la construction de la politique publique entre les acteurs ayant influencé ou du moins tenté de négocier la rédaction de la loi et du décret concernés (Perrier, 2022). De plus, les « entrepreneurs de bien-être » (Vieille-Marchiset, 2019) sont nombreux et défendent chacun leur droit de prise en charge des malades chroniques par l'activité physique, cherchant ainsi à s'investir dans de nouvelles occasions professionnelles. Les différents professionnels concernés par le décret mènent une « lutte » de prise de pouvoir au sein du nouvel espace du « sport-santé ». Ainsi, les éducateurs sportifs, avec une « mission centrée sur le développement de la personne et du lien social » (Marsault, 2016), s'emparent de cet espace en justifiant « remodeler les corps par une (re)mise en activité physique dans un contexte de lutte contre les inégalités sociales et territoriales, à la fois en matière de santé et d'accès au sport » (Vieille-Marchiset, 2019). Afin de « s'imposer face aux velléités des éducateurs sportifs », les kinésithérapeutes convertissent « des compétences avérées en gymnastique médicale par un déplacement vers l'encadrement des activités physiques et/ou sportives à des fins de santé » (Vieille-Marchiset, 2019). Enfin, les professionnels APA⁷⁷ profitent de l'émergence du « sport-santé » pour se faire connaître et reconnaître auprès des professionnels du médical et du paramédical mais aussi du grand public et des populations en affection de longue durée.

Si la ville de Strasbourg est considérée comme la première municipalité à mettre en place la prescription d'activités physiques et a servi d'appui pour la loi de modernisation de notre système de santé, une cinquantaine d'autres collectivités en France ont franchi le pas du « sport sur ordonnance » : Biarritz, Chambéry et d'autres ont ainsi mis en place des actions permettant de

⁷⁷ Appelés enseignants APA ou encore professeurs APA, ces professionnels sont issus d'une formation à la Faculté des sciences et techniques des activités physiques et sportives (UFR STAPS) avec une spécialisation en activités physiques adaptées et où « l'intervention en APA consiste en des activités de diagnostic éducatif, de co-construction des projets personnalisés, de conception de séances d'enseignement, de mise en œuvre pédagogique et d'évaluation de séances et de leurs effets. Elle s'effectue en pleine autonomie en articulation avec celles des autres professionnels de santé » (Perrin, 2016).

prendre en charge l'organisation de séances d'activité physique adaptée dédiées aux personnes atteintes d'affections de longue durée. Cependant, si à Strasbourg, le dispositif SSO est porté par la ville elle-même et offre une première année gratuite puis deux années supplémentaires avec une tarification solidaire pour les personnes d'une maladie spécifiée dans les critères d'inclusion, à Biarritz, le dispositif est pris en charge par l'association Biarritz Sport Santé et propose un programme de douze semaines à toute personne sédentaire à un prix de dix euros. Toutes les actions sont différentes et il n'existe pas de mutualisation sur le plan national. D'autre part, les mutuelles proposent des forfaits « sport sur ordonnance » pour palier le non-remboursement par la sécurité sociale des séances d'activités physiques prescrites⁷⁸. Le tableau ci-après propose quelques exemples de la diversité de ces actions en matière de prescription de l'activité physique (liste non exhaustive).

Tableau 2 Exemples de programmes d'activités physiques sur prescription médicale en France

Nom, localisation	Promoteur	Population	Fonctionnement
Sport-santé sur ordonnance (2012), Strasbourg	Ville de Strasbourg	Diabète de type 2, obésité, hypertension artérielle, maladies cardio-vasculaires stabilisées, cancers en rémission (sein et colon), VIH et personnes âgées fragilisées. Ouverture plus récente au diabète de type 1, au cancer de la prostate et à la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)	Durée : 3 ans Tarifs : 1 ^{ère} année gratuite puis application de la tarification solidaire selon le quotient familial (20, 50 ou 100 €) Activités/encadrement : 1 activité par la ville et 1 activité dans une association sportive partenaire par semaine
Côte Basque Sport santé (2015), Biarritz	Association Biarritz Sport Santé	Deux possibilités : 1) Personnes sédentaires 2) Personnes porteuses d'une Affection de Longue Durée (ALD)	1) Durée : 3 mois 10 euros ou gratuité si CMU 2) Durée : 12 mois (2 mois de rééducation à l'effort + 10 mois d'AP au sein d'une association sportive du réseau sport santé. Gratuit

⁷⁸ Selon un communiqué de presse du 5 avril 2022, le dispositif Sport sur Ordonnance de la Mutuelle des Sportifs propose un « accompagnement spécifique aux besoins des adhérents atteints d'une Affection de Longue Durée (ALD) et leur permet de bénéficier d'un accompagnement de 2 ans, d'une prise en charge des frais d'accès à une activité physique et sportive adaptée prescrite médicalement à hauteur de 500 € et de 2 bilans de condition physique offerts par la MDS ». Communiqué de presse disponible à https://cdn.mutuelle-des-sportifs.com/mdsweb/ss0/20220405_CP_Satisfaction_MDS_SSO.pdf

Sport sur ordonnance à Caen (2017)	Ville de Caen	Toute personne concernée par le décret en vigueur	30 séances d'activités physiques et sportives à raison de 2 séances par semaine. Gratuit pour les bénéficiaires
Bouger sur Prescription (Dispositif d'Accompagnement à la Pratique d'Activité Physique de la Savoie - DAPAP 73)	Comité Régional Olympique et Sportif de Savoie (CDOS 73)	Personnes ayant besoin d'être accompagnées vers une reprise d'AP et qui ne sont pas en mesure d'intégrer une pratique référencée Sport-Santé ou Sport Bien-Être ⁷⁹	3 mois à 12 mois maximum, non renouvelable Gratuit si le bénéficiaire est déclaré en Affection de Longue Durée et bénéficiaire de la Complémentaire Santé Solidaire, possède un des facteurs de risque et est bénéficiaire de la CSS ou a plus de 70 ans et est bénéficiaire de la CSS

Sans avoir abordé la multiplication des formations qualifiantes à l'encadrement des malades chroniques, nous observons, d'une part, la richesse de ce nouvel espace du « sport-santé » au travers des nombreux corps de métier (nous aurions pu citer encore les enseignants d'éducation physique et sportive, mais également les médecins -dont nous faisons un aparté par la suite-) et de la diversité dans les fonctionnements de ces actions publiques. D'autre part, ces discordes de compétences et de reconnaissance des différents professionnels mettent en lumière l'aspect « concurrentiel » d'un espace en émergence qui apparaît comme une « part de marché » à investir (Perrier & Perrin, 2017) tout comme le « chapeautage » du « sport-santé » qui laisse redouter une impossible homogénéisation sur le territoire. De plus, la faible prise en charge du sport sur ordonnance « constitue un frein majeur au développement de dispositifs de sport santé. Elle peut par ailleurs constituer un facteur d'aggravation des inégalités sociales de santé en accroissant le gradient social de la non-pratique d'activité physique et sportive » (Guillon et al., 2021).

⁷⁹ <https://www.annuaire-sport-sante-auvergne-rhone-alpes.fr/>

Conclusion chapitre 1 Les maladies chroniques et l'activité physique : des sciences médicales aux sciences sociales

Ce chapitre permet un éclairage des sciences sociales sur les maladies chroniques et met ainsi l'accent sur deux phénomènes majeurs : la médicalisation⁸⁰ de comportements « à risque » et la sanitarisat⁸¹ du social par la santé publique notamment. Celle-ci apparaît alors comme normative puisqu'elle définit, « d'une part, les critères normatifs (par exemple, seuils, taux) qui déterminent les frontières entre le normal et le pathologique, d'autre part, la notion de risque associée aux comportements sanitaires et, enfin, les valeurs sous-jacentes à l'entreprise sanitariste (par exemple, responsabilité individuelle, bien-être, autonomie) ». Ainsi, elle identifie « les comportements, environnements, conditions de vie acceptables et non acceptables, et détermine ce qui "doit" et "ne doit pas" être fait, le bien et le souhaitable, de même que les limites de l'irresponsabilité » (Massé, 2007). Cependant, si la santé publique renforce la stigmatisation et la discrimination des populations ciblées et/ou vulnérables (Massé & Saint-Arnaud, 2014) – comme nous l'avons vu avec l'obésité –, il n'est pas pour objectif de la réduire à cette vision d'une entreprise de contrôle des corps, d'un gouvernement des corps et des pratiques (Fassin & Memmi, 2004). En effet, la majorité des individus acceptent de se soumettre aux directives de la santé publique : nous pouvons citer, par exemple, le port de la ceinture de sécurité en voiture. Le processus de médicalisation apparaît alors comme une réalité contrastée⁸² (Bujon et al., 2014).

Toutefois, nous avons vu que la santé publique s'empare de plus en plus de la question du manque d'activité physique et de la sédentarité, considérés comme des comportements « à risque » augmentant le développement de maladies chroniques et les coûts de santé publique. Ils sont devenus ainsi des « problèmes publics » et des « fléaux » à combattre. De ce fait, on assiste au

⁸⁰ Pour rappel, la médicalisation est un processus par lequel « certaines questions, auparavant définies en termes de déviances ou de comportements naturels, sont désormais appréhendées et traitées en tant que problèmes médicaux et tendent à s'inscrire sous une juridiction médicale » (Bujon & Dourlens, 2012)

⁸¹ Lorsque que la santé publique « traduit » un problème social en phénomène sanitaire « où le politique se dit dans le langage du médical » (Fassin, 1998, p. 11)

⁸² Réalité contrastée où « le contrôle social sur les corps s'appliquent avec plus ou moins de profondeur et d'étendue selon les domaines et les périodes » (Fassin, 1998).

développement de la promotion et de l'éducation à la santé « par et à » l'activité physique. La multiplication des actions, des programmes et des arrêtés législatifs (de lutte contre la sédentarité, le manque d'activité physique et les maladies chroniques) a conduit à l'apparition d'un nouveau champ d'action : le « sport-santé ». En effet, les bienfaits de l'activité physique sur la santé et le corps n'étant plus à démontrer, de plus en plus d'acteurs – politiques, scientifiques ou de terrain – s'emparent de ce nouvel objet pour promouvoir leurs actions dont la dernière nouveauté reste l'inscription dans la loi de la possibilité pour les médecins traitants de prescrire une activité physique adaptée à leurs patients atteints d'une affection de longue durée.

Cependant, les travaux portant sur les effets « sociaux » de l'activité physique sur les porteurs de certaines pathologies chroniques sont plus récents. Il y a peu d'études en sociologie qui traitent ces questions et nous faisons face à une méconnaissance des caractéristiques sociales des acteurs et du sens attribué à la maladie chronique et à l'activité physique dans ces situations. Dans le cadre de la prescription médicale d'activité physique, les médecins prescripteurs tout comme les éducateurs sportifs doivent aussi tenir compte des caractéristiques sociales et culturelles des patients. Le chapitre suivant, consacré au dispositif SSO de Strasbourg, montrera justement qu'il reste, à la sociologie, encore beaucoup à étudier concernant ce récent terrain d'études.

**Chapitre II Le sport-santé sur ordonnance à Strasbourg :
du dispositif aux pratiques sociales**

Les compétences de la ville de Strasbourg en matière de santé, le contexte de la lutte contre la sédentarité, socialement créée comme une nouvelle préoccupation sanitaire, le recours grandissant à l'activité physique comme thérapie non-médicamenteuse dans le cadre d'une prise de conscience des risques liés l'inactivité physique sont autant de facteurs favorables à la création de SSO (SSO), un dispositif de la ville de Strasbourg. C'est dans ce contexte socio-politique d'une histoire locale et dans le cadre d'un Contrat Local de Santé⁸³ (CLS) que cette expérimentation de prescription médicale d'activité physique se développe. Ce dispositif s'inscrit également dans un contexte d'actions publiques favorables, au regard du PNNS3, du plan Obésité, du rapport d'orientation de la Haute Autorité de Santé (2011), encourageant le déploiement des thérapeutiques non médicamenteuses pour des patients atteints de pathologies chroniques ou encore du plan régional « Activités Physiques, Santé, Bien-Être » Alsace (2013-2016) dont certains objectifs répondent à des problématiques spécifiques à la région⁸⁴. Ainsi, tel un « metteur en œuvre de morale », l'enjeu de SSO est « d'institutionnaliser sa "solution" à un problème légitimé par ailleurs » (Bergeron et al., 2011). Afin de favoriser la pratique d'une activité physique régulière et adaptée à l'état de santé de ses usagers et de réduire la sédentarité des Strasbourgeois, le dispositif municipal s'appuie sur ses partenaires signataires du CLS réunissant la Ville de Strasbourg, l'Agence Régionale de la Santé d'Alsace⁸⁵ ainsi que le Régime Local d'Assurance Maladie, la Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale et les hôpitaux universitaires de Strasbourg.

Ce chapitre propose d'interroger ce dispositif : après avoir abordé le contexte historique et politique local (1), nous expliquerons de manière synthétique le fonctionnement de « sport-santé sur ordonnance et le parcours des usagers (2) pour ensuite aborder les différentes évaluations internes du dispositif ainsi que les études médicales et sociologiques déjà publiées ces dernières années (3). Enfin, la conclusion ouvrira plusieurs questions qui subsistent actuellement.

⁸³ Le Contrat local de santé est la forme contractuelle des priorités identifiées dans un plan local de santé et mises en commun entre la commune ou l'intercommunalité et l'Agence régionale de santé.

⁸⁴ Chaque année, « plus de 10 000 habitants de l'Eurométropole sont admis en ALD » et les maladies cardiovasculaires, les cancers et le diabète représentent 70% de ces admissions, avec des taux singulièrement hauts à Strasbourg.

⁸⁵ Aujourd'hui devenue l'agence régionale de la santé Alsace – Lorraine – Champagne Ardenne

1. La promotion de la santé à Strasbourg : une politique locale singulière et un héritage

En France, en dehors des vaccinations et de la surveillance des règles d'hygiène, la santé ne relève pas de la compétence des communes⁸⁶. Néanmoins, dans le cadre de leur politique locale, certaines municipalités proposent des politiques de promotion de la santé, ce qui est le cas de la ville de Strasbourg. Héritière d'une tradition bismarckienne en ce qui concerne la protection sociale et l'hygiène, Strasbourg s'est attribué plusieurs compétences dans les champs de la santé et du social. Dès la fin du 19^{ème} siècle, la Ville de Strasbourg s'engage pour la santé de ses habitants. Elle a créé, dès 1903, un service d'hygiène scolaire⁸⁷ lorsqu'elle était allemande, bien avant qu'un Service National de Santé scolaire soit mis en place en 1945 en France (Gindt-Ducros et al., 2016). Conclue en janvier 2015 avec le Rectorat, une convention définit les modalités de gestion des missions prises en charge par la ville en matière de santé scolaire. En matière de protection maternelle et infantile, la ville de Strasbourg dispose d'un service dédié depuis 1945. La loi de décentralisation de 1983 a confié cette mission au Conseil départemental, qui l'a déléguée à la ville par voie de convention. Celle-ci, renouvelée le 3 mars 2011, identifie précisément les missions dévolues à la ville par le Conseil départemental en matière de Protection maternelle et infantile, mais également dans les domaines de l'insertion, de l'action sociale et de la protection de l'enfance. En matière de vaccination, le Service de « Promotion de la Santé de la Personne » exerce également une mission déléguée du Conseil départemental concernant l'organisation des vaccinations obligatoires. Cependant, la spécificité de la ville de Strasbourg ne se limite pas aux délégations de l'État ou du Conseil départemental : elle dispose ainsi d'un Centre de santé dentaire depuis 1902, et développe des interventions au sein des structures du Centre Communal d'Action Sociale, visant à faciliter le

⁸⁶ Selon l'article L.1411-1 du code de la santé publique (CSP), « la politique de santé relève de la responsabilité de l'État [...] ». Au niveau régional, cette responsabilité s'étend notamment à travers les Agences Régionales de Santé (ARS – créées par la loi HPST n° 2009-879 du 21 juillet 2009), relais des politiques nationales. En revanche les communes n'ont pas de compétences en matière de santé en dehors des vaccinations et de la surveillance des règles d'hygiène.

⁸⁷ Selon le rapport d'information déposé par le comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques sur la médecine scolaire et présenté par M. Gérard Gaudron et Mme Martine Pinville. Enregistré à la présidence de l'Assemblée Nationale le 17 novembre 2011 (CEC, 2011). <https://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i3968.asp>

parcours de santé des personnes vulnérables⁸⁸. La ville de Strasbourg s'engage ainsi dans un objectif général de promotion de la santé des habitants en réorganisant la santé dans toutes les politiques publiques de la Ville et de l'Eurométropole et en mettant en œuvre des actions d'éducation à la santé et des campagnes de communication afin d'opérer sur les déterminants de santé et sur les inégalités sociales et territoriales de santé.

Tableau 3 Le régime local Alsace-Moselle en trois points

Le régime local Alsace-Moselle
<p>Le Régime Local d'Assurance Maladie d'Alsace Moselle est issu de l'histoire des départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle.</p>
<p>1871-1918 : ces départements, annexés à l'Allemagne, bénéficient du système d'assurance maladie des lois de Bismarck avec une forte socialisation de la prise en charge des dépenses de soins</p>
<p>Décret du 12 juin 1946 : maintien provisoire du régime local lors de la création du régime général de Sécurité sociale en France.</p>
<p>Loi du 31 décembre 1991 : pérennisation du Régime Local en Alsace-Moselle</p>
<p>Ce Régime local verse à ses bénéficiaires un complément de remboursement, en plus de ce que le régime de base de la Sécurité sociale prend en charge.</p>

⁸⁸ A propos de la vulnérabilité, « une sorte de consensus [...] se dégage sur l'importance de l'individualisme comme fondement des rapports sociaux contemporains et de l'injonction individuelle à se réaliser, être autonome et responsable de son succès ou de son échec. Cela constituerait la base de la vulnérabilité. [...] elle serait synonyme d'instabilité, d'insuffisance ou d'assouplissement des supports sociaux qui permettent à l'individu de se réaliser (Châtel & Roy, 2008)

2. La prescription médicale d'activité physique strasbourgeoise : une action de santé publique locale

Le dispositif SSO propose un accompagnement par la pratique physique avec un parcours relativement simple (Figure 2). Le point de départ est le médecin généraliste qui prescrit une ordonnance mentionnant la pratique d'une activité physique.

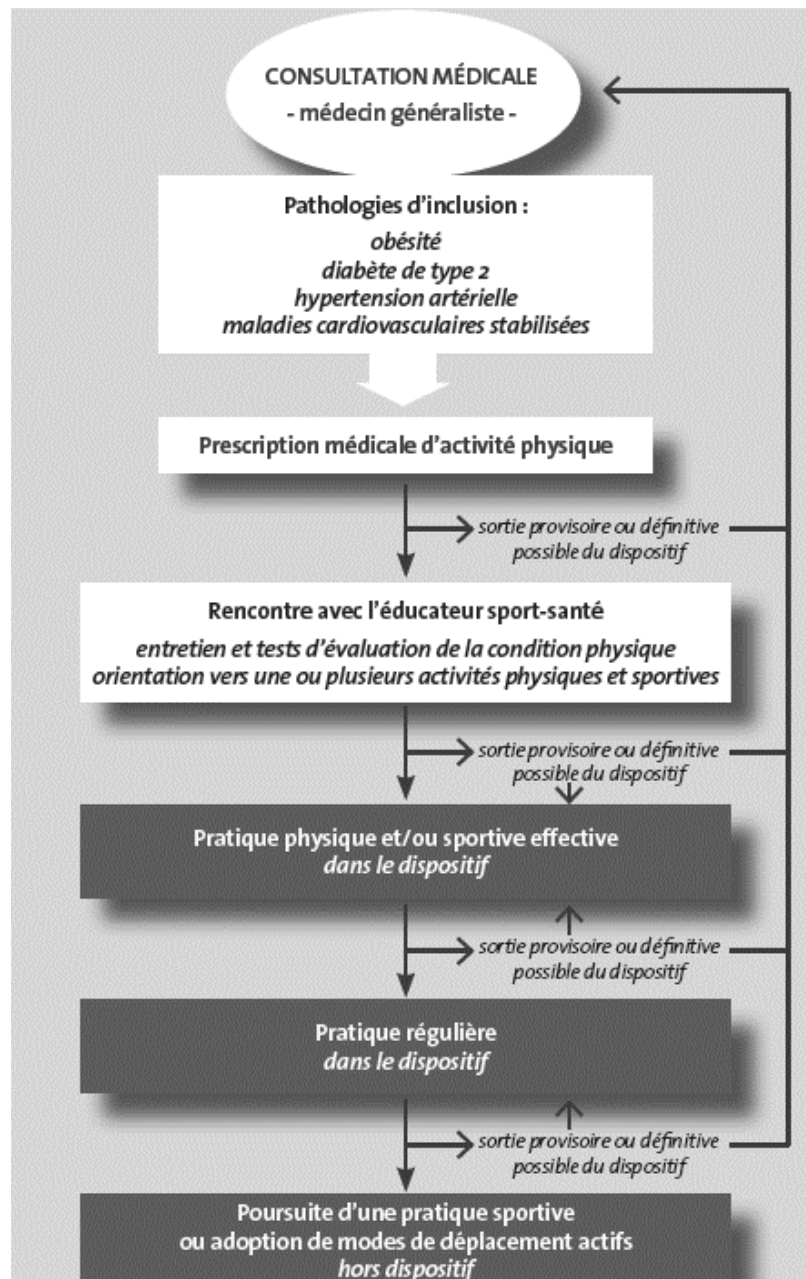


Figure 2 Parcours du programme "Sport santé sur ordonnance" de Strasbourg (source :

Gasparini & Knobé, 2014)

Résidant à Strasbourg et atteint d'une des pathologies prises en charge dans le dispositif, le patient prend alors contact avec le service dédié au dispositif au sein du service de la vie sportive de la ville de Strasbourg. Un premier rendez-vous « d'inclusion » permet au patient -appelé désormais « bénéficiaire » (sous-entendu bénéficiaire du dispositif SSO⁸⁹) ou « usager » - de rencontrer l'un des éducateurs sportifs avec lequel il va discuter et réaliser un panel de tests physiques (le test de Ricci et Gagnon, le test de marche de 6 minutes, un test de flexion et un autre de souplesse). À la suite de ce rendez-vous, le bénéficiaire va être orienté vers deux activités physiques adaptées à son état de santé, à son environnement, à ses capacités mais également à ses envies. Ces deux activités hebdomadaires sont menées, pour l'une, par les éducateurs sportifs de la Ville et pour l'autre, par des associations partenaires du dispositif.

Une fois dans le dispositif, les bénéficiaires peuvent pratiquer ces activités physiques pendant trois ans et sont régulièrement suivis par les éducateurs sportifs lors des différents rendez-vous obligatoires un mois après l'inclusion puis tous les six mois par la suite. À ses débuts, SSO était gratuit mais, depuis 2015, une tarification solidaire a été instaurée afin de pérenniser le dispositif. La première année reste gratuite et les deux suivantes sont à charge de l'usager (20€, 50€ ou 100€ par année selon le quotient familial). L'objectif du dispositif est d'inculquer de nouvelles habitudes de vie chez des personnes considérées comme sédentaires voire inactives et souvent éloignées de toute activité physique dans le but d'améliorer leurs conditions de vie, leur qualité de vie et baisser le risque de complications face à la maladie, au vieillissement et à la sédentarité. En 2012, la Ville de Strasbourg a créé le dispositif SSO en faveur de personnes touchées par des maladies chroniques identifiées et stabilisées : à ce moment-là, les critères d'inclusion étaient l'hypertension artérielle, les maladies cardiovasculaires, le diabète de type 2 ou une obésité (IMC entre 30 et 35). En 2014, une évolution de ces critères permet l'ouverture du dispositif aux personnes atteintes de cancers du sein ou du colon en rémission depuis six mois. Petit à petit, l'accès a été également ouvert aux personnes porteuses du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et aux personnes vieillissantes, fragilisées de plus de 60 ans.

⁸⁹ Dispositif SSO : « Sport-santé sur ordonnance »

Encadré 3 SSO en évolution : entre Prescri'mouv et la maison Sport-Santé de Strasbourg

Depuis 2018, SSO s'inscrit dans le cadre d'un dispositif plus large au niveau régional appelé Prescri'mouv. Le déploiement de ce dernier se réalise dans le cadre du Plan régional 2018-2022 « Activités physiques et sportives aux fins de santé⁹⁰ ». Suite à un bilan médico-sportif, Prescri'mouv propose trois types de parcours : le premier parcours est destiné aux personnes n'ayant pas besoin d'un accompagnement spécifique qui sont alors orientées vers une association de droit commun, le deuxième parcours oriente les personnes ayant besoin d'un accompagnement adapté vers des créneaux sport santé dirigées par une structure ayant obtenu le label Prescri'mouv – comme le dispositif Sport-santé sur ordonnance - et le troisième parcours s'adresse aux « personnes ayant des besoins plus spécifiques, auxquelles il sera proposé un cycle éducatif d'AP personnalisé en petits groupes (quatre à huit participants), qui se déroulera au maximum sur huit séances, dispensées par un enseignant en APA ou un masseur- kinésithérapeute » (Iuretig & Gremion, 2021).

Annoncée par le Maire de Strasbourg en novembre 2017, la maison sport-santé prendra place au sein de l'aile médicale des Bains Municipaux de la Ville, un lieu historique de la ville en matière de santé. Labellisée depuis 2020 par le Ministère des sports et de la santé, la MSS porte, depuis 2021, les dispositifs sport-santé sur ordonnance et PRECCOSS⁹¹ ainsi qu'une mission d'accueil et d'information sur l'activité physique et l'alimentation, dédiée aux habitants de la Ville de Strasbourg. La MSS fonctionne sous un Groupement d'Intérêt Public (GIP)⁹², qui « témoigne de la diversité des engagements politiques et institutionnels, atteste de leur volonté de collaboration et fonde la dimension technique du projet » (Cottin & Dujardin, 2010). Ainsi, on y trouve 17 membres fondateurs qui sont des associations, collectivités territoriales, établissements hospitaliers, entreprises, mutuelles, etc. Autour de cette MSS se regroupent également des partenaires comme

⁹⁰ Disponible à <https://www.grand-est.ars.sante.fr/media/28760/download?inline>

⁹¹ Le programme PRise En Charge Coordonnée des enfants Obèses et en Surpoids de Strasbourg a été créé par la ville de Strasbourg en 2014. PRECCOSS « offre gratuitement aux enfants inclus dans le programme, une prise en charge avec un suivi individuel et des ateliers collectifs d'activité physique [...]. S'ils ont été dépistés – par la médecine scolaire ou la médecine de ville, pédiatrique et générale – comme étant en surpoids ou obèses, les enfants scolarisés à Strasbourg sont orientés via une prescription médicale vers le dispositif PRECCOSS » (Grassler, Knobé, et al., 2019).

⁹² Un GIP est forme juridique permettant d'associer des acteurs publics comme privés.

l'Agence Régionale de Santé, l'Etat, le régime Local d'Assurance Maladie d'Alsace Moselle, la région Grand-Est, etc (Blanc & Jouan, 2020).

3. Sport-santé sur ordonnance, un dispositif récent sous évaluation

L'évaluation d'une action publique telle que Sport-santé sur ordonnance est un moyen de rendre compte, aux politiques et au grand public, de son fonctionnement ainsi que de son impact. Cette évaluation constitue un outil de production de connaissances. En ce sens, depuis sa création, différentes études se sont intéressées au dispositif SSO. Plusieurs thèses de médecine en 2014 et 2015 traitent quantitativement du dispositif tandis que des chercheurs de l'unité de recherche « Sport et sciences sociales » (EA1342, E3S) de l'Université de Strasbourg ont réalisé une étude qualitative financée par l'Agence Régionale de Santé⁹³. Ces études apportent une connaissance sur les bénéficiaires du dispositif et sur les effets de l'activité physique au sein de cette action publique sur le court terme. Dans le cadre de mon stage de master 2⁹⁴, j'ai également réalisé une étude interne rédigée sous la forme du premier rapport d'activité du dispositif qui a été reconduit les années suivantes par d'autres stagiaires. Dans cette partie, ces différentes prospections de SSO seront présentées et analysées en apportant un regard critique : si ces « évaluations » de l'action publique renseignent sur l'impact de celle-ci, une remise en cause est possible, sans pour autant les dénaturer, du fait de leur inscription dans un court délai.

3.1. Le rapport annuel du dispositif : synthèse d'activité et évaluation chiffrée

Produit en interne par le service Promotion de la santé de la ville de Strasbourg, le rapport d'activité de SSO de l'année 2017⁹⁵ permet de mettre en avant l'évolution constante du dispositif en termes de

⁹³ Gasparini, W., & Knobé, S. (2013). *La prescription médicale d'activité physique: Quels effets sur la santé du strasbourgeois ? Analyse qualitative du rapport de la pratique des patients*. Rapport commandité par l'Agence régionale de santé d'Alsace (ARSA), Equipe de recherche Sport et sciences sociales (E3S) de l'Université de Strasbourg.

⁹⁴ Lors de ma deuxième année de master STAPS APAS-ID : formation en sciences et techniques des activités physiques et sportives (STAPS) spécialisée dans les « activités physiques adaptées et santé, ingénierie et développement » proposée à la Faculté des sciences du sport de l'Université de Strasbourg.

⁹⁵ Dans un souci de cohérence, nous avons fait le choix de nous appuyer sur le rapport d'activité 2017 malgré des versions plus récentes puisque nos entretiens ont eu lieu cette même année.

population touchée, de moyens et d'activités proposées. Ce rapport est basé sur l'exploitation des tableaux dans lesquels sont notées diverses données sur les usagers. Il montre une augmentation progressive et linéaire du nombre de personnes ayant bénéficié du dispositif depuis sa création (Figure 3).

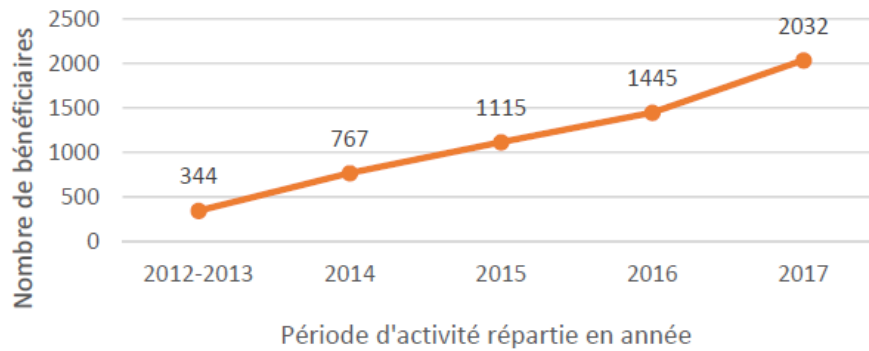


Figure 3 Évolution du nombre total d'usagers par exercice cumulé (source: rapport d'activité 2017)

Ces résultats mettent en lumière le rayonnement de SSO au niveau de la ville de Strasbourg où le déploiement médiatique autour de cette action publique a été considérable ces dernières années. Cette multiplication des discours médiatiques sur le dispositif strasbourgeois (Tableau 4), au niveau local et national, est un signe de la popularité grandissante et de l'importance donnée sur le territoire à SSO.

Tableau 4 Apparition du dispositif strasbourgeois dans les médias avant 2017 (liste non-exhaustive)

- *20 minutes*, « Strasbourg : Les Bains municipaux comme 'navire amiral' du sport santé », 14 janvier 2016
- *Rue 89 Strasbourg*, « Bains municipaux : vers une base du sport-santé », 14 janvier 2016
- *Les Dernières Nouvelles d'Alsace* « STRASBOURG : Rénovation des bains municipaux. Des scénarios fin mars » 14 janvier 2016
- *Sport et citoyenneté* n°33, dossier : « Strasbourg, ville-hôte des premières assises européennes du Sport-Santé sur Ordonnance » interview, focus sur les assises et le dispositif, 8 février 2016
- *People daily* (magazine chinois traduit en français et anglais) « Strasbourg accueille un colloque international sur le sport comme vecteur de santé », 09 mars 2016

- *Les Dernières Nouvelles d'Alsace*, « 11 tricolore, la France au rendez-vous » « Le sport-santé sur ordonnance a été présenté hier au président de la République par le Strasbourgeois Alexandre Feltz », 30 mars 2016
- *Les Dernières Nouvelles d'Alsace*, « Le dispositif strasbourgeois élargi aux porteurs du VIH », 30 novembre 2016
- *20 Minutes*, « Strasbourg : Pourquoi le dispositif « sport santé sur ordonnance » va être élargi aux personnes vivant avec le VIH », 30 novembre 2016
- *L'Alsace*, « Du sport pour les patients séropositifs », 1 décembre 2016
- *Les échos*, « Strasbourg élargit son dispositif "sport sur ordonnance" aux porteurs du VIH », 02 décembre 2016
- *France 3* reportage « Enquête de région » « Alsace », « tous en formes » 28 septembre 2016 (vidéo)
- *20 Minutes*, « Strasbourg : Le programme sport et santé de la ville fait la course en tête » 13 janvier 2015
- *Le Figaro*, « Le sport sur ordonnance, bientôt une réalité », 15 mai 2015
- *Le Quotidien du médecin* : « Sport santé sur ordonnance : Strasbourg à la tête d'un réseau national pour faire bouger sa santé », 16 octobre 2015
- *Lettre d'information des Acteurs du Sport* : « Le Sport sur ordonnance rejeté à une voix près au Sénat », 3 novembre 2015
- *JT de 20h, TF1* : « Oubliez les médicaments, voici le sport sur ordonnance », 30 novembre 2015
- *Que choisir* : « Sport sur ordonnance », Novembre 2015

Depuis sa création en 2012, il est constaté que les femmes sont plus nombreuses à intégrer le dispositif (70,4% de l'ensemble des usagers) tout comme les personnes âgées de 50 à 59 ans. Ces dernières représentent 26% de la population totale entre 2012 et 2017. Au-delà, le dispositif semble avoir touché une majorité de personnes sans emploi notamment en 2017 où 63,5% des personnes intégrées au programme strasbourgeois durant cette année n'avaient pas de profession au moment du rendez-vous d'inclusion (chômage, demandeurs d'emploi, étudiants, retraite ou en invalidité). Cette proportion de personnes sans emploi se reflète également dans la tarification solidaire mise en place en 2015 : le deuxième rapport d'activité révèle que 50% de la population⁹⁶ a payé le prix bas de la deuxième ou troisième année, synonyme d'un quotient familial inférieur à 920€.

⁹⁶ Sur la base des 160 personnes ayant reconduit leur participation en 2017.

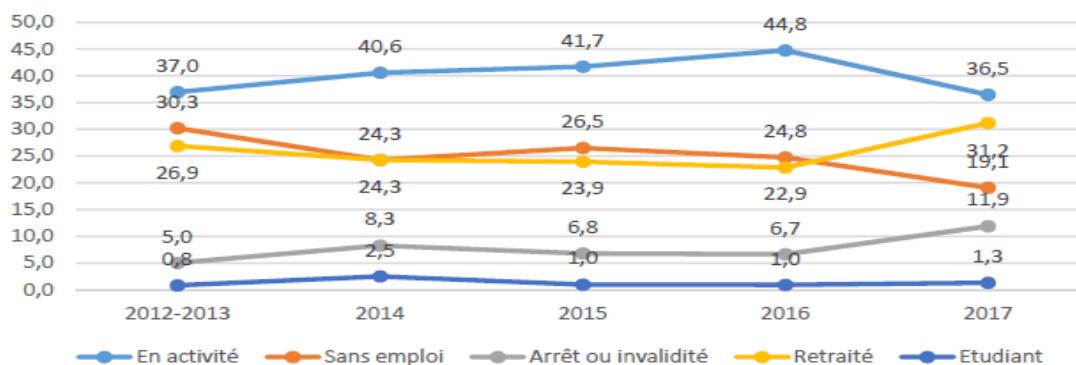


Figure 5 Évolution dans le temps des situations professionnelles à l'inclusion (source: rapport d'activité 2017)

Depuis sa mise en place en 2012, le dispositif a profité principalement à des personnes incluses sur le critère de l'IMC supérieur à 30. La part de ces personnes en surpoids en 2012-2013 était de 51,7%, suivi de l'hypertension artérielle et du diabète de type 2 avec respectivement 21,5% et 18,6%. En 2017, le chiffre des nouveaux usagers en situation de surpoids est descendu à 32,7%, soit une diminution de 19% malgré un regain en 2016 (45,2%). Cette diminution peut toutefois s'expliquer par un élargissement des critères d'inclusion (VIH, personnes âgées fragilisées, etc.) conduisant à une nouvelle répartition des pourcentages.

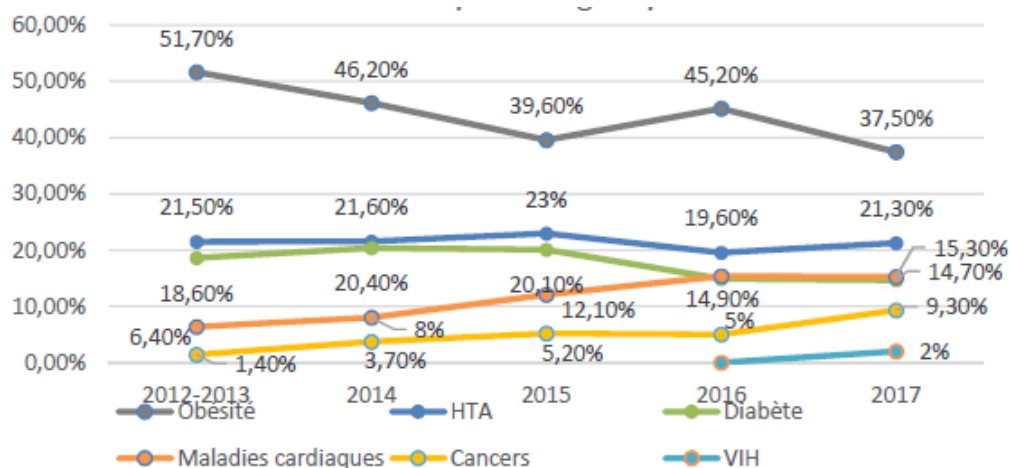


Figure 4 Évolution des critères d'inclusion par année (source : rapport d'activité 2017)

Cependant, il faut noter que ces rapports d'activité ne prennent en compte « que » le critère d'inclusion, c'est-à-dire la pathologie pour laquelle les médecins traitants envoient leurs patients

vers SSO. Le graphique ci-dessus (*Figure 4*), issu du rapport 2017, ne rend donc pas compte de la réalité : certains individus peuvent être porteurs de plusieurs pathologies.

Les rapports d'activité permettent de voir que le dispositif touche principalement une population féminine et aux revenus faibles. SSO attire tout autant, sinon plus, de personnes sans activité professionnelle, retraités et invalides compris. Au regard de ces éléments, le dispositif semble remplir l'un de ses objectifs : toucher un public socialement défavorisé et sédentaire afin de réduire les inégalités sociales de santé. Mais ces données sont-elles fiables ? La non-scientificité de ces rapports d'activité peut être remise en cause. En effet, quelle confiance peut-on accorder à ces données produites en interne ? Ces éléments sont extrapolés à partir d'un « tableau de suivi des bénéficiaires » remplis par les professionnels et les secrétaires du dispositif : or ce tableau a totalement été remanié lors de mon stage au sein du service Promotion de la Santé. Beaucoup de données ont ainsi été « transportées » d'un fichier informatique à un autre, posant ainsi la question de la conservation de la « qualité » et de l'aspect complet des données.

Malgré cela, ces rapports d'activité nous éclairent sur la population intégrée au dispositif depuis le début en 2012 mais quel est l'impact de SSO sur ces usagers ? Au-delà de ces rapports internes à l'institution, des études scientifiques externes, médicales et sociologiques, se sont intéressées aux résultats de terrain ainsi qu'au point de vue de ces patients bénéficiaires.

3.2. Des évaluations médicales ...

Deux thèses de médecine ont étudié un groupe de 65 bénéficiaires entre le 18 mars et le 12 juin 2013^{97,98}. Un suivi du dispositif a été réalisé et les auteurs ont analysé ses effets sur la santé et la qualité de vie des bénéficiaires ainsi que les freins à la réalisation des activités physiques et sportives proposées dans le dispositif. L'étude d'Herzog (2014) analyse en comparaison les différents scores

⁹⁷ Herzog, F. (2014). *Étude de 65 patients inclus dans l'expérimentation strasbourgeoise « Sport-Santé sur ordonnance »*. Évolution du niveau d'activité physique et de la qualité de vie après 6 mois [Thèse de médecine générale]. Université de Strasbourg

⁹⁸ Radu, M. (2014). *Étude de 65 patients inclus dans l'expérimentation strasbourgeoise « Sport – Santé sur ordonnance »*. Analyse des freins potentiels à la pratique de l'activité physique [Thèse de médecine générale]. Université de Strasbourg.

obtenus en termes d'activité physique ainsi que ceux de la qualité de vie entre le rendez-vous d'inclusion et l'évaluation à six mois. Initialement, les personnes interrogées faisaient partie d'une population peu active selon le test de Ricci et Gagnon avec 21,5% de celle-ci considéré comme « assez actifs » et 0% considéré comme « très actif ». Après six mois passés dans le dispositif SSO, il y a une amélioration de la pratique d'activité physique quotidienne déclarée puisque 61% de la population étudiée se retrouve avec un score supérieur à 16 points et une personne avec un score de plus 32 points. La qualité de vie de ces personnes a également augmenté de manière significative : Herzog (2014) montre qu'à l'inclusion le score moyen au SF-36 de l'ensemble de sa cohorte équivalait à 56 points (sur cent). À l'évaluation à six mois, cette moyenne se retrouve à 62 points et montre donc une augmentation générale de 6 points de la qualité de vie des bénéficiaires inclus dans le dispositif après seulement six mois. L'augmentation est largement plus marquée dans la catégorie « changement de santé par rapport à il y a un an » ainsi que dans « douleur physique » même si l'ensemble des thématiques abordées dans le questionnaire s'est amélioré. De la même manière, les résultats au test de marche de six minutes montrent une progression moyenne de 23 mètres après six mois et la fréquence cardiaque de repos est passée de 78 battements par minute en moyenne à 73 battements par minute. De plus, la perte de poids moyenne autodéclarée après six mois de pratique physique dans le dispositif est de deux kilogrammes avec une diminution de l'IMC moyen de 32,3kg/m² à 31,7kg/m² (Herzog, 2014).

L'analyse des freins à la pratique d'une activité physique dans le dispositif est décrite par Radu (2014). Il montre que les personnes plus âgées, les hommes et les bénéficiaires plus actifs à l'origine sont ceux qui adhèrent le plus au dispositif. Durant les six mois de l'étude, Radu a relevé les freins à la pratique les plus fréquemment déclarés. Ainsi, dans l'ordre décroissant, nous trouvons principalement les problèmes médicaux (35%), l'activité professionnelle (35%), l'inaccessibilité des lieux d'activités (33%), les charges familiales – les enfants (18%), le manque de motivation personnelle (16%) et les conditions météorologiques (7%) (Radu, 2014). En 2015, A. Weber a réinterrogé la même cohorte que ses collègues Herzog et Radu pour appuyer les effets observés et a permis également de confirmer les études précédentes mais en s'intéressant à une cohorte de cent bénéficiaires pendant un an.

3.3. ... à l'enquête sociologique

À partir d'une analyse compréhensive et une approche qualitative, Gasparini et coll. (2013) ont étudié les effets du dispositif SSO sur la santé et la qualité de vie des bénéficiaires et le rapport d'un échantillon de bénéficiaires à l'activité physique. Il s'agit là de la première enquête sociologique réalisée en France auprès de bénéficiaires d'une prescription médicale d'activité physique. Trente bénéficiaires ont ainsi été interrogés, dès leur inclusion dans le dispositif et trois mois après. La première vague d'entretien au moment de l'inclusion permet de montrer que les bénéficiaires sont majoritairement en surcharge pondérale (surpoids ou obésité) et que 53% des personnes interrogées sont issues du milieu populaire notamment les femmes (71,5%). Les auteurs indiquent ainsi que 70% de la population étudiée se situe sous le seuil de pauvreté⁹⁹. À cela s'ajoute une très forte sédentarité : en effet, selon le score de Ricci et Gagnon lors du test réalisé à l'inclusion, les trois quarts des bénéficiaires de l'étude se déclarent très peu actifs voire pas du tout actifs tandis que six personnes ont un score entre 24 et 31 points signifiant un mode de vie assez actif et surtout, personne n'a de score supérieur à 32 points. Aucun des bénéficiaires n'a donc une activité physique suffisante au quotidien selon ce test de Ricci et Gagnon.

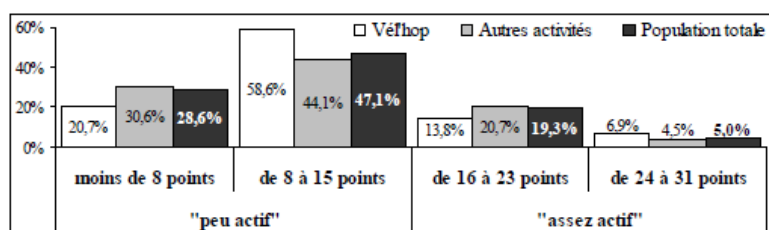


Figure 6 Répartition par nombre de points à l'autoévaluation de la condition physique (Ricci et Gagnon) (source : Gasparini, 2013)

L'étude permet donc de mettre en exergue des bénéficiaires très distants de l'activité physique que ce soit en termes de pratiques mais également de connaissances sportives ou d'intérêt pour le spectacle sportif. Cette distance est principalement liée à une faible socialisation sportive (du fait

⁹⁹ La « pauvreté peut être considéré comme un état caractérisé par la privation individuelle et sociale mettant en cause les possibilités de combler ses besoins (physiques, psychologiques et sociaux) et de développer les capacités permettant de mettre en oeuvre ses aspirations » (Roy et al., 2012)

d'une histoire familiale un peu chaotique) et à un manque de ressources socio-éco-culturelles (Gasparini, 2013). Ainsi, la surcharge pondérale et la « sinuosité [des] parcours et le cumul des “ problèmes de la vie ” » (Gasparini & Knobé, 2014) entraînent un éloignement certain des bénéficiaires vis-à-vis de l'activité physique. En effet, bien souvent, la vie familiale, les enfants, prennent le pas sur le temps de loisir : « J'avais mon travail, mes enfants, c'était plus important que quelques kilos en trop » » déclarait l'une des usagers du dispositif dans une étude portant sur la même cohorte que celle de Gasparini et Knobé. Cette étude de 2016¹⁰⁰ a pu réinterroger huit des trente bénéficiaires de l'enquête de 2013 dont six femmes, et tous étaient en surcharge pondérale au moment de leur inclusion dans le dispositif. L'étude de 2016 permet de mieux comprendre certains résultats présentés par les études médicales en mettant en avant plusieurs freins à l'entrée dans le dispositif tels que l'âge, la situation professionnelle précaire voire inexistante, la vie familiale, le regard des autres ainsi que l'état de santé (Lutrat, 2016). Elle complète l'observation de Gasparini et coll. (2013) en ce qui concerne la faible socialisation à la pratique sportive durant l'enfance et l'adolescence puisque seulement une personne sur les huit a été inscrite auparavant dans un club sportif tandis que les autres n'ont eu que l'éducation physique et sportive dispensée pendant leur scolarité. La deuxième vague d'entretiens de l'étude de Gasparini et coll. en 2013 révèle qu'après trois mois dans le dispositif SSO, les bénéficiaires expriment ressentir des effets positifs à la fois sur leur santé mais également sur leur qualité de vie. Ils déclarent également avoir perdu un certain poids jusqu'à une perte supérieure à dix kilogrammes pour certains. De ce fait, les usagers se sentent encouragés par le dispositif et déclarent avoir augmenté leur activité physique au quotidien notamment avec la marche, la pratique du vélo dans leurs déplacements journaliers. Trois ans plus tard, les discours sont les mêmes : tous ont adopté des déplacements actifs quotidiens par la marche ou le vélo et une grande majorité continuent une activité physique régulière (Lutrat, 2016).

L'enquête de 2013 permet également de mettre en exergue la gratuité du dispositif¹⁰¹ ce qui constitue un aspect financier important aux yeux des bénéficiaires tout comme l'intérêt de pratiquer

¹⁰⁰ Lutrat F. (2016). *Trajectoires de maladie et carrières de pratiquant d'activité physique adaptée. L'exemple des personnes obèses bénéficiaires du dispositif « sport santé sur ordonnance » (Strasbourg)*. Mémoire présenté dans le cadre de l'obtention du master STAPS APAS-ID sous la direction de Gasparini W., Université de Strasbourg

¹⁰¹ Comme nous l'avons vu précédemment, le dispositif, avant 2015, était entièrement gratuit.

entre pairs et de moins se centrer sur le regard des autres. Les auteurs concluent de cette étude que SSO constitue une offre pour une population sédentaire éloignée de la culture sportive, résidant principalement dans les quartiers populaires et profitant alors de ce dispositif pour se (re)-mettre à la pratique d'une activité physique régulière (Gasparini & Knobé, 2013). L'étude de 2016 relève que « l'absence des éducateurs, d'un cadre institutionnel et surtout une baisse de la motivation » (Lutrat, 2016) repérés dans les discours, rendent fragile la période suivant la sortie du dispositif « qui laisse redouter la possibilité d'une reconversion future vers un mode de vie moins actif » (Lutrat, 2016). Cependant, l'étude de Gasparini et coll. a également montré que cette action publique strasbourgeoise remplit en grande partie sa mission de réduction des inégalités territoriales et sociales de santé puisqu'il touche majoritairement un public défavorisé et éloigné de la culture sportive¹⁰².

¹⁰² Voir aussi : Gasparini W., Knobé S., Didierjean R. (2015), "Physical activity on medical prescription: A qualitative study of factors influencing take-up and adherence in chronically ill patients", *Health Education Journal*, 2015, Vol.74, N°6, pp.720-731 ; Knobé S., Gasparini W. (2014), « Le rapport au corps sur prescription médicale », *L'Observatoire* (Suisse), n° 80, p. 13-16 ; Gasparini W., Knobé S. (2014), « Sport sur ordonnance. L'expérience strasbourgeoise sous l'œil des sociologues », *Informations sociales*, n°187, 2015, p.47-53 ; Gasparini W., Knobé S. (2014), « Sport sur ordonnance : enquête sur un dispositif local de santé », *Jurispport* (revue juridique et économique du sport, Juris éditions/Dalloz), n° 144, p. 43-46.

Conclusion du chapitre 2 : Interroger les effets sociaux de la prescription médicale sur les usagers

Créé grâce à un contexte politique et historique fort et à un élu à la Ville de Strasbourg par médecin généraliste convaincu des bienfaits de l'activité physique à des fins de santé, le dispositif « sport-santé sur ordonnance » a vu le jour en 2012 sur le territoire strasbourgeois. Son institutionnalisation tient d'une légitimation à plusieurs niveaux¹⁰³ : par la science (au travers des études sur les effets bénéfiques des activités physiques régulières pour la santé), par son intégration dans l'action locale et par la reconnaissance des institutions nationales¹⁰⁴. Néanmoins, si les résultats des études mentionnés ci-dessous valorisent l'impact et les effets de ce programme d'activités physiques sur prescription médicale, il existe des réserves quant à cette action publique et les « résultats [sont] encourageants » mais restent « contrastés » (Gasparini et Knobé, 2015). Deux questions majeures persistent et ces points peuvent être soulevés concernant l'action publique SSO. Le premier concerne la difficile adaptation des séances d'activité physique aux pathologies des bénéficiaires ; le deuxième point concerne les « sorties » du dispositif ou le « décrochage » des bénéficiaires ainsi que le devenir de ces personnes.

La question du secret médical

Le dispositif SSO est une action publique non médicale (il n'y a aucun professionnel de santé), les pathologies ne sont pas transmises par le médecin aux éducateurs sportifs de la Ville de Strasbourg afin de respecter le secret médical. La connaissance des problèmes de santé des bénéficiaires par les éducateurs repose ainsi uniquement sur les confidences et le bon-vouloir de ces derniers. Plusieurs situations sont alors possibles : le critère d'inclusion est précisé sur l'ordonnance du médecin ou, dans certains cas les bénéficiaires « déclarent » leur maladie lors de ce premier rendez-vous. Mais qu'en est-il des personnes ne parlant pas de leur maladie ? Une autre pathologie ne pourrait-elle pas se cacher derrière celle pour laquelle le patient a été inclus dans le dispositif ? Les éducateurs sportifs

¹⁰³ Comme le décrivent Bergeron et ses collaborateurs à propos d'un programme particulier de prévention nommé « Ensemble prévenons l'obésité des enfants » (2011).

¹⁰⁴ SSO a notamment servi d'appui à l'amendement sport sur ordonnance, dit amendement Fourneyron, précurseur de la loi sur la prescription médicale d'activités physiques adaptées aux affections de longue durée (puis élargie à l'ensemble des maladies chroniques récemment).

de la ville conduisant les entretiens d'inclusion peuvent connaître les maladies des bénéficiaires – du moins, celles abordées par les patients ou définies par le médecin –, mais qu'en est-il des éducateurs des associations partenaires vers lesquels les bénéficiaires sont envoyés et qui ne conduisent pas les entretiens d'inclusion ? Finalement, il paraît pertinent de nous demander comment le dispositif peut proposer une « activité physique adaptée à l'état de santé » lorsqu'il persiste des doutes sur cet état de santé ? Telle est l'une des problématiques relevées par Ross¹⁰⁵, enseignant en activité physique adaptée dans une association partenaire du dispositif et accueillant des bénéficiaires lors de séances hebdomadaires.

Encadré 4 Diriger des séances d'activités physique dans SSO : priorité à la sécurité plutôt qu'à l'adaptation

Le point de vue de Ross, enseignant en activités physiques adaptées au sein d'une association partenaire du dispositif strasbourgeois

La question du secret médical est un problème complexe pour Ross. Avec la méconnaissance des pathologies des bénéficiaires sur ses créneaux « Sport-santé », il tente de discuter directement avec les personnes pour en savoir plus sur leur condition physique et leurs capacités. Cet éducateur confie que « ce n'est pas évident. D'un point de vue moral déjà, tu connais peu la personne, elle ne te connaît pas, elle ne connaît pas ou peu la séance qu'elle vient faire ». Il est parfois plus facile pour Ross de demander s'ils ont « un problème particulier : genou, hanche, cheville, cœur... ». Au début d'une des séances, il raconte que, souvent, les personnes répondent par l'affirmatif mais ne développent pas et qu'il se retrouve à « attendre » la suite des explications. Pour illustrer cette question du secret médical, Ross prend l'exemple d'un événement s'étant déroulé quelques semaines auparavant lors d'une séance de renforcement musculaire où il pose la question suivante « Vous êtes dans le dispositif par rapport à un problème particulier ? » mais s'est heurté à un silence. Plus tard dans la séance, le bénéficiaire, se sentant mal, s'est allongé au sol. Ross lui demande alors s'il a « besoin de manger quelque chose ? », une manière indirecte de faire référence à une hypoglycémie. Il nous explique avoir attendu que la personne aille mieux avant qu'elle lui annonce avoir un problème cardiaque et qu'elle ne doit pas « dépasser les 110 battements par minutes ». Ross continue alors en affirmant que les bénéficiaires sont dans leur droit – de ne rien dire – mais que cette personne aurait pu « faire un malaise, un arrêt cardiaque et le responsable, c'est moi ! ». Cet

¹⁰⁵ Le prénom a été modifié afin de respecter l'anonymat.

exemple montre bien la complexité de ce secret médical dans le cadre de Sport-santé sur ordonnance. « On a le mec cardiaque qui le dit, celui qui n'ose pas le dire. C'est une éducation pour certains d'apprendre à avoir leur appareil pour mesurer les battements du cœur. Pour beaucoup, ce n'est pas une habitude. Même ceux qui ont l'appareil, il faut leur rappeler de regarder ». Ainsi, sur ces créneaux et dans l'association dont Ross fait partie, « on a laissé l'"adapter" un petit peu de côté, on est plus sur le versant "sécurité et santé" ».

Quitter SSO : quel suivi des anciens bénéficiaires ?

La question des non-adhérents au dispositif est également importante : pourquoi certaines personnes pouvant bénéficier de SSO n'en « profitent » pas ? Pourquoi certains patients ayant reçu une prescription d'activités physiques par leur médecin ne prennent-ils pas contact avec les professionnels du dispositif ? Cette « non-utilisation ou [...] non-consommation » (Warin, 2008) renvoie à la problématique du non-recours d'une population éligible au dispositif (ne demandant pas la prescription ou recevant la prescription médicale mais n'y ayant pas recours). Une explication possible est celle du « non-recours par désintérêt pour l'offre publique » (Warin, 2008). A l'instar des dispositifs d'insertion professionnelle étudiés par Warin, nous pouvons supposer également qu'il est possible de « distinguer les personnes qui ne recourent pas (ne demandent pas ou abandonnent) parce que l'avantage matériel de la démarche leur paraît insuffisant, de celles qui refusent une offre qu'elles perçoivent comme stigmatisante » (Warin, 2008). Obtenir un retour des personnes acceptant la prescription médicale mais refusant d'entrer dans le dispositif SSO permettrait peut-être d'adapter l'action du dispositif afin de les toucher plus spécifiquement. Ne serait-ce pas justement la fraction de population qui mériterait une attention particulière, de la part des sociologues mais également de la part du dispositif ? Quelles personnes n'utilisent pas cette ordonnance ? Qui sont-elles ? Ont-elles un manque d'informations ? Font-elles parties d'une population précaire ou défavorisée socialement et très éloignées, à la fois, de ce type d'action et de l'activité physique ? Sont-elles au contraire plutôt issues des classes moyennes ou supérieures privilégiant d'autres moyens de pratiquer de l'activité physique ?

Le deuxième point sur les bénéficiaires concerne les objectifs de cette action publique. L'étude sociologique de 2013 sur SSO a montré que cette action publique strasbourgeoise remplit son but de réduction des inégalités territoriales et sociales de santé puisqu'elle touche majoritairement un

public défavorisé et éloigné de la culture sportive. Qu'en est-il alors de l'objectif également majeur du dispositif : modifier les comportements et le mode de vie des personnes ? Pour le savoir, il est nécessaire d'interroger les personnes sorties du dispositif, c'est-à-dire les anciens bénéficiaires. Et pour comprendre si les personnes se sont engagées dans un style de vie plus actif qu'auparavant, il faut porter le regard sur ces anciens bénéficiaires du dispositif. Se distinguent alors, premièrement, les personnes qui ont été incluses dans le dispositif à la suite d'un premier rendez-vous avec l'éducateur sportif mais qui n'ont jamais ou peu pratiqué dans le cadre du dispositif et, de ce fait, ont été retirées des listes de « bénéficiaires actifs ». Deuxièmement, les bénéficiaires quittant le dispositif en cours de « traitement » alors qu'ils peuvent profiter de trois ans au sein de SSO : la question qui est soulevée ici est de savoir pourquoi ces personnes prennent le temps de réaliser le premier entretien et parfois quelques séances d'activité physique mais finalement, ne persévèrent pas dans le dispositif. Est-ce une question d'emploi du temps ? Ne se sentent-elles pas concernées ou le dispositif ne répond-il pas à leurs attentes, leurs besoins ? L'absence d'une enquête plusieurs mois après avoir quitté sport-santé sur ordonnance ne permet pas d'affirmer que les bénéficiaires modifient réellement leurs comportements, au-delà du dispositif, en intégrant l'activité physique dans leur quotidien. L'intérêt d'une étude à long terme vise à évaluer et comprendre comment un facteur, une intervention dans le parcours de vie d'une personne peut entraîner une modification, dans le sens ici d'un changement de comportement vis-à-vis de l'activité physique. Les études sociologiques (Gasparini & Knobé, 2013; Lutrat, 2016) révèlent que « la transition du dispositif passerelle à la pratique autonome reste difficile » (Gasparini & Knobé, 2015), il apparaît alors nécessaire de réaliser une étude auprès d'anciens usagers afin d'observer si, à la sortie du dispositif, l'activité physique est intégrée dans le quotidien de ces personnes de manière durable et « suffisante ». Pour comprendre ce qui diffère la personne ayant modifié son style de vie et l'individu n'ayant pas poursuivi une activité physique régulière, s'attacher à interpréter et comparer les parcours de vie et les expériences vécues semblent nécessaires.

**Chapitre III Saisir l'engagement ou le désengagement
dans une activité physique : une analyse dynamique au
travers du parcours de vie**

Le « contrôle » des corps passant par la promotion de l'activité physique a conduit à la création de nouveaux programmes d'éducation à la santé. Les dispositifs de recours au « sport-santé » apparaissent depuis le début des années 2010 et se multiplient depuis la loi de 2016 sur prescription médicale d'activités physiques par le médecin traitant. De manière générale, ces actions, qu'elles soient municipales ou associatives, ont pour objectif de « modifier les comportements à risque », de « stabiliser » certaines pathologies et de lutter contre ces dernières. Est recherché alors un engagement dans une pratique physique régulière en intégrant des populations ciblées dans ces dispositifs mais également un prolongement de cet engagement en dehors de ces actions : c'est-à-dire qu'une modification « profonde » vers des modes de vie plus actifs est attendue de ces publics « vulnérables ». Ainsi afin de saisir l'engagement, la persistance de celui-ci mais également les désengagements dans une activité physique après une action publique spécifique, ici SSO, c'est l'ensemble du processus qui se doit d'être questionné. De ce fait, si les dispositions individuelles incorporées sont à prendre en considération, il faut également porter le regard sur l'ensemble des éléments en interaction : il s'agit de dépasser le simple déterminisme structurel et penser relationnel. Par conséquent, les événements de la vie auxquels certains individus sont confrontés doivent être pris en compte pour comprendre les raisons de ces (dés)-engagements et ainsi tenir compte du contexte et de l'ensemble des sphères de la vie. Pour cela, la perspective du parcours de vie permet d'avoir une perception centrée sur les processus en prenant en considération que les personnes évoluent et se développent selon les événements passés de la vie et l'ensemble de leur environnement, sous des contraintes ou des opportunités. Dans le parcours de vie, toutes les sphères de la vie exercent une influence mutuelle, plus au moins forte et les contextes sociétaux et institutionnels agissent également sur la trajectoire de l'individu. C'est pourquoi, dans ce troisième chapitre, nous nous pencherons davantage sur cette perspective du parcours de vie (1) avant d'aborder les hypothèses de recherche en lien avec la question de l'engagement dans une pratique physique (2) ainsi que la méthodologie de l'étude (3).

1. La perspective du parcours de vie pour appréhender les variations individuelles

Comprendre le développement d'un individu dans le temps en lien avec ses conditions de vie et les divers champs sociaux est possible à travers de l'étude de son parcours de vie (Gherghel & Saint-Jacques, 2013). Le parcours permet « d'interroger la dynamique réciproque entre l'action des déterminismes sociaux, familiaux, psychiques et le travail des individus sur leur propre histoire » (Grossetti et al., 2009) et permet alors de s'intéresser à l'ensemble des champs sociaux (sphères professionnelle, sociale, familiale, etc.) pour appréhender à la fois le rapport des individus à leur corps, à leur surcharge pondérale et l'impact de celle-ci sur leur vie quotidienne mais également les formes de socialisation à l'activité physique dans l'histoire corporelle. Le recours au « parcours de vie » dans ce travail nous permettra de comprendre le processus de l'engagement (ou non) dans une activité physique régulière en posant un regard sur le passé et les expériences individuelles, inscrites dans un contexte social particulier. Cependant, l'étude des parcours de vie et des biographies est complexe puisqu'il apparaît difficile aujourd'hui de s'intéresser à l'ensemble des espaces où évoluent les individus (famille, couple, milieu professionnel, territoire, etc.). Il s'agira de « construire l'individu théoriquement selon une pluralité de regards » (Sbeih, 2017).

1.1. Le parcours de vie : une conception dynamique de l'expérience individuelle dans un contexte social particulier

« Le modèle ou les modèles de curriculum qui, dans une société et un temps donnés, organise(nt) le déroulement de la vie des individus dans ses continuités et discontinuités. Ces modèles consistent, d'une part, en des systèmes de normes et d'allocation de ressources prenant la forme de profils de carrière et de statuts d'âge, ainsi que de transitions généralement associées à des âges typiques ; d'autre part, en un ensemble de représentations collectives et de références partagées. Ils constituent l'une des médiations centrales entre le système socioculturel et les individus » (Lalive d'Épinay et al., 2005).

Le parcours de vie est multidimensionnel, il englobe l'ensemble des domaines de la vie qui s'influencent mutuellement : par exemple, le travail agit sur la vie de famille et inversement ainsi, « tout parcours de vie peut être considéré comme un entrecroisement de multiples lignes biographiques plus ou moins autonomes ou dépendantes les unes des autres » (Hélandot, 2006). En effet, le parcours de vie permet de se concentrer sur les points de contact entre les individus et la structure sociale (la famille, les entreprises, les établissements scolaires), entendus comme « autant d'espaces de médiation et de négociations des déterminants structurels » (Dubar & Nicourd, 2017). Il faut s'intéresser à l'ensemble des domaines de la vie de l'individu puisque selon Reve (1996) « constituer la pluralité des contextes est nécessaire à la compréhension des comportements observés ». Le parcours de vie se déroule dans le contexte d'avancée biologique, c'est-à-dire que l'âge influence l'expérience individuelle et les comportements (âge de l'entrée à l'école, âge de la retraite, etc.). Chaque environnement, situationnel, organisationnel, institutionnel, historique, professionnel et culturel joue un rôle dans le travail biographique. Dans un sens, cela signifie que les individus ne sont jamais les seuls auteurs de leurs biographies. Le parcours « n'est considéré en tant que tel que parce qu'il est déjà une forme de contextualisation, l'individu au-delà de ses attributs classiques (sexe, âge, PCS etc.) est appréhendé au fil du temps dans son environnement relationnel, géographique, professionnel » (Demazière & Samuel, 2010). En effet, une personne est à la fois une entité biologique et sociale.

Dès lors, au travers de l'étude du parcours de vie, les sociologues s'intéressent à la séquence des activités, des comportements, des événements qui jalonnent les divers domaines de la vie depuis la naissance. Il s'agit également de prendre en compte les structures sociales dans lesquelles le parcours de vie se situe ainsi que sa position par rapport à certaines institutions (Holstein, 2007). Étudier le parcours de vie permet de voir si un contexte situationnel, personnel agit sur des comportements. Tout en tenant compte de la structure sociale dans laquelle l'individu se trouve, le chercheur utilise le parcours de vie pour comprendre les mécanismes causaux au niveau micro de la biographie individuelle (Holstein & Gubrium, 2007) : l'acteur social peut alors s'observer passif ou actif dans les processus qui façonnent le parcours de vie. En effet, le parcours de vie n'est pas une histoire de vie puisqu'on s'intéresse à la dynamique de l'individu dans sa structure sociale : les individus sont régis intentionnellement ou non par les institutions et ont des comportements

déterminés ou non qui modulent leur vie (Holstein & Gubrium, 2007). En ce sens, le parcours de vie est à la fois une étude de la structure sociale et des mécanismes générés par l'expérience individuelle.

Pour donner un exemple, Holstein utilise la fécondité : une grossesse dépendra à la fois de la structure sociale dans laquelle les futurs parents se trouvent et également des décisions et comportements individuels. Un nouvel emploi, le chômage, une activité professionnelle difficile peut alors reporter la décision de procréer tandis que l'avancée en âge peut déclencher le désir d'avoir un enfant.

Les divers domaines de la vie influencent le parcours de vie qui est considéré à la fois comme une partie et le produit d'un processus historique à plusieurs niveaux : il est étroitement lié aux parcours de vie de personnes proches comme les membres de la famille, le conjoint, les enfants, les collègues, etc. et à la dynamique des groupes sociaux dont l'individu est membre. Le parcours de vie est ainsi structuré par les institutions et les organisations comme l'école, l'emploi qui lui donne une certaine dynamique temporelle. Le parcours de vie favorise une conception dynamique portant sur la compréhension de l'influence du passé sur le présent. La « combinaison des ressources physiologiques et sociales sur lesquelles les individus peuvent compter influence leur capacité d'adaptation, avec des réponses allant de la vulnérabilité à la résilience », du changement de comportement au maintien de certaines habitudes de vie.

Étudier les parcours de vie, c'est trouver ces faits qui ont marqué sa vie et provoqué des changements dans son histoire personnelle. Il est ainsi possible de comprendre le comportement d'une personne vis-à-vis d'un problème ou d'une situation de sa vie en regardant son parcours antérieur. Certains événements de la vie d'un individu mais également de son contexte de vie peuvent, par exemple, « impacter les options adaptatives et donc le cours de la trajectoire, en réduisant ou en augmentant les ressources mobilisables » (Coulon, 2015) ce qui influe sur les différentes possibilités s'offrant à la personne, parfois en réduisant à néant certaines opportunités ou, au contraire, en ouvrant de nouvelles. Il s'agit alors de prendre en compte les événements et étapes du passé des individus et notamment le poids de ceux-ci afin de comprendre leur situation actuelle ou un certain comportement tout en « reconnaissant l'imprévisibilité des issues au long cours » (Coulon, 2015). En effet, il faut déconstruire l'idée d'une linéarité : composé d'étapes, le parcours d'une personne est

rythmé par des ruptures, des « bifurcations », des transitions, des événements. Cette vision laisse ouverte la question de l'existence de moments privilégiés repérés dans le passé qui auraient sinon déterminé, du moins influencé un parcours singulier.

Travailler sur le parcours de vie des individus nous permet de repérer les moments, les événements de la vie des individus qui les ont orientés vers ce qu'ils sont et font aujourd'hui, c'est-à-dire que, certaines étapes de la vie marquent la personne et la conduisent plus ou moins dans une direction plutôt qu'une autre. Dès lors, s'agissant de notre sujet d'étude, pourquoi un patient n'a jamais pratiqué une activité physique régulière ? Pourquoi son engagement dans un mode de vie actif après le dispositif SSO est-il plus fragile que pour une autre personne ?

1.2. Le travail biographique comme interprétation de l'expérience individuelle

Le parcours de vie permet de saisir le caractère dynamique de la vie quotidienne en prenant compte l'expérience individuelle à travers le temps (Clausen, 1986). Dans notre travail, il permet de considérer l'importance du temps pour tenter de comprendre les liens de causalité entre les dispositions sociales, les différents événements de la vie et les comportements en matière d'activité physique et/ou de sédentarité. L'activité physique a sa propre histoire dans la vie d'une personne et est liée à la socialisation primaire ou secondaire que cette personne a pu avoir ou non durant sa jeunesse, ce que montre Lynch avec l'alimentation : « what people eat or do not eat in adulthood may be sensitive to the dietary habits they established in early life » (J. Lynch & Smith, 2005). De plus, certains travaux sur les parcours de vie révèlent un modèle d'accumulation des risques au cours de la vie : des études ont montré par exemple qu'une position socio-économique défavorisée dans l'enfance influence, accentue les risques de plusieurs problèmes de santé chez l'adulte. Il existerait alors une sorte de « chaîne de risque » à laquelle les individus pourraient être exposés de sorte que « becoming overweight in childhood may cause reduced physical activity in adolescence » (J. Lynch & Smith, 2005).

Grossetti (2009) nous rappelle que, traditionnellement, la sociologie recherche surtout les causalités, les effets des structures, les régularités et les processus continus. Dès lors, elle a longtemps disposé de peu de concepts et d'outils susceptibles d'aider à l'analyse des changements plus

brusques et imprévisibles qui impliqueraient de donner du sens à des situations de rupture de parcours, de contingence et d'événement, contre lesquelles elle s'est en grande partie construite. Ainsi, depuis quelques années, le « moment critique » commence à intéresser les scientifiques : les changements biographiques peuvent être compris comme un patrimoine plutôt issu de l'interactionnisme : « du côté des interactionnistes américains, dans une logique plus interne aux sciences sociales, on s'est mis à théoriser de façon plus affirmée les "tournants". [...] Corbin et Strauss ont théorisé le processus identitaire dans leur analyse des trajectoires de malades chroniques [...]. L'apparition de la maladie introduit une discontinuité entre le moi du passé et celui du présent, soumis à un travail biographique qui introduit des irréversibilités tout en rétablissant le sens des continuités. Les moments critiques obligent à reconnaître que l'on n'est plus le même qu'avant et forcent à adopter de nouvelles attitudes » (Grossetti et al., 2009). Ainsi, les personnes font face à des changements personnels et contextuels prévisibles (entrée à l'école) et inattendus (deuil, maladie...) quant à leur survenue et ceux-ci suscitent des transitions en perturbant un certain équilibre dans la vie des individus.

Ces changements peuvent être subis mais également découler des choix et des comportements d'une personne vis-à-vis d'un sujet de leur vie : scolarité, déménagement, etc. Cette transition est un processus qui entraîne une importante modification dans une vie chaque fois que la position dans le contexte de vie est altérée durablement du fait d'un changement biopsychosocial (diagnostic d'une maladie) ou contextuel (mutation ou nouvel emploi) ou les deux à la fois (accès à la scolarité, départ à la retraite, congé longue maladie...). Ces « désorganisations » peuvent amener des appréhensions ou des motivations de transformations. Un changement, un événement implique alors une mobilisation des ressources personnelles et sociales ainsi qu'une renégociation de l'ensemble des milieux de vie : l'apparition d'une maladie impacte souvent la vie professionnelle et la vie sociale puisque « chaque existence se divise en tronçons calmes, où les choses suivent leur cours, et en moments décisifs où tout est remis en jeu, où les destinées bifurquent les unes des autres » (de Coninck & Godard, 1990). Pour parler de changement, « le processus doit aboutir à de nouveaux rapports à soi et au monde environnant. Ainsi une transition qui touche une sphère particulière de la vie peut avoir un impact sur d'autres sphères de la vie » (Coulon, 2015). De ce fait, introduire une activité physique régulière dans son quotidien constitue un changement dans la

trajectoire des individus et peut toucher les dimensions sociales, familiales et, même dans certains cas, professionnelles : pratiquer une activité physique demande un temps dégagé de toute autre occupation et nécessite donc un réaménagement des différentes temporalités.

Plus que les changements au cours de la vie, nous nous intéressons, par le parcours de vie, à la manière subjective dont les individus interprètent eux-mêmes leur propre expérience (Gubrium & Holstein, 1997). Dans cette perspective, il s'agit de nous concentrer sur la façon dont les personnes utilisent les différents domaines de la vie pour donner du sens aux événements, aux comportements qu'elles ont à travers le temps. Avec ce point de vue, le travail biographique correspond à l'interprétation qu'une personne a de son expérience dans le passé : il s'agit dès lors d'une construction rétrospective, à un moment donné. Le parcours de vie permet de saisir « le mouvement biographique à travers l'espace social » (Lévy, Non daté), c'est-à-dire qu'il relève des changements dans la vie des individus que ce soit, par exemple, des changements de position sociale, une promotion dans une entreprise, etc. Si certains mouvements n'entraînent pas de redéfinition de soi, d'autres, au contraire, sont de véritables transitions (le chômage, la naissance d'un enfant) et provoquent des modifications comportementales. Arrêter une activité physique ou s'y engager, entrer dans le dispositif SSO, sont des moments importants dans le parcours de vie des individus : il faut les repérer, les analyser pour les comprendre et expliquer le changement (ou non) des comportements vers un mode de vie plus sain, plus actif. Mais surtout, certains événements, comme un déménagement ou un divorce peuvent conduire à s'engager dans une pratique physique régulière ou à s'en désengager.

Certains événements, qu'ils soient espérés, décidés, fortuits ou indésirés viennent transformer la vie des personnes, les parcours de vie (Leclerc-Olive, 1997). La « bifurcation » fait suite à un instant d'incertitude dans la vie des personnes. Lorsque l'intérêt est porté sur le rapport à la surcharge pondérale et à ses complications, sur leur gestion et l'impact de celles-ci sur la vie quotidienne, le concept de « bifurcation » s'adapte à l'imprévisibilité de la situation et à l'engagement dans une « nouvelle direction de la trajectoire » (Gherghel & Saint-Jacques, 2013). En effet, la bifurcation est comme une « modification brutale, imprévue et durable de l'articulation biographique [...], pour autant que cette modification soit désignée par les acteurs concernés comme un point de

basculement donnant lieu à une distinction entre un "avant" et un "après" » (Hélaridot, 2006). Cette imprévisibilité se retrouve également dans la définition de Bidart : « les moments de bifurcation dans les trajectoires, des moments par exemple où l'on change de métier ou d'environnement de vie, brutalement, des moments où ce qui arrive n'est pas ce qui était attendu et s'avère lourd de conséquences » (Bidart, 2006). La bifurcation biographique serait alors davantage un changement important et brutal non prévu tel que l'apparition de « complications » liées à la surcharge pondérale ou à une autre maladie et qui affecte de manière irréversible et durable. C'est un « un processus dans lequel une séquence d'actions comportant une part d'imprévisibilité produit des irréversibilités qui concernent des séquences ultérieures » (Grossetti et al., 2009). Ainsi, la « bifurcation, à l'échelle biographique, peut être définie comme une modification soudaine, imprévue et durable de la situation personnelle et des perspectives de vie, concernant une ou plusieurs sphères d'activités » (Hélaridot, 2009). La bifurcation est donc un processus ayant trois éléments : « la radicalité, l'imprévisibilité et l'irréversibilité » (Moulin et al., 2013). Mais « tous les changements soudains ne sont pas des tournants, seulement ceux qui débouchent sur une période caractérisée par un nouveau régime » (Abbott, 2001; Grossetti, 2006). Cette définition nous permet de ne pas nous intéresser uniquement au changement, à l'événement en lui-même, mais à ses conséquences. En effet, une bifurcation dans le parcours de vie n'existe que si elle conduit à un nouveau temps biographique. Il faut donc se rendre compte d'un avant et d'un après (Hélaridot, 2006) puisque, pour constater une bifurcation, il faut que les conséquences de l'événement soient visibles d'où des entretiens menés des mois voire des années après dans le cadre de cette thèse.

1.3. L'exemple de la maladie chronique dans le parcours de vie

Nous l'avons vu précédemment, pour pouvoir parler de transition et de bifurcation, l'événement doit apporter des bouleversements dans le parcours de vie des personnes et être quelque chose de durable voire d'irréversible. La maladie est à la fois corporelle et sociale (Canguilhem, 1966). Elle entraîne une rupture dans le domaine personnel et social de l'individu, donc une perturbation de son parcours de vie. La « trajectoire » d'une maladie est généralement initiée par le diagnostic, qui entraîne selon Bury (1982) une « rupture biographique ». D'ailleurs, il existerait deux types de rapport à la maladie : d'un part la maladie peut être potentiellement destructrice, c'est-à-dire que la

maladie est facteur de vulnérabilisation dans la trajectoire des individus et d'autre part, la maladie peut être acceptée : les individus ne la considèrent pas « comme un facteur de rupture » (P. Chauvin et al., 2000). Les rapports sont donc évolutifs au fur et à mesure et se modifient en même temps que « les situations sociale et personnelle des personnes, qui l'influencent fortement » (P. Chauvin et al., 2000). Comprendre ces relations entre la maladie et les autres sphères de la vie de l'individu permet de comprendre son rapport au corps et son attitude face à la pathologie. Ces dernières peuvent gêner les individus dans la réalisation de leurs obligations sociales ordinaires (Laurindo, 1999) que ce soit en termes d'activité professionnelle ou dans leur sphère familiale et sociale ce qui peut conduire l'individu vers une vulnérabilité socioéconomique. En ce sens, la maladie est un « facteur objectif de précarisation socioéconomique » (P. Chauvin et al., 2000). Mais la place et la signification qu'on lui accorde dépend alors de la manière dont elle agit sur le parcours de vie. La maladie est un cheminement dynamique, la considérer comme telle permet d'aller au-delà d'un simple événement et de mieux comprendre alors comment elle peut prendre un sens différent selon les parcours et les biographies individuelles et donc entraîner des conséquences différentes selon les individus (Chauvin, 2000). Le degré d'atteinte sur le parcours de vie « dépend du nombre et de l'importance des aspects du soi qui sont perdus, de la possibilité de les récupérer, de la capacité à découvrir de nouveaux modes d'action, à "transcender" le corps et de la capacité à surmonter des pertes et à construire une nouvelle conception de soi autour de ses limitations » (Corbin et Strauss, 1988, p.65), c'est-à-dire de sa capacité à se réorganiser.

Finalement, le parcours de vie permet de nous intéresser au passé des individus pour comprendre leur présent, leurs comportements en tenant compte à la fois du niveau individuel et du monde social dans lequel l'individu évolue. Avec un tel regard sur les événements passés, leur juxtaposition, leur enchaînement mais surtout avec l'interprétation que les individus ont de ces moments, il est possible comprendre le rapport au corps, à la maladie et à l'activité physique de chacun ce qui peut et agit très certainement sur les comportements actuels de ces individus face à l'activité physique. Ce parcours de vie, par sa vision de la sphère individuelle et de la sphère social, permet alors d'éclairer l'*empowerment* de chaque personne, c'est-à-dire la « capacité de l'individu à contrôler son espace personnel ainsi qu'à modifier et choisir sa routine quotidienne » (Parazelli, 2007) en fonction

des ressources individuelles et environnementales qui se présentent à lui ainsi que de ses compétences et de son désir propre.

2. Du corps des bénéficiaires au corps d'hypothèses

La perspective des parcours de vie renforce la nécessité de prendre en compte la temporalité et la diversité des sphères de la vie personnelle en entendant toutefois que les individus ont un « pouvoir d'agir ». Ainsi, l'incorporation de la pratique d'une activité physique régulière dans le parcours de vie s'accompagne de la construction et de l'articulation de nouvelles normes de vie avec les différentes temporalités du quotidien. C'est un engagement qui demande le détachement d'un temps dédié à la pratique. Cet engagement d'une personne malade dans une activité physique régulière revient à donner du sens à l'activité, à l'expérience (Vieille-Marchiset & Marcotte, 2013). Dans l'engagement, l'individu se « trouve devant divers parcours possibles, tous autant recommandables, mais choisit le plus à même de servir ses buts » (Becker, 2006), c'est-à-dire que l'engagement n'est pas seulement lié à la responsabilité de l'individu comme nous l'avons vu précédemment. Les engagements ne sont pas obligatoirement pris intentionnellement et consciemment : il faut penser relationnellement, c'est-à-dire, en prenant compte un ensemble des facteurs puisqu'il y a engagement dans un « espace des possibles », lié aux conditions d'existence et aux destins que les acteurs envisagent en fonction de leurs stratégies d'avenir. Ainsi, les individus s'engagent dans des « trajectoires d'activité cohérentes » (Foote, 1975) ou des « comportements cohérents » (Becker, 2006). Il existe en effet des « dispositions stratégiques », sorte d'art « d'estimer et de saisir les chances, de voir dans la configuration présente de la situation l'avenir "apprésenté" (comme dit Husserl, pour l'opposer au futur imaginaire du projet), l'aptitude à devancer l'avenir par une sorte d'induction pratique ou même à jouer le possible contre le probable par un risque calculé » (Bourdieu, 1974). Ces dispositions sont en partie liées à l'histoire et à l'identité sociale des individus puisqu'elles « ne peuvent être acquises que sous certaines conditions, c'est-à-dire dans certaines conditions sociales » (Bourdieu, 1974). Dans la perspective d'une sociologie relationnelle, il s'agira alors, non seulement, de mettre ces facteurs en lien les uns avec les autres mais également de les relier aux conditions sociales afin de comprendre qui sont socialement ces personnes et quel est leur rapport au SSO. En effet, tout comme « les situations de vie concrètes des radiés [du chômage...] sont

inconnues », nous nous demandons qui sont les ex-usagers du dispositif strasbourgeois. Que font-ils ? Sont-ils physiquement actifs, inactifs ? Nous tenterons alors de comprendre, au travers de trois hypothèses, comment et pourquoi les usagers du dispositif SSO s'engagent, se désengagent ou poursuivent la pratique d'une activité physique dans et en-dehors de cette action publique. Ainsi, sans se limiter à une étude des causes mais en analysant de manière dynamique, nous montrerons que s'engager dans une pratique physique régulière peut être tout aussi imprévu et changeant que décidé et voulu.

2.1. Parcours « vers et dans » le dispositif Sport-santé sur ordonnance

La prescription médicale d'activité physique et le passage dans le dispositif SSO ne garantissent pas l'engagement durable et persistant dans une activité physique régulière. Afin d'interpréter l'entrée, la poursuite ou le désengagement dans le dispositif, plusieurs facteurs doivent être interrogés et notamment les dispositions individuelles, les pratiques effectives ainsi que la socialisation sportive antérieure. Par exemple, concernant l'acquisition de la prescription et l'entrée institutionnelle, il apparaît intéressant de porter notre attention sur le déroulement et le comment une personne se retrouve en possession d'une prescription d'activité physique. Est-ce une proposition du médecin traitant ou bien la personne en est-elle l'initiatrice ? Quelle est alors la place des professionnels de santé dans l'action publique strasbourgeoise ? Ensuite, il faut connaître les activités pratiquées dans « sport-santé sur ordonnance : quelles ont été les activités pratiquées dans le programme par ces usagers ? Comment ces derniers ont-ils perçu ces diverses pratiques ? Ont-elles toutes le même « poids » sur « l'après-dispositif » ? Ces activités peuvent, en effet, nous renseigner sur les modalités de pratique à la sortie du dispositif ainsi qu'éclairer le motif¹⁰⁶ de la sortie de SSO. Différentes causes sont susceptibles d'expliquer le désengagement dans le dispositif. Il s'agira de vérifier et de hiérarchiser ces causes qui peuvent être sociales et familiales (s'occuper des enfants, petits-enfants, décès, mariage, déménagement), professionnelles (emploi du temps

¹⁰⁶ Par motif, nous entendons « un acte du langage qui s'inscrit dans un vocabulaire disponible pour les acteurs sociaux et leur permet d'interpréter une conduite. Un motif est d'abord une manière de répondre à une question portant sur ce que l'action a d'inattendu ou sur ses alternatives en présentant une excuse ou une justification » (Joseph, 2009).

variable et difficilement coordonnable avec les horaires proposés par le dispositif par exemple), financières (paiement de la tarification solidaire, investissement, etc.) ou encore liées à une incompatibilité avec le dispositif (due, par exemple, à des conflits relationnels avec les éducateurs, un manque de suivi, de communication ou d'adaptation des séances d'activités physiques). Conjointement, il faut questionner le temps passé dans le dispositif SSO : fait-on face à des « perdus de vue » - ces personnes sorties précocement du dispositif, dans les six mois après leur rendez-vous d'inclusion -, à des « décrocheurs » qui quittent le dispositif en cours de route ou encore à des personnes étant arrivées au bout des trois ans dont elles pouvaient bénéficier dans SSO. Est-ce que ces différentes temporalités peuvent nous éclairer sur les usagers et leur pratique physique ?

L'ensemble de ce questionnement sera ainsi à mettre en lien avec l'état de santé et le rapport à la maladie : de la personne en surpoids sans complication mais sédentaire, à l'individu atteint de multiples pathologies (diabète, hypertension, maladie cardiaque, ...), d'une maladie stabilisée (cancer en rémission, diabète stabilisé) à une évolution ou un déclin de la santé (chute, hospitalisation, mise sous traitement). Et sera en lien également avec la socialisation sportive primaire et secondaire même si la question de la socialisation antérieure sera essentiellement exploitée dans notre deuxième hypothèse. **L'histoire individuelle, les dispositions et le passé « sportif » des usagers peuvent permettre de décrire leur parcours dans le dispositif et leur rapport aux activités physiques prescrites.**

Nous verrons que si ces dispositifs d'AP sur prescription médicale favorisent l'engagement des patients dans une certaine « démarche thérapeutique », ils ne peuvent garantir l'implication à long terme dans un mode de vie physiquement actif. Certains anciens bénéficiaires de SSO poursuivent ainsi aujourd'hui une activité physique tandis que d'autres ont cessé toute pratique. L'engagement dans une pratique est dépendant du parcours de vie et donc de la « typologie » des bénéficiaires, de leur expérience personnelle et vécue du dispositif et de leurs dispositions sociales. Sous quelles conditions la pratique physique sur prescription médicale s'inscrit-elle par la suite sur un temps long et dans un mode de vie plus actif ? Les personnes mieux intégrées socioéconomiquement incorporent-elles plus aisément l'activité physique dans leur quotidien ? Comment les dispositions sociales et culturelles influencent-elles la modification des habitudes de vie ? De ce fait, cet

engagement dépendrait également des antécédents sportifs et du rapport à l'activité physique général en amont du dispositif, de l'habitus sportif des bénéficiaires. Quelles sont les dispositions de ces personnes par rapport à l'activité physique ?

Dans ce cadre, une typologie des usagers sera envisagée afin de « s'extraire de la singularité des cas individuels et du foisonnement des matériaux pour dégager des similitudes sans évacuer la richesse des corpus » (Demazière, 2013), et de faire émerger des parcours d'usagers dotés chacun de cohérence.

2.2. L'effet du parcours personnel : le poids des expériences passées pour comprendre les rapports à l'activité physique

L'engagement dans une activité physique régulière semble dépendre de la biographie personnelle des individus, de leur parcours de vie et des trajectoires sociales, familiales et professionnelles qui en font partie. S'intéresser au parcours de vie des bénéficiaires de SSO, c'est chercher à comprendre le comportement vis-à-vis de l'activité physique et de l'engagement ou non dans un mode de vie actif. Quel est leur rapport à l'activité physique depuis leur enfance ? Leur environnement familial et le milieu scolaire leur ont-ils transmis le « goût » de l'effort physique ? Ces usagers ont-ils déjà pratiqué dans un cadre associatif ? Il s'agit alors de repérer les moments ou étapes clés qui ont orienté la personne vers une voie plutôt qu'une autre, c'est-à-dire ce qui fait que la personne pratique une activité physique ou non à différents moments de son parcours. Cette vision dynamique permet d'envisager le poids des expériences passées. Ainsi, l'engagement, sa persistance ou encore un désengagement d'une pratique physique régulière peuvent être dépendants de la situation sociale des bénéficiaires : un emploi stable, une situation économique favorable, etc. jouent un rôle sur l'acquisition de comportements actifs par la pratique d'une activité physique régulière. Ces interrogations vont nous conduire ainsi à **saisir les stratégies des acteurs¹⁰⁷ face à l'activité physique tout au long du parcours de vie à partir d'une analyse compréhensive et à montrer qu'il**

¹⁰⁷ Au sens de Pierre Bourdieu qu'il considère comme « des actions objectivement orientées par rapport à des fins qui peuvent n'être pas les fins subjectivement poursuivies » (Bourdieu, 2009), c'est-à-dire, « sans être nécessairement le produit, ni d'une stratégie consciente, ni d'une détermination mécanique » (Bourdieu, 1987, p. 127).

Il y a autant d'usagers de SSO qu'il y a de parcours. Par une lecture compréhensive des parcours de vie, nous questionnons les effets des événements de la vie en tant que moments critiques, points tournants ou encore ruptures biographiques sur les rapports à l'activité physique et envisageons qu'ils agissent de manière différenciée selon les dispositions des individus et leurs socialisations sportives antérieures.

2.3. Le dispositif SSO : un espace de socialisation secondaire où se jouent des stratégies d'usagers

Au-delà du parcours prescrit, c'est-à-dire du parcours-type du bénéficiaire, nous supposons qu'il existe une dimension pratique voire symbolique d'où émergent des stratégies de mise à l'AP ou de désengagement, volontaires ou non, des arrangements ainsi que des résistances de la part des usagers. Ceci conduit à la mise en exergue de modalités de pratiques et d'appropriations différenciés du dispositif selon les parcours de vie et les parcours dans SSO. Cette dimension pratique dévoilerait des objectifs cachés du dispositif et notamment qu'il constitue un possible lieu de socialisation sportive secondaire, au sein duquel les éducateurs sportifs jouent un rôle majeur.

L'engagement pérenne dans l'activité physique dépend des expériences personnelles, des dispositions sociales ainsi que de la socialisation sportive passée puisque « l'action est donc toujours le point de rencontre des expériences passées individuelles qui ont été incorporées sous forme de schèmes d'action (schèmes sensori-moteurs, schèmes de perception, d'évaluation, d'appréciation, etc.), d'habitudes, de manières (de voir, de sentir, de dire et de faire) et d'une situation sociale présente » (Lahire, 1998). Ce travail permettra d'observer ainsi la pluralité des engagements et des non-engagements malgré le passage dans une institution commune – le dispositif SSO -, en prenant en compte que « la réaction d'un sujet ne peut s'expliquer par l'action d'une addition de stimuli mais par référence à la structure de la configuration concrète de ces stimuli. Les stimuli n'agissent pas coup par coup et chacun pour son compte. Il s'agit toujours d'un ensemble de stimuli » (Lenoir, 2004). Le dispositif est susceptible de constituer un lieu de socialisation sportive secondaire, une « structure de plausibilité » (P. Berger & Luckmann, 1990) « que le sujet utilise comme instruments

dans ses efforts d'adaptations aux situations » (Malrieu, 2013) . En ce sens, le dispositif peut participer à la reconstruction de l'identité sociale de l'individu tout comme un divorce, un licenciement sont des expériences pouvant remodeler cette identité. Cette reconstruction, au travers de l'expérience de SSO, passe notamment par l'intégration de nouvelles valeurs par l'individu, i.e. la pratique régulière d'une activité physique. De plus, dans la socialisation secondaire, « le poids des “experts”, reconnus comme tels, participe à la formation de cette nouvelle réalité et leur point de vue sera retenu parce qu'il est émis par une personnalité jugée crédible » (Dubruc, 2009) : quelle est alors l'influence des éducateurs sportifs du dispositif comme acteurs de transition ? Ces acteurs, « créent ou transposent des pratiques, des croyances ou des modèles à partir de dispositions spécifiques mais aussi du contexte institutionnel et sociétal et font en sorte que les autres agents adhèrent à ces pratiques et les acceptent comme des normes » (Bouttet, 2015) en référence aux travaux de Fligstein. Ce dernier met en avant le terme de « social skills actors » et donc les compétences d'influence de ces acteurs (Bouttet, 2015) qui sont des « entrepreneurs » au sens de Bergeron et de ses collaborateurs¹⁰⁸. Quel est alors le rôle de ces « entrepreneurs » ou de ces « acteurs » du sport-santé sur l'engagement ou le désengagement des bénéficiaires au sein du dispositif strasbourgeois et sur l'acquisition d'un « mode de vie plus actif » ?

Si le dispositif SSO permet d'abord une activité physique intégrée dans la trajectoire de maladie et ensuite ouvre les perspectives d'un mode de vie plus actif par la modification des comportements vis-à-vis de l'activité physique, la conversion d'une pratique à visée « médicale » sur prescription à une pratique régulière n'est pas systématique. La poursuite de la pratique physique dépend d'un ensemble de facteurs qui ne se réduisent pas au « choix » de l'individu. L'acquisition d'un mode de vie actif est liée au parcours de vie, à la socialisation primaire et secondaire (où SSO peut être un lieu de socialisation secondaire), à la situation sociale et familiale, à l'évolution de la santé, etc.

¹⁰⁸ « L'entrepreneur peut se définir 1) soit comme un « passeur », c'est-à-dire un intermédiaire qui se contente de faire passer des objets, des idées, des pratiques, etc., d'un côté de la frontière à l'autre, sans modifier la forme ou la nature de ce qui circule et des espaces entre lesquels ces objets circulent ; 2) soit comme un « traducteur » ou un « recombinateur », dont l'action conduit à une transformation conjointe (plus ou moins radicale et non homogène) non seulement des entités en circulation, mais également des frontières et des territoires au sein desquels ces entités circulent » (Bergeron et al., 2013).

L'expérience vécue des bénéficiaires à l'intérieur du dispositif et leur relation à autrui, en particulier aux éducateurs sportifs agissent également sur l'évolution vers des comportements « actifs ». La pratique en dehors du dispositif, la poursuite dans le dispositif ou encore l'arrêt de la pratique dépendent de ces facteurs. Ainsi, et dans certains cas, SSO peut être un outil pour s'engager dans un « mode de vie actif » avec une pratique d'activité physique régulière.

3. Méthodologie

La recherche qualitative s'avère particulièrement appropriée à notre travail puisque les facteurs que nous cherchons à observer sont globalement subjectifs et donc difficiles à mesurer. Cette démarche qualitative permet en effet d'explorer les sentiments des acteurs et leurs comportements, leurs expériences, etc. Selon Dumez, dans la recherche qualitative, nous cherchons à « comprendre les acteurs dans une situation ou un contexte (ou dans des situations et des contextes différents), c'est-à-dire que l'objectif n'est pas de mettre en évidence des lois universelles » (Dumez, 2011). Nous pouvons ainsi élargir le champ de recherche en nous intéressant particulièrement aux représentations et aux discours des individus. La recherche qualitative correspond donc à notre sujet dont l'objectif est de comprendre le fonctionnement des acteurs, leur pensée, leurs actions en rapport avec un contexte particulier.

3.1. La méthode biographique pour restituer l'expérience vécue

« Tout entretien biographique suppose, a minima, que les personnes interviewées racontent quelque chose à propos de leur vie, ou de certaines dimensions de leur biographie (vie professionnelle, familiale, affective...), et ceci dans le cadre d'un échange ouvert, approfondi, compréhensif, éloigné de la succession des questions prédéterminées caractéristique du questionnaire (Bertaux, 1980 ; Kaufmann, 1996) » (Demazière, 2003).

La méthode biographique est une forme d'entretien semi-directif et compréhensif où l'enquêté raconte son expérience vécue selon les thèmes définis par rapport à l'enquête « en opposition à la démarche formalisée d'interrogation du questionnaire » (Bertaux, 1980). C'est un matériau qualitatif, « une mise en forme argumentée d'un parcours » (Demazière, 2007) qui permet de

recueillir le parcours de vie des individus et d'apporter un sens à certains événements tels que la prise de poids ou l'apparition de complications liées à cette surcharge pondérale. La méthode biographique permet de trouver des sujets de compréhension de faits actuels (la pratique ou non d'une activité physique régulière) en nous intéressant au passé des bénéficiaires, à leur parcours de vie et de « cerner l'expérience passée des individus en matière de soins, de maladie ou encore de l'[activité physique adaptée] » (Barth, 2012). La démarche biographique est « particulièrement apte à cerner les modalités des processus de transition, les représentations et les transformations identitaires » (Lemieux, 2009). Une démarche biographique permet de réintroduire la notion temporelle « qu'on le veuille ou non, au sein de l'analyse sociologique ; le cycle de vie, la mobilité sociale, l'opposition entre tradition et changement ne peuvent plus être figés artificiellement et démontés comme des horloges ; il devient nécessaire de les prendre pour ce qu'ils sont ; des processus sociohistoriques, et de les analyser comme tels » (Thompson, 1980). L'entretien biographique permet de nous représenter les dispositions sociales des individus, les trajectoires de maladie ainsi que les comportements en termes d'activité physique en fonctionnant sur un mode rétrospectif puisque l'entretien biographique se base ici sur « les faits et expériences biographiques qui sont remémorés lors de l'interaction d'enquête » (Dubar & Nicourd, 2017). La méthode biographique permet ainsi « d'explorer la transition [d'un mode de vie sédentaire à un style de vie actif] en identifiant des trajectoires et certains des processus à l'œuvre dans ces trajectoires » (Lemieux, 2009). Cependant, au sein de la méthode biographique, il existe différents types de récits. Pour ce travail, l'idée du récit de pratique ou récit de vie a été privilégiée plutôt que de l'histoire de vie tel que l'ont fait Christiane Guay et Martin Thibault dans leur étude en contexte autochtone : ces auteurs expliquent alors que l'intérêt se trouve dans ce que racontent les individus. En effet, les anciens bénéficiaires du dispositif SSO ne sont pas interviewés pour « qu'ils nous racontent [...] leur vie, mais plutôt leur trajectoire [...]. Il s'agit de comprendre [...] le mode de construction des logiques d'action qui caractérisent leur pratique quotidienne » (Guay & Thibault, 2012), en termes d'activité physique et du rapport à leur maladie et ainsi nous pouvons nous intéresser à « la narration de situations concrètes dans lesquelles [les bénéficiaires] sont intervenus afin de mieux comprendre la manière dont s'est déployé et s'est construit leur savoir d'action » au travers du dispositif SSO. Bertaux considère « qu'il y a du récit de vie dès lors qu'un sujet raconte à une autre personne,

chercheur ou pas, un épisode quelconque de son expérience vécue » ainsi, « le récit de vie résulte d'une forme particulière d'entretien, l'entretien narratif, au cours duquel un chercheur (...) demande à une personne ci-après dénommée « sujet », de lui raconter tout ou une partie de son expérience vécue » (Bertaux, 2005) . L'intérêt du récit de vie dans cette recherche est qu'il permet à l'individu de parler librement de son parcours. En effet, si le « discours est provoqué par le chercheur [...] l'acteur reste libre de la formulation des faits et des interprétations qu'il en donne » (Wacheux, 1996). C'est ainsi l'expérience du bénéficiaire qui sera mis en avant puisque « [...] le sujet sait qu'on s'adresse à lui non pas en tant que personne privée, mais en tant que porteur d'une expérience sociale spécifique » (Bertaux, 2005).

3.2. Corpus : un échantillonnage non construit

La collaboration avec le service de la Vie sportive de la Ville de Strasbourg a permis d'interroger des anciens usagers du dispositif SSO atteints d'une ou de plusieurs pathologies chroniques. Mais compte tenu des difficultés rencontrées lors d'une précédente enquête auprès d'un public similaire dans le même dispositif¹⁰⁹, le premier contact a été fait par écrit. Ainsi, de nombreux courriers, électroniques et postaux, ont été délivrés auprès de ces personnes afin de leur proposer une rencontre en leur expliquant le pourquoi de la démarche ainsi que la garantie de l'anonymat. Étape non-fructueuse¹¹⁰, une deuxième prise de contact a été réalisée par l'envoi d'un mail via le secrétariat du dispositif : en tout, 32 entretiens ont été menés. Ceux-ci se sont déroulés dans les locaux du dispositif SSO au sein d'un bureau prêté par l'équipe « sport-santé » de la ville de Strasbourg, au domicile des personnes interviewées ou encore dans les locaux de la Faculté des sciences du sport de Strasbourg. Les entretiens ont duré entre vingt-deux minutes et deux heures 21 minutes.

¹⁰⁹ Lutrat F. (2016). *Trajectoires de maladie et carrières de pratiquant d'activité physique adaptée. L'exemple des personnes obèses bénéficiaires du dispositif « Sport santé sur ordonnance » (Strasbourg)*. Mémoire pour l'obtention du master STAPS, mention Sciences sociales du sport, spécialisation Activités physiques adaptées et santé, sous la direction de W. Gasparini, Université de Strasbourg.

¹¹⁰ Voir partie 4.4. Difficultés, précautions méthodologiques et limites des enquêtes

Ces 32 entretiens ne constituent pas un échantillon construit : le mail délivré par le secrétariat du dispositif a été envoyé à l'ensemble des anciens bénéficiaires depuis 2012, – sans vérification possible de ma part –, sous condition d'avoir quitté le dispositif depuis au moins trois mois et de posséder une adresse électronique (et ce, sans critère d'être atteint d'une certaine pathologie en particulier). Ensuite, les anciens usagers interviewés sont les personnes ayant accepté de répondre à notre demande d'entretien. En ce sens, notre échantillon n'est pas forcément représentatif de la population. Pour élargir notre population, un médecin généraliste prescripteur ainsi qu'un éducateur sportif, plus précisément un enseignant en activités physiques adaptées (EAPA¹¹¹) d'une association partenaire de l'action publique strasbourgeoise ont été questionnés. Pour le médecin, il s'agissait d'avoir un avis, un retour sur la prescription médicale de l'activité physique. Concernant l'EAPA, nous voulions également comprendre son expérience en tant que partenaire du dispositif, la relation avec les bénéficiaires et avoir une observation extérieure sur la manière dont ces derniers s'intègrent dans les séances d'activités physiques.

3.3. Descriptif et caractéristiques sociodémographiques du corpus

Notre corpus, composée de 32 personnes (*Tableau 5*), présente une majorité de femmes (n=27) et un âge moyen de 57,2 ans (avec un âge minimum de 28 ans et un maximum de 74 ans). La moitié de notre échantillon est à la retraite et deux personnes sont en arrêt maladie de longue durée ou en invalidité. Parmi ceux qui sont actifs professionnellement, la catégorie socioprofessionnelle des « employés » est représentée par sept individus contre quatre pour les « professions intermédiaires », tandis qu'une seule personne représente les « Artisans, commerçants et chefs

¹¹¹ La reconnaissance et professionnalité des intervenants ou enseignants en APA sont récentes. A ce sujet, voir : Chantelat, P., & Perrin, C. (2009). 21. Les éducateurs médico-sportifs : Une activité émergente, inscrite dans le monde médical: In *Sociologie des groupes professionnels* (p. 252-262). La Découverte. <https://doi.org/10.3917/dec.demaz.2010.01.0252>; Perrier, C., & Perrin, C. (2017). *Le sport-santé, un nouvel espace à conquérir ? Analyse des conflits d'acteurs et des reconfigurations du mouvement sportif* [Conference papers]. Sociologie des pouvoirs, pouvoirs de la sociologie, Association Française de Sociologie, Amiens ; Perrin, C. (2016). Construction du territoire professionnel de l'enseignant en Activité Physique Adaptée dans le monde médical. *Santé Publique*, S1(HS), 141. <https://doi.org/10.3917/spub.160.0141>; Perrin, C. (2021). L'intervention en activité physique auprès des patients en affection de longue durée : Entre professionnalité émergente et organisations innovantes. In W. Gasparini & S. Knobé, *Le sport-santé : De l'action publique aux acteurs sociaux*. Presses Universitaires de Strasbourg.

d'entreprise » et deux autres les « cadres et professions intellectuelles supérieures ». Ces anciens bénéficiaires du dispositif sont en grande partie locataires (n=21) et presque la moitié sont mariés. Concernant l'état de santé, neuf personnes du corpus nous ont parlé de plusieurs maladies et « problèmes » de santé (hors surcharge pondérale). Nous dirons qu'ils ont une multipathologie : diabète et hypertension artérielle, diabète et problèmes pulmonaires, cancer et lombalgies, arthrose et diabète, dérèglement de la thyroïde et maladie de Lyme sont des exemples du corpus. De plus, une grande majorité des personnes interrogées (n=29) a affirmé avoir un « problème » de poids, une surcharge pondérale¹¹² et deux personnes ont mis l'accent sur un surplus très important, sur une « obésité » passée. Sept personnes ont un diabète de type 2 plus au moins stabilisé et six sont en rémission d'un cancer. En ce qui concerne l'inclusion dans le dispositif SSO, une majorité des personnes rencontrées a commencé en 2015 (n=13). Les années 2014 et 2016 sont représentées respectivement par cinq et sept personnes. De plus, six individus interviewés ont été inclus lors des débuts du dispositif (années 2012 et 2013) et une personne plus récemment, en 2017. Le temps moyen passé dans l'action publique strasbourgeoise est de 21,6 mois, soit un peu moins de deux ans.

Tableau 5 Caractéristiques sociodémographiques du corpus

	Prénom	Âge	Situation maritale	SP*	Maladie principale ..	Maladies secondes ..	Entrée SSO	Durée SSO ...	Motif arrêt SSO****	Résiden ce	CSP
1	Fatima	64	Divorcé.e	oui	DT2	Lombalgie, CP	2013	42	Relation	Loc.	Employés
2	Mélanie	67	Divorcé.e	oui	Cancer		2015	36	Fin	Loc.	Retraités
3	Fanny	57	Divorcé.e	oui	ED (post- trauma)		2016	12	Mobilité	Loc.	Arrêt maladie longue durée
4	Camille	70	Divorcé.e	oui	DT2	Arthrose	2016	0	Relation	Loc.	Retraités
5	Gaëlle	74	Divorcé.e	oui	Lombalgie	Cancer, cervicalgie	2012	12	Santé	Propr.	Retraités
6	Susanne	59	Marié.e	non	Cancer		2015	36	Paiement	Loc.	Arrêt maladie longue durée
7	Octavia	31	Marié.e	oui			2015	36	Fin	Loc.	Employés
8	Zoé	74	Marié.e	oui	BL	PThy, surdité	2015	36	Fin	Loc.	Retraités
9	Hassiya	40	Marié.e	oui	HD		2013	36	Fin	Propr.	Employés
10	Lilia	65	Célibataire	oui	HTA	Lombalgie, burn-out	2014	36	Fin	Loc.	Retraités

¹¹² La référence à la surcharge pondérale est soumise totalement à la subjectivité de chaque personne interviewée.

11	Alexandre	70	Marié.e	oui	PP	Troubles oculaires, DT2	2016	12	Santé	Propr.	Retraités
12	Yves	68	Marié.e	oui	SPA		2016	12	EDT	Propr.	Retraités
13	Osman	61	Célibataire	oui	CP		2014	2	Relation	Loc.	Retraités
14	Béatrice	67	Marié.e	oui	DT2		2013	51	Fin	Propr.	Retraités
15	Valérie		Divorcé.e	oui	DT2		2014	18	activité physique ext.	Loc.	Retraités
16	Anny	60	Divorcé.e	oui	DT2	ED, HTA, lombalgie, tendinite, EC	2016	1	Famille	Loc.	Employés
17	Myriam	33	Célibataire	oui			2014	12	activité physique ext.	Loc.	Employés
18	Céline	66	Marié.e	oui	DT2		2013	42	Fin	Propr.	Retraités
19	Joséphine	73	Marié.e	non	Cancer	CP, PP, lombalgie	2015	24	Relation	Propr.	Retraités
20	Perrine	71	Divorcé.e	oui	CP		2015	12	Paiement	Loc.	Retraités
21	Marcel	67	Marié.e	oui	Cancer		2012	12	Motivation	Loc.	Retraités
22	Arthur	66	Marié.e	oui	CP		2015	42	Fin	Propr.	Retraités
23	Charlène	51	Marié.e	oui	Lombalgie		2015	36	Fin	Propr.	Employés
24	Sandra	48	Célibataire	oui			2015	24	Santé	Propr.	Cadres et professions intellectuelles
25	Nathalie	50	Célibataire	non	Cancer		2015	12	EDT	Propr.	Cadres et professions intellectuelles
26	Julie	28	Marié.e	oui		Surpoids	2015	12	EDT	Loc.	Professions Intermédiaires
27	Emma	36	Célibataire	oui			2014	12	EDT	Loc.	Employés
28	Karine	49	Célibataire	oui			2015	36	EDT	Loc.	Artisans, commerçants ...
29	Sonia	35	Marié.e	oui			2015	12	activité physique ext.	Loc.	Professions Intermédiaires
30	Eva	57	Marié.e	oui			2016	12	Santé	Loc.	Professions Intermédiaires
31	Molly	60	Divorcé.e	oui	Lombalgie		2016	12	EDT	Loc.	Professions Intermédiaires
32	Clarisse	67	Veuvage	oui	Lombalgie + hanches		2017	1	Famille	Loc.	Retraités
<p>* SP : Surpoids, est noté « oui » si l'interviewé indique lui-même être en surcharge pondérale au cours de l'entretien.</p> <p>** Maladie principale : celle le plus souvent abordée par l'interviewé au cours de l'entretien. Maladies secondaires : pathologies abordées au cours de l'entretien mais de manière moins fréquente.</p> <p>*** Durée (en mois) que la personne a passé dans le programme SSO</p>											

**** EDT – Emploi du temps ; Santé – Déclin de l'état de santé ; activité physique ext – Activité physique en dehors de l'action strasbourgeoise ; Fin – Arrivée au trois ans autorisés ; Paiement – Refus de payer la tarification mise en place par le programme ; Relation – en désaccord avec l'un des éducateurs du programme.

**** Loc. : locataire ; Propr. : propriétaire

***** CSP : catégories socio-professionnelles

Abréviation des différentes maladies : BL – Borréliose de Lyme ou Maladie de Lyme ; CP – Cardiopathie ; DT2 – Diabète de type 2 ; DThy – Dysfonctionnement thyroïdien ; EC – Épine Calcanéenne ; ED – Épisode dépressif ; HD – Hernie discale ; HTA – Hypertension artérielle ; PP – Pneumopathie ; SPA – Spondylarthrite ankylosante

Quatorze des personnes interrogées ont bénéficié d'une deuxième année et le même nombre s'est réinscrit en troisième année. A l'inverse, quatre usagers n'ont pas continué l'activité physique dans le dispositif au-delà d'une année.

Enfin, l'ensemble des quartiers de Strasbourg est représenté par le corpus hormis le quartier du Port du Rhin (*Figure 7*). Deux personnes rencontrées habitent en dehors de Strasbourg, dans sa périphérie proche. Nous pouvons toutefois noter une surreprésentation des quartiers Bourse – Esplanade – Krutenau (n=7) et Neudorf – Musau (n=6). Notons également que neuf personnes vivent au sein d'un quartier prioritaire de la politique de la ville (QPV)¹¹³.

¹¹³ Un quartier prioritaire de la politique de la ville ou QPV est identifié selon un critère unique, celui du revenu par habitants. Les QPV « sont fixés par le décret n° 2014-1750 du 30 décembre 2014 pour la métropole et par le décret n° 2014-1751 du 30 décembre 2014 pour les départements d'outre-mer, à Saint-Martin et en Polynésie française » (<https://www.data.gouv.fr/fr/datasets/quartiers-prioritaires-de-la-politique-de-la-ville-qpv/>). Il s'agit donc de quartiers correspondant à une catégorie de l'action publique française pour désigner généralement les « banlieues » des grandes villes et considérés comme défavorisés d'après les revenus des habitants.

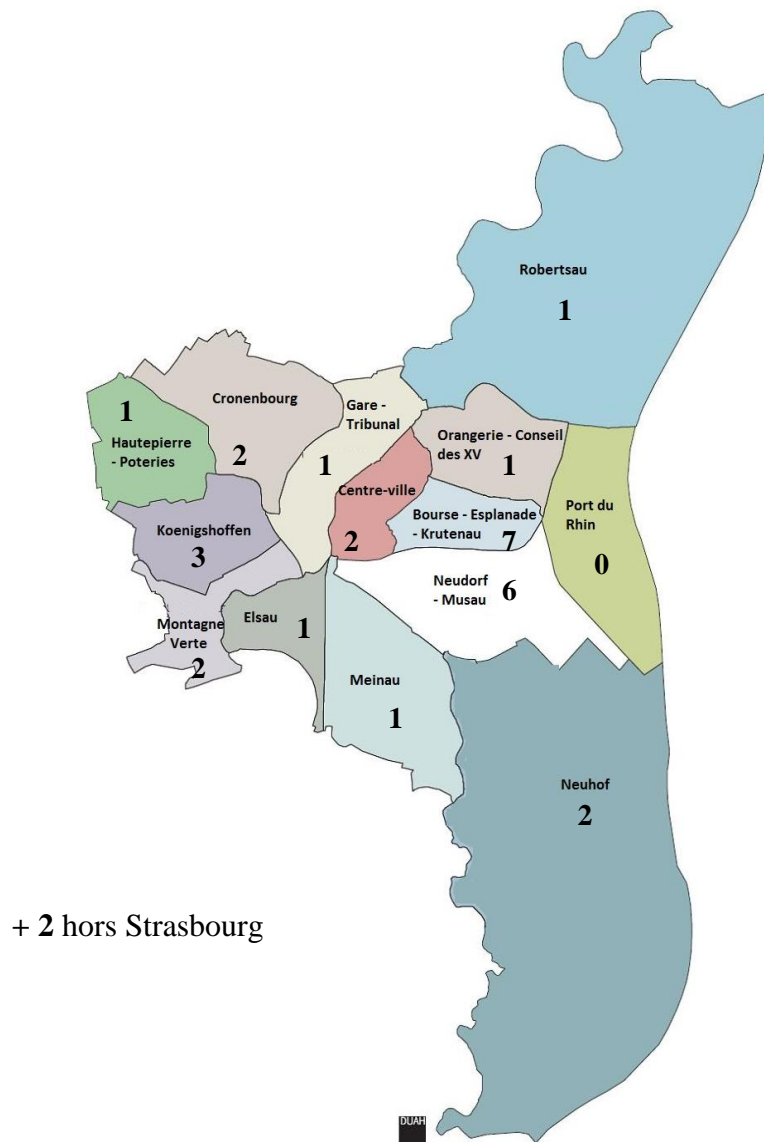


Figure 7 Répartition du corpus selon le quartier d'habitation

3.4. Techniques de collectes et d'analyses des données

3.4.1. Entretien semi-directif et conduite de l'entretien

Si l'intérêt du récit de vie est que le bénéficiaire du dispositif SSO soit « saisi par le désir de se raconter et qu'il s'empare lui-même de la conduite de l'entretien » (Bertaux, 2005), des entretiens semi-directifs souples ont été menés à partir de thématiques inscrites sur un guide d'entretien. Bertaux

soutient que « le sociologue sera [...] amené à être tantôt directif, tantôt non directif ; et c'est essentiellement dans la mesure où il aura une claire conscience de ce qu'il sait déjà et de ce qu'il recherche encore qu'il parviendra à poser les bonnes questions, à relancer ou à se taire à bon escient » (Bertaux, 2005). Le guide d'entretien a permis, en amont des rencontres, de se remémorer l'ensemble des thèmes ayant un intérêt pour notre étude : l'expérience au sein du dispositif, le rapport à la maladie ainsi que le rapport à l'activité physique de manière globale avec pour chaque item, une question générale (pouvez-vous me parler de votre expérience du dispositif ?) et des questions de relance (comment avez-vous pris connaissance de l'existence du dispositif ?) sans pour autant se restreindre à ce guide d'entretien. En effet, d'autres expériences liées au parcours de vie de l'individu peuvent se révéler intéressantes pour le sujet d'étude.

3.4.2. La production, le traitement et l'analyse compréhensive des données

La majorité des entretiens a été enregistrée après avoir reçu l'accord des enquêtés : trois entretiens n'ont cependant pas été enregistrés à la demande des personnes. Les intérêts de l'enregistrement de ces entretiens sont multiples : l'enregistrement et la retranscription permettent d'une part de garantir la fidélité des propos des enquêtés et d'apporter un témoignage à l'analyse et d'autre part, de dépasser les premières impressions à l'issue de l'entretien ainsi que de porter notre attention sur d'autres paroles que celles qui nous ont interpellés au premier abord. Nous suivrons ainsi la transcription littérale afin d'être « au plus près de la parole » (Lejeune, 1980) et de reconstruire le plus scrupuleusement possible le récit de l'individu pour « mettre en valeur la voix du narrateur et sa logique de narration » (Desgagné, 2005).

De la même manière que Demazière et Dubar (1997), pour analyser les entretiens menés, ce travail vise à faire émerger un « schème commun à plusieurs entretiens » (Paugam, 1999) par une analyse comparative pour tenter de construire des typologies tout en tenant compte de l'individualisation du parcours de chaque bénéficiaire. De plus, une analyse compréhensive y est combinée afin de « comprendre un monde, d'en expliciter la cohérence et la dynamique, mais aussi les tensions, les clivages, les conflits », c'est-à-dire à rendre compte de « ce que les individus font et de ce qu'ils disent faire » (Guay & Thibault, 2012) .

3.5. Difficultés, précautions méthodologiques et limites des enquêtes

3.5.1. À la recherche des anciens bénéficiaires : une prospection angoissante

Comment retrouver des individus sortis d'un dispositif, d'une institution ? Interroger des anciens bénéficiaires revient à retrouver des « perdus de vue » d'un point de vue institutionnel, c'est-à-dire des personnes ayant quitté le dispositif SSO depuis plusieurs mois voire années. La situation de départ a été difficile du fait de l'absence d'accès à des bases de données institutionnelles pour le respect des données confidentielles. C'est une enquête compliquée et peu de travaux traitent de ce type de population. De manière générale, ces populations sont étudiées quantitativement pour chiffrer le phénomène et les études qualitatives sont rares (Mills et al., 2006) du fait de la difficulté à « réaliser des études sur des populations définies avant tout par leur absence et dont on n'a, par définition, aucune trace » (Carillon, 2012). C'est l'une des grandes difficultés de cette thèse que de retrouver la trace de ces individus. Il a fallu « emprunter des chemins multiples et indirects » (Demazière & Zune, 2017) et « profiter » de ma relation avec les professionnels du dispositif SSO pour les mobiliser comme médiateurs.

Deux tentatives espacées d'une année ont été nécessaires pour avoir mon corpus. À l'automne 2017, les coordonnées (adresses et mails) d'anciens bénéficiaires m'ont été partagées par les professionnels du dispositif. Une centaine de courriers ont été envoyés mais cet essai a été non-fructueux : seulement quelques réponses m'ont été données. De plus, certains « perdus de vue » ayant répondu à ce premier appel ont rejeté notre demande dépourvue d'intérêt à leurs yeux, parce qu'ils n'ont « plus rien à voir avec sport-santé » (réponse d'un ancien bénéficiaire à notre appel) ou qu'ils ont déménagé. Cet « échec », puisque je le considère comme tel, a été très décourageant et angoissant. Après une année partagée entre crainte de ne pas avoir un corpus conséquent et détermination de mener ma recherche à bien, un deuxième travail a été lancé. Cette fois, le choix a été de passer directement par le secrétariat de l'équipe « sport-santé » de la ville de Strasbourg. Un texte écrit a été proposé au secrétariat et intégré dans un courrier électronique envoyé à toutes les personnes ayant quitté le dispositif depuis au moins trois mois et possédant une adresse électronique. Cette fois, la tentative a réussi. Une quarantaine de retours par mail a été accusée.

3.5.2. Le secret médical : un frein à la prise de contact ?

Action publique non médicale, même si elle se situe dans le champ de la santé, SSO ne permet pas à ses professionnels d'avoir connaissance de l'état de santé des usagers et donc de posséder un fichier reliant une personne à sa(ses) maladie(s). En ce sens, les courriers électroniques ont été envoyés à tout ancien bénéficiaire quel que soit sa pathologie d'inclusion. Or, j'avais, au début de mon doctorat, pris le parti de rencontrer uniquement des personnes incluses dans SSO sur le critère de l'obésité, de l'IMC. Si la réalité n'a pas permis ceci, mon année entre les deux prises de contact m'a fait réfléchir et élargir ma recherche à la surcharge pondérale de manière générale plutôt que sur la spécificité de l'obésité. Finalement, force m'est de constater que, sur l'ensemble de mon corpus, seulement deux personnes n'avaient pas de « problème » de poids au moment de leur inclusion (ce qui rend compte de la généralisation du surpoids parmi les usagers du dispositif) : en ce sens, malgré le secret médical protégeant les personnes, la volonté de rencontrer des ex-usagers en surcharge pondérale s'est avérée une réussite.

3.5.3. Parler de soi à un inconnu : l'entretien comme conversation

« Une relation sociale [...] profondément artificielle : lorsqu'on n'en contrôle pas les présuppositions implicites et qu'on se donne ainsi des sujets sociaux également prédisposés à parler librement de toutes choses et, avant tout, d'eux-mêmes, et également aptes à adopter un rapport à la fois contraignant et intempérant avec le langage, l'entretien non-directif qui rompt la réciprocité des échanges coutumiers (d'ailleurs inégalement exigible selon les milieux et les situations) incite les sujets à produire un artefact verbal, d'ailleurs inégalement artificiel selon la distance entre le rapport au langage favorisé par leur classe sociale et le rapport artificiel au langage qui est exigé d'eux. Pour oublier de mettre en question la neutralité des techniques les plus neutres formellement, il faut omettre d'apercevoir, entre autres choses, que les techniques d'enquête sont autant de techniques de sociabilité socialement qualifiées » (Bourdieu et al., 2005)

Les entretiens menés dans le cadre de ce travail sont très hétérogènes : les durées sont variées allant de quelques dizaines de minutes et plus de deux heures, la relation est parfois distante, souvent intime, l'implication dans l'échange est quelquefois retenue mais généralement forte... Ces

différences peuvent s'expliquer par le fait que certaines personnes se sentent valorisées d'être sollicitées ou ont le plaisir de parler à quelqu'un venu simplement les écouter et discuter avec elles. Parfois, c'est la volonté de rendre sa parole publique d'une certaine manière, de pouvoir s'exprimer et donner son avis qui crée un réel engouement dans l'entretien, c'est le plaisir de se faire interviewer (Berg & Lune, 2012). En effet, l'entretien est une situation particulière, « une relation sociale (...) profondément artificielle » (Bourdieu et al., 2005). Il faut donc gérer les dispositions inégales à se raconter. Le chercheur passe du statut d'étranger à une personne proche avec qui la complicité se crée. Certains entretiens de ce travail dévoilent ainsi des discours profonds, des confidences. La personne trouve, dans le chercheur, une personne à qui parler, extérieure à son entourage proche. En effet, participer à un entretien, c'est « se livrer à une mise en scène de soi, de son vécu, de son appréhension du monde, de sa relation aux autres et aux choses... » (Haas & Masson, 2006). Mais parfois, les interviewés pensent ne pas avoir beaucoup de choses à raconter, il faut alors les rassurer, leur montrer que c'est leur subjectivité, leur expérience qui intéressent. Au-delà, il faut aussi savoir prendre du temps, en fin d'entretien, pour répondre aux questions que la personne se pose. Sans oublier également que ce travail peut être anxiogène « pour le participant par l'entremise de questions appartenant à la sphère privée (maladie, mort, religion, etc.) » (Gagnon et al., 2019, p. 72).

3.5.4. Anonymat et confidentialité des anciens bénéficiaires

Une des grandes difficultés rencontrées dans ce travail est d'assurer la confidentialité et l'anonymat des individus, encore plus complexe lorsqu'on s'intéresse au parcours de vie puisque « dès lors qu'on veut restituer un cas individuel dans toute sa logique, on risque de le rendre reconnaissable par des lecteurs extérieurs » (Béliard & Eideliman, 2008). Il faut garantir cette confidentialité des enquêtés par rapport aux proches du dispositif, les éducateurs sportifs notamment et l'anonymat par rapport à l'ensemble des lecteurs possibles.

De plus, l'analyse des entretiens met en exergue certains conflits relationnels avec « une personne » en particulier, travaillant pour le dispositif SSO. Les professionnels de l'action publique strasbourgeoise étant en petit nombre, il serait possible que des lecteurs soient en mesure de reconnaître « cette personne ». Passer ce conflit assez récurrent dans les entretiens sous silence n'est

pas envisageable dans ce travail puisqu'il est révélateur de certaines expériences et l'analyse de cette situation est essentielle. Cela « montre bien que les questions d'anonymisation se posent avec une acuité différente selon que l'on s'autorise ou non à être critique, à dévoiler des secrets, à dénoncer certaines pratiques ou certains fonctionnements des institutions » (Béliard & Eideliman, 2008). Néanmoins, afin de ne pas porter préjudice à « cette personne », le choix a été fait de ne pas donner d'informations à son sujet. Les éducateurs sportifs du dispositif SSO garderont un anonymat et une confidentialité dans ce travail, sans distinction de genre. Ainsi, pour plus de facilité dans l'écriture et la lecture, l'utilisation de pronoms personnels masculins a été préférée. L'ensemble des transcriptions d'entretien a été travaillé en ce sens. En effet, les transcriptions sont modifiées de sorte que lorsque l'enquêté aborde ce conflit, l'anonymat et la confidentialité de « cette personne » soient conservés, sans distinction avec les autres éducateurs du dispositif. Au-delà, tout jugement, toute suspicion de son identité sera du seul ressort de l'interprétation des lecteurs.

3.5.5. Des entretiens dépendants de la mémoire des acteurs sociaux

Au-delà de ces questionnements et difficultés, la méthode biographique, bien qu'intéressante pour connaître les événements marquants de la vie d'un individu et comprendre ses comportements, soulève quelques limites. Les entretiens peuvent s'éloigner de la réalité puisqu'un souvenir ne peut pas être totalement « reconstruit » par un effort de raisonnement, des opérations de l'esprit : la mémoire peut faire défaut et nous ne pouvons y échapper, ce qui sous-entend d'être conscient des risques de déformations des parcours de vie et que la reconstruction de ceux-ci est toujours relative, imprécise et discutable (Demazière, 2007). Un discours biographique peut également être la scène d'une représentation de soi différente de la réalité, le risque concerne alors la sélection de certains éléments biographiques ou la modification de certains d'entre eux comme des « scénarii élaborés par les enquêtés, qui les conduisent à présenter une certaine vision d'eux-mêmes » (Giraud et al., 2014) . De plus, le « récit biographique n'est ni atemporel, ni a-spatial, il est produit "ici et maintenant" » (Demazière & Samuel, 2010), c'est-à-dire qu'il faut prendre en compte « les contextes d'énonciation des biographies afin de ne pas ignorer leurs effets sur la manière dont seront, au final, exploités les parcours de vie recueillis » (Galloro & al., 2010, cités par Demazière & Samuel, 2010).

3.5.6. Retranscrire des entretiens lorsqu'on utilise la lecture labiale ? Recours à des aidants extérieurs

Appareillée bilatéralement depuis l'enfance pour une surdité congénitale profonde, le face à face et la lecture labiale me facilitent la compréhension de la parole des interlocuteurs. En effet, l'utilisation de la lecture labiale m'assure une meilleure perception de la parole. Or, ce travail de recherche a nécessité un enregistrement audio des entretiens pour réaliser des transcriptions intégrales. Difficilement réalisable seule du fait de l'absence d'un visuel¹¹⁴ et bénéficiant d'aides, d'adaptation dans mon parcours d'études, le service de la vie universitaire - Mission handicap de l'université de Strasbourg a recruté des assistants d'études afin de m'aider à réaliser ce travail de transcription. Pour assurer l'anonymat des enquêtés, un accord de confidentialité et de non-divulgateion a été signé par chacun de ces aidants (annexe 1).

¹¹⁴ « Des prothèses permettent à nombre d'individus souffrant d'un déficit auditif d'être encore à l'écoute du monde. Mais la surdité profonde interdit tout contact sonore et impose le recours à des formes visuelles de communication (langage des signes, lecture labiale) » (Le Breton, 2006)

Conclusion chapitre III *Saisir l'engagement ou le désengagement dans une activité physique : une analyse dynamique au travers du parcours de vie*

Nous avons fait le choix de mobiliser le parcours de vie dans notre cadre théorique car, d'une part, il permet de s'intéresser au présent ou à une fraction de la vie d'un individu et d'autre part, il aide à la compréhension d'une situation actuelle par l'étude des événements passés, c'est-à-dire qu'il « permet de mieux comprendre comment des événements antérieurs laissent des traces dans les situations existantes au moment de l'enquête » (Grossetti, 2020). Avec la perspective du parcours de vie, nous prenons en compte un individu socialement situé qui a des relations sociales et qui se trouve dans plusieurs sphères ou champs d'activité (la famille, le travail, la santé, l'activité physique, etc.). Adopter ce regard dans ce travail, c'est aussi prendre en compte les événements de la vie et les changements induits. L'apparition d'une maladie peut ainsi avoir des effets de réaménagement dans d'autres sphères d'activité : un cancer va ébranler l'ensemble des structures de l'individu (arrêts de travail, mise entre parenthèses de l'activité physique, modification de l'emploi du temps engendré par la multiplication des rendez-vous médicaux, etc.). Mais un événement peut également ne pas avoir d'effet : un déménagement n'induit pas forcément de changer de travail par exemple. Un changement est ainsi plus ou moins généralisé ou spécialisé et a des conséquences prévisibles (naissance d'un enfant) ou imprévisibles (Grossetti, 2020). Le parcours de vie correspond alors au processus de réorganisation de l'individu dans ses sphères d'activité selon les événements qui induisent des changements plus ou moins forts. Dès lors, plus un « événement biographique » ou une « situation critique » (Giddens, 1979) entraîne des réorganisations, plus ce moment a de l'importance et génère un fort « travail biographique¹¹⁵ » (Bury, 1982).

Ainsi, le parcours de vie permet à la fois de connaître la personne mais également de comprendre l'appropriation de l'activité physique dans et après le dispositif SSO par l'étude de ses « antécédents ». Cette perspective aidera à appréhender l'engagement, la poursuite ou le désengagement dans une activité physique tout au long de la vie et surtout après le passage dans

¹¹⁵ Nous utilisons ce terme pour discuter du travail engagé pour faire face à de nouvelles situations, plutôt que de parler « d'adaptation », concept majoritairement issu de la psychologie.

l'action publique strasbourgeoise de prescription médicale d'activités physiques. En outre, par ce cadre théorique nous cherchons à confirmer ou à réfuter les hypothèses avancées concernant les effets sociaux d'une activité physique prescrite selon les dispositions et habitus des individus. En effet, un passage dans le dispositif SSO de Strasbourg ne garantit pas un engagement durable et à long terme dans une pratique régulière d'activité physique mais ce dernier dépend des usagers eux-mêmes. En ce sens, la première hypothèse suggère de questionner plusieurs facteurs en lien avec l'action publique locale. Nous insufflons que la durée passée dans le programme et les activités pratiquées selon qu'elles soient poursuivies, arrêtées ou recherchées peuvent éclairer différents types d'usagers. Ensuite, la deuxième hypothèse suggère que les modalités de pratique après SSO dépendent également des différentes stratégies mises en place tout au long du parcours de vie pour pratiquer ou non une activité physique. Se pose alors la question de différentes socialisations sportives antérieures ainsi que des « moments critiques » (apparition de la maladie, rapport au corps, déménagement, décès, etc.) puis du « travail biographique » engendré vis-à-vis des modifications de comportements actifs et sportifs. Enfin, la troisième hypothèse concerne les usagers et leur expérience des activités physiques prescrites : le dispositif SSO peut être considéré comme espace de socialisation sportive secondaire, créant un environnement favorable à la pratique physique et où les experts, c'est-à-dire les éducateurs sportifs, ont un rôle sur la poursuite ou l'arrêt de la pratique à la sortie du programme. Pour répondre à ces hypothèses, trente-deux entretiens semi-directifs auprès d'anciens usagers de SSO ont été recueillis à l'aide d'une méthode biographique afin de ne pas se restreindre uniquement à l'expérience du dispositif et de porter autant d'attention aux processus qu'aux résultats (la poursuite ou l'arrêt de la pratique).

Mais la position et le regard adoptés dans ce travail n'échappent pas à certaines limites et précautions. Premièrement, la perspective et méthodologie choisies pour ce travail renvoient à une construction narrative de la part de la personne concernée voire du chercheur, ce qui nous amène bien évidemment aux précautions avancées par Bertaux (1976) d'une « idéologie biographique » et

aux critiques de Bourdieu dans *L'illusion biographique*¹¹⁶. De plus, si l'objet de notre étude est de donner la parole aux usagers du dispositif strasbourgeois, ce point de vue et cette subjectivité appellent à la prudence. Il s'agit de leur vérité et cette vérité n'est peut-être pas « la » vérité. Mais cela permet de comprendre l'individu ainsi que d'avoir un éclairage sur la perception de ses propres expériences. Conjointement, cette subjectivité nous amène à l'absence de validation des comportements déclarés : est-ce que la personne pratique véritablement une activité physique tous les jours comme elle l'estime ou ne pratique-t-elle qu'occasionnellement voire jamais ? Il s'agit donc d'un parti pris et nous restons convaincus que les études, les recherches et les évaluations sur les programmes de promotion de la santé ou d'éducation à la santé gagneraient à donner la parole à d'anciens usagers et pas seulement à ceux qui sont encore dans ces actions.

¹¹⁶ Dans cet article, Bourdieu contestait toute pertinence scientifique dans les méthodes biographiques ou de récit de vie, affirmant que le narrateur se fait « l'idéologue » de sa propre vie. Bourdieu, P. (1986). *L'illusion biographique*. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 62(1), 69-72. <https://doi.org/10.3406/arss.1986.2317>

Partie 2

**Faire parler le terrain : des usages des activités
physiques de santé prescrites aux dispositions
et effets sociaux**

Chapitre IV : Parcours « dans et vers » le dispositif Sport santé sur ordonnance

Les effets attendus de l'action publique strasbourgeoise d'activité physique sur prescription médicale sont de l'ordre d'une modification de comportements, et la dimension temporelle joue un rôle essentiel. Au regard des chiffres produits et apportés par les différents rapports d'activité de l'action publique strasbourgeoise, nous pouvons voir que cette dernière mobilise de plus en plus d'utilisateurs. Cependant, ces rapports ne donnent aucune information sur « l'après » et sur les objectifs atteints, en dehors du nombre de personnes incluses dans SSO. De même, les travaux de médecine générale renseignent sur les effets « corporels » durant le programme. Or, il existe un intérêt de comprendre l'évolution de la pratique physique à des moments différents. Ainsi, « une période courte, de l'ordre de deux à trois mois, pourrait mettre en évidence les effets rapides tandis qu'une période plus longue, de l'ordre d'une année ou plus, indiquerait si ces premiers changements se maintiennent dans le temps, s'ils s'émoussent ou s'intensifient. Cela permettrait aussi de détecter les modifications qui se font à plus à long terme et dont les bénéfices sont plus tardifs » (Corman et al., 2008). Ainsi, cette étude s'intéresse aux rapports à l'activité physique des anciens utilisateurs de SSO, interrogés, à minima, un an après leur sortie du dispositif.

Au travers d'un travail exploratoire et qualitatif, jamais réalisé auparavant auprès de ce public, nous verrons que la poursuite d'une activité physique dans le dispositif, l'engagement ou le désengagement hors SSO sont la résultante d'une combinaison de plusieurs facteurs. De la même manière que pour le décrochage scolaire, il faut dès lors « aborder les différentes facettes de la problématique à travers les niveaux individuels, organisationnels et socioculturels » (Janosz & Leblanc, 1996). Aussi, ce chapitre met en lumière certains de ces « facteurs » de manière plutôt « descriptive », gardant ainsi l'analyse compréhensive et les explications sociologiques pour le chapitre V. Tout d'abord, le regard est porté sur l'entrée dans le programme SSO. La prescription médicale d'activité physique est le résultat de deux processus : elle peut être soit une proposition du médecin généraliste par suite du diagnostic de sédentarité et d'une maladie chronique associée, soit elle émane d'une demande du patient lui-même. Les médecins exercent une certaine influence dans

les changements de comportement de leurs patients¹¹⁷. Les Français consultent régulièrement leur médecin qui tient alors une place particulière auprès du grand public¹¹⁸ et les rendez-vous fréquents sont l'opportunité pour conseiller, accompagner et suivre l'activité physique des patients¹¹⁹. Ainsi, d'un rôle de « modérateur », où il limite l'activité physique et sportive par des certificats de « non-contre-indication à l'activité sportive », le médecin passe à un statut de « promoteur » de l'activité physique au travers de ses conseils nutritionnels et de ses incitations à la pratique. Or, avec l'émergence du sport sur ordonnance et de la loi sur la prescription médicale d'activité physique, le rôle du médecin évolue et devient « prescripteur » de l'activité physique (Bauduer et al., 2018). Cependant, l'action du médecin « rompt avec ce spontanéisme pour promouvoir une approche interventionniste [...]. Si la logique du certificat de non-contre-indication s'inverse ici, un modèle paternaliste d'autorité médicale sur le mode de vie des patients se trouve réaffirmé » (Bloy et al., 2016) au travers de la prescription d'activité physique. Nous verrons ainsi que certains médecins sont des « promoteurs » de l'action publique mais que, bien souvent, les usagers apparaissent comme des « entrepreneurs » et font valoir leur droit à cette ordonnance (1). Ensuite, les activités physiques pratiquées au sein de SSO seront questionnées : quelles sont les activités les plus pratiquées, appréciées, etc. ? Parmi celles-ci quelles sont celles qui sont poursuivies à la sortie du programme ? et selon quelles modalités de pratique ? (2) Enfin, nous regrouperons les usagers interrogés en fonction du temps qu'ils ont passé dans l'action publique strasbourgeoise et pour faire ressortir certaines caractéristiques communes au sein de chaque groupe (3).

¹¹⁷ Les études montrent que, dans la lutte contre le tabagisme par exemple, des consultations spécifiques peuvent avoir un effet positif sur l'arrêt ou du moins la diminution de la consommation de tabac (Cornuz et al., 2002). Le rôle du médecin en matière d'activité physique a été mis en avant et les effets positifs d'une consultation spécifique sur l'activité physique sur les patients à risque ont été démontrés (Eakin et al., 2000).

¹¹⁸ En effet, les Français reconnaissent leur médecin comme « un interlocuteur de confiance en matière d'éducation à la santé » (Pellegrin, 2014).

¹¹⁹ Brotons et ses collaborateurs soulignent que les patients attendent de leur médecin des conseils, des informations et des instructions sur la thématique de la nutrition, c'est-à-dire en matière d'alimentation et d'activité physique (Brotons et al., 2012). Un rapport réalisé pour le Conseil régional Nord – Pas-de-Calais montre même qu'ils déclarent changer de comportements après avoir reçu les recommandations de leur médecin, contrairement aux médias qui n'influent guère sur les comportements en termes de santé (Lacoste et al., 2003).

1. L'entrée institutionnelle : des médecins promoteurs aux usagers « entrepreneurs »

Le médecin généraliste est au cœur de ces nouveaux dispositifs de sport-santé¹²⁰. Ces professionnels de la santé sont ainsi de plus en plus sollicités. Tout comme « les lois de 2004 et de 2009 les ont placés au cœur du système de soins primaires » (Bloy et al., 2016), les politiques de santé publique « réclament la contribution accrue des professionnels de santé » (Hénaff-Pineau, 2014). Par leur proximité avec leurs patients, les médecins traitants apparaissent comme un « relai privilégié de transmission d'une éthique de l'autoresponsabilité au sein d'une normalisation généralisée des corps » (Vieille-Marchiset, 2019) et sont présentés comme porteurs d'un « rôle-clef » en ce qui concerne la promotion et l'éducation à la santé et, maintenant, la prescription médicale d'activité physique. Dans les discours de présentation du dispositif SSO et plus largement de l'ensemble des actions de prescription médicale de l'activité physique, le médecin traitant apparaît comme le premier acteur. Les entretiens montrent cependant que ces professionnels de la santé ne sont que minoritairement à l'initiative de la prescription écrite. Comment un « patient » se retrouve-t-il en possession d'une ordonnance de « sport-santé » ? Quelle est la source de la prescription : le médecin ou le patient ? Quelle est alors le rôle des professionnels de santé dans l'action publique strasbourgeoise ?

Selon le rapport d'activité du service « Promotion de la santé de la personne de la ville de Strasbourg » (2017)¹²¹, 395 médecins généralistes auraient prescrit au moins une fois de l'activité physique à l'un de leur patient dans le cadre du dispositif. Sur cet effectif, 218 médecins ont délivré 567 ordonnances « sport-santé ».

¹²⁰ Le réseau Picardie en forme s'attache par exemple à « faire du médecin généraliste le pivot de la sélection et de l'orientation des bénéficiaires, à l'image du dispositif Sport Santé sur Ordonnance de la ville de Strasbourg » (Weissland et al., 2016)

¹²¹ 1733 médecins généralistes exerçaient sur l'ensemble du département du Bas-Rhin en 2016 (ARS Grand Est, [PRS] Projet régional de santé 2018-2027, État de santé de la population et état de l'offre de la région Grand Est, <https://www.grand-est.ars.sante.fr/prs>)

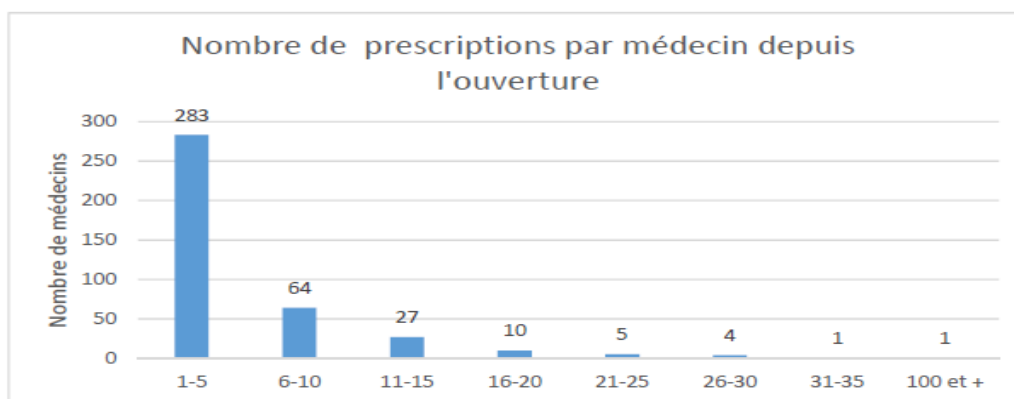


Figure 8 Nombre de prescriptions par médecins (source : Rapport d'activité du dispositif, 2017)

La Figure 8 révèle que 283 professionnels de santé ont accordé entre une et cinq ordonnances depuis 2012. En revanche, un médecin a envoyé plus de cent fois ses patients vers le dispositif¹²². Au regard de ces chiffres, la mobilisation des généralistes strasbourgeois apparaît forte mais inégale : beaucoup de médecins ont prescrit de l'activité physique mais peu le font régulièrement. Concernant le mode de prescription, les médecins de l'étude de Ballay (2014) semblent majoritairement utiliser la prescription orale : l'ordonnance n'est pas exploitée. Or, c'est ce papier médical qui possède une symbolique forte auprès des patients et qui reflète, dans les yeux de ceux-ci, l'importance que le médecin accorde à ce qu'il dit (HAS, 2011). La recommandation médicale attribuée sous forme de prescription écrite, c'est-à-dire d'une ordonnance médicale, se révèle très importante en matière d'activité physique. En effet, la pratique de celle-ci devient une injonction et n'est plus uniquement conseillée oralement par le médecin (Lutrat, 2016). Il existe effectivement un fort « pouvoir symbolique de la prescription » (Charra, 2012) puisqu'elle signifie, pour le patient, qu'il est réellement bien malade¹²³.

¹²² Cela pourrait être la personne à l'initiative du dispositif strasbourgeois, médecin généraliste elle-même.

¹²³ La prescription permet de transmettre le « pouvoir de guérir » du médecin au patient. Même si « les prescriptions de thérapeutiques non médicamenteuses ne bénéficient pas de la même valeur symbolique que les prescriptions médicamenteuses » (HAS, 2011), la prescription écrite de l'activité physique permet de légitimer auprès de la personne bénéficiaire l'urgence et la nécessité de changer ses comportements pour un mode de vie plus actif. L'étude réalisée dans

Si les médecins sont très nombreux à avoir réalisé une prescription d'activité physique dans le cadre de l'action publique strasbourgeoise, la part de ceux-ci à l'initiative de l'ordonnance dans le corpus est moins élevée. En effet, les entretiens révèlent que ce sont les patients qui sont principalement les demandeurs d'une prescription d'activité physique. La thématique activité physique – sédentarité n'est pas souvent abordée lors des rendez-vous avec le médecin¹²⁴. De plus, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), dans son Baromètre santé médecins généralistes de 2009, montre que cette thématique est bien plus souvent abordée avec des patients à risque tels que les personnes obèses, les diabétiques et les porteurs d'une maladie cardiovasculaire (Gautier, 2011). Ainsi, si les médecins conçoivent l'importance de l'activité physique dans la vie quotidienne, ils jugent que la promotion d'un mode de vie plus actif est moins importante que la raison pour laquelle les patients viennent les voir, c'est-à-dire l'activité de soin. La recommandation et la promotion de l'activité physique par le médecin ne sont donc pas une pratique régulière dans le cabinet médical et le conseil d'activité physique est porté au second plan. Or, Ballay montre que les médecins généralistes interrogés sont majoritairement persuadés du bienfait thérapeutique de l'activité physique pour la santé (95%) (Ballay, 2014)¹²⁵. Cependant, il existe de grandes disparités en ce qui concerne le mode et le niveau de prescription de l'activité physique et les caractéristiques personnelles des médecins ne semblent pas y être déterminantes. L'explication pourrait être une connaissance vague des recommandations des politiques publiques (Ballay, 2014). Nombreux sont

le cadre de mon mémoire en 2016 montre cette importance d'une prescription écrite auprès des personnes en situation de surcharge pondérale pour promouvoir l'activité physique et convaincre ces personnes : « Un jour, mon médecin m'a parlé de sport-santé [sur ordonnance], il m'a fait une ordonnance. À ce moment, je me suis dit qu'une ordonnance pour faire du sport, c'est que le sport doit être vraiment important » (Naïma, obésité, opérée de la thyroïde récemment) » (Lutrat, 2016).

¹²⁴ L'étude d'Attalin et de ses collaborateurs en 2012 signale que les médecins interrogés de Montpellier se réfèrent davantage à l'alimentation dans la prise en charge de l'obésité et que l'activité physique est reléguée au second plan : « The majority of [general practitioners] (120/203, 59%) ranked diet first, whereas psychobehavioural management and [physical activity] were ranked first by 56/203 (28%) and 23/203 (11%) of the [general practitioners], respectively. As 47% of physicians ranked [physical activity] second, its prescription as a predominantly second-option therapy was thus confirmed » (Attalin et al., 2012).

¹²⁵ De la même manière, des médecins interrogés dans le cadre des travaux de Pellegrin sont d'accord avec l'importance d'une activité physique régulière (66% sont « absolument » d'accord et 34 % « plutôt » d'accord) (Pellegrin, 2014).

les obstacles à la prescription de l'activité physique du côté du médecin¹²⁶. Dans une revue systématique¹²⁷, trois obstacles principaux ont été identifiés chez le médecin : le manque de temps, le manque de connaissances ainsi que le peu de réussite à modifier le comportement des patients. En termes de compétences du médecin à prescrire une activité physique, Pellegrin relève que 49% des professionnels interrogés ne se sentent pas suffisamment compétents tandis que 51% des médecins pensent en être capables (Pellegrin, 2014). La majorité de ces médecins pensent que cela ne fait pas partie de leur rôle ou qu'ils ne savent pas quelle activité prescrire en fonction des pathologies (Ifop, 2015)¹²⁸. L'étude de l'Ifop rejoint donc les résultats de Pellegrin (2014) en ce qui concerne la question des compétences. Mais si les médecins conçoivent qu'ils sont acteurs de la promotion de l'activité physique pour la santé et qu'ils peuvent prescrire une ordonnance en ce sens, ils considèrent que le contenu « sportif » de cette prescription (type d'activité physique, fréquence, etc.) n'est pas de leur ressort, mais de celui d'un « spécialiste des APS » (Persson et al., 2013)¹²⁹. Ces « professionnels » de l'activité physique adaptée font référence à la profession d'enseignant en activité physique adaptée mais également d'éducateur médico-sportif spécialisé dans une activité physique à destination d'une pathologie en particulier et dont le métier tend à se multiplier ces dernières années.

L'encadré ci-après (*Encadré 5*) est issu d'un entretien avec un médecin strasbourgeois, prescripteur du dispositif SSO. Son discours met en avant une proximité fréquente avec des patients en surcharge pondérale mais surtout l'évolution de son cheminement de pensée en tant que médecin.

¹²⁶ En effet, 59% médecins interrogés par Pellegrin (2014) affirment avoir connaissance des recommandations internationales (57% « à peu près » et 2% « très bien ») tandis que dans l'étude de Ballay, ils sont 51%. À l'inverse, 40% des médecins disent ne pas connaître ces recommandations dans le travail de Pellegrin et 41% dans l'étude de Ballay.

¹²⁷ En 2011, Hébert et ses collaborateurs ont réalisé une revue systématique sur le conseil en matière d'activité physique aux Etats-Unis, au Canada, en Europe et en Australie (Hébert et al., 2012).

¹²⁸ L'enquête de l'Institut français d'opinion publique (Ifop) permet de voir les raisons pour lesquelles certains médecins ne sont pas prêts à réaliser une prescription d'activité physique.

¹²⁹ La revue systématique réalisée par Tulloch et ses collaborateurs (2006) rejoint ce constat : « the literature suggests that a physician-only approach is not the ideal intervention for promoting physical activity behavior change » (Tulloch et al., 2006). Cette revue de littérature met bien l'accent sur la nécessité de faire collaborer les médecins avec des professionnels de l'APA pour modifier les comportements sédentaires de leurs patients : « the opinion of the authors is that a physical activity counselor with specialized knowledge regarding physical activity assessment and interventions, health behavior change theories, and trained in counseling strategies to assist patients to become physically active is most appropriate » (Tulloch et al., 2006).

Initialement « contre » la prescription médicale d'activité physique, éprouvant une certaine méfiance vis-à-vis du dispositif et de l'encadrement proposé, le Dr A. est devenue médecin prescripteur par volonté de modifier ses actes de soins. Toutefois, son discours rejoint les études précédentes et met en exergue le manque de temps, lors des consultations, pour aborder la question de l'activité physique, expliquant ainsi ne pas toujours proposer une ordonnance médicale à ceux qui pourraient bénéficier de SSO.

Encadré 5 Un médecin prescripteur d'activité physique, militant de l'accès aux soins pour tous

D^r A., médecin généraliste implantée dans un quartier populaire de Strasbourg et prescripteur du dispositif SSO

Le D^r A. reçoit ses patients depuis plus de 35 ans au sein du Neuhof, un quartier prioritaire de politique de la ville de Strasbourg, auparavant dans son cabinet, aujourd'hui dans la maison de santé du quartier. Les patients reçus dans cette structure sont représentatifs du quartier selon elle : un tiers des consultations concernent des étrangers et nécessitent des interprètes, nombreux sont les patients bénéficiant de la CMU (couverture maladie universelle¹³⁰), les porteurs d'une affection de longue durée sont une majeure partie des patients reçus et 40% des patients seraient au chômage ou sans emploi. De plus, le quartier du Neuhof est le quartier strasbourgeois où les taux de surpoids et d'obésité sont les plus élevés (16,4% des enfants de ce quartier sont obèses selon l'Observatoire Régional de Santé). D^r A. confirme d'ailleurs que beaucoup des patients qu'elle rencontre sont en surcharge pondérale. À ce sujet, le docteur met l'accent sur la question de la médicalisation de l'obésité qui a entraîné un sentiment de culpabilisation chez les individus concernés et pour minimiser ce sentiment, D^r A. n'oblige pas la pesée à ses patients lors de ses consultations et affirme l'apprendre aux internes et étudiants en médecine. Et si, au départ, elle admet avoir été réticente à la prescription de l'activité physique dans le cadre de SSO puisqu'elle se questionnait sur la pertinence et l'encadrement proposés, elle affirme aujourd'hui vouloir « soigner autrement qu'avec

¹³⁰ Appelée désormais Complémentaire santé solidaire C2S depuis le 1 novembre 2019 et née de la suppression de l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) (<https://www.complementaire-sante-solidaire.fr/>)

des médicaments ». Depuis, D^r A. a prescrit de nombreuses ordonnances pour intégrer ses patients dans le dispositif après en avoir discuté avec ceux dont l'état de santé le permettait. Un fait intéressant relevé par le docteur est un inversement de tendance depuis quelque temps : aujourd'hui, de plus en plus de patients abordent eux-mêmes le sujet du dispositif SSO après les échos reçus de leurs proches, par le bouche-à-oreille. Cependant, le docteur remarque que les femmes sont plus nombreuses que les hommes, reconnaît qu'elles « travaillent moins et ont plus de temps libre » et que l'aspect du corps a une plus grande importance aux yeux de celles-ci. Si le médecin se montre satisfaite du dispositif SSO, elle nous confie ne pas toujours penser à en parler lors de ses consultations par manque de temps et affirme qu'il serait intéressant de se référer au système de santé canadien qui prévoit une heure par an consacrée à une consultation de santé générale pour discuter de la santé et des sujets tels que l'alimentation, l'activité physique, le tabac, etc.

La forte médiatisation autour du dispositif de Strasbourg¹³¹ a plus largement contribué à toucher le public que les professionnels de santé. D'ailleurs, certains médecins ne connaissaient pas l'existence de SSO. Ainsi en est-il de Gaëlle qui a engagé le sujet avec son médecin après avoir entendu parler du dispositif par les médias :

Gaëlle : J'en avais entendu parler il y a 6 ans par les médias. C'est par les médias que j'en ai entendu parler la première fois.

Enquêteur : D'accord, et quand vous en avez parlé à votre médecin, il connaissait déjà ?

Gaëlle : La 1^{ère} fois non, la 2^{ème} fois, oui. Parce qu'il a fallu refaire une demande.

Le médecin de Gaëlle n'avait pas encore reçu l'information puisque sa patiente est entrée dans le dispositif à ses débuts en 2012. C'est également le cas du généraliste de Fatima : cette dernière, en 2013, s'est rendu directement chez le médecin à l'initiative de l'action strasbourgeoise.

Enquêteur : Et comment avez-vous connu le dispositif ?

Fatima : Je l'ai connu par France 3.

Enquêteur : D'accord. Par les médias.

¹³¹ Voir Partie 1, Chapitre 2.

***Fatima :** Par la télé et ensuite je suis allé chez le docteur I. Directement. J'étais directement chez lui parce que je ne savais pas comment faire. J'ai décidé d'aller chez lui, pour savoir pour ça. Et lui, il a appelé mon médecin traitant pour savoir s'il avait des imprimés. Parce que c'était tout à fait au début. Voilà, et c'est lui qui m'a dit, il faut aller chez votre médecin et l'a appelé en ma présence et il m'a demandé quelle pathologie j'avais. Il m'a dit « oui vous rentrez dedans ». Et tout de suite, j'étais chez mon médecin qui m'a donné le certificat médical.*

En revanche, même quelques années plus tard, certains professionnels de santé ne semblent pas connaître SSO. En 2014, Céline explique ainsi avoir fait « découvrir » le dispositif à son généraliste :

***Céline :** Ben comment est-ce alors... Comment est-ce que j'ai connu le dispositif? Euh par moi-même. Mais alors comment ? J'ai dû lire un article ou quelque chose euh...*

***Enquêteur :** Un article ou peut-être à la télévision ?*

***Céline :** Non non pas à la télé. Ça devait être dans un journal, je je l'ai connu comme ça et c'est moi qui en est euh qui en est parlé à mon médecin quand je suis allée la voir. Et elle connaissait pas du tout donc c'est moi qui lui ai fait découvrir. Après j'étais allée euh ben justement à la . Au... cercle ... dans les... à la ville de Strasbourg pour avoir plus de renseignements et puis c'est là qu'ils m'avaient envoyé donc à la Meinau machin parce que c'était là que ...*

Tout comme Lilia qui a informé son médecin en 2014 des démarches à suivre afin qu'elle puisse intégrer le circuit :

***Lilia :** Je connaissais, j'avais entendu après dans la presse qu'il y avait ce dispositif donc je savais que ça a été initié dès... Strasbourg.*

***Enquêteur :** Et donc après vous en avait parlé à votre médecin ?*

***Lilia :** Alors en fait moi j'en ai parlé à mon médecin, oui c'est moi qui ai informé le médecin. Je lui ai dit « écoutez, vous pouvez télécharger sur internet (rires), vous imprimez ».*

À partir de 2015, la communication institutionnelle a également été faite auprès des médecins, ce qui a eu une comme conséquence une augmentation des prescriptions d'activité physique (Figure 9).

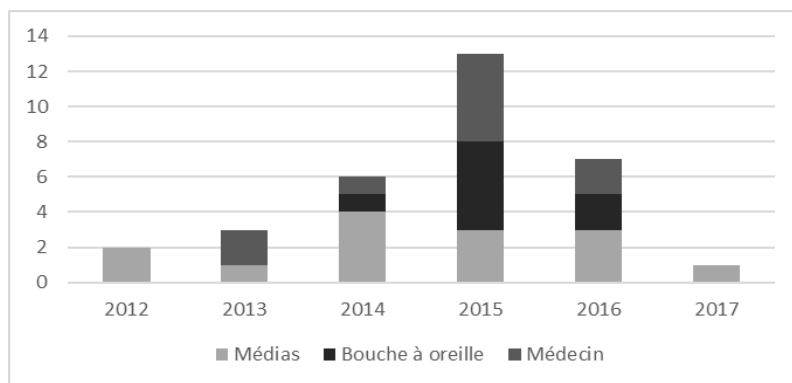


Figure 9 Manière dont les personnes prennent connaissance de SSO selon l'année d'inscription

Ainsi, en 2015, Nathalie s'est vu suggérer par son généraliste cette ordonnance vers la fin de son traitement contre le cancer, tout comme Joséphine.

Joséphine : Euh, c'est par mon médecin.

Enquêteur : C'est votre médecin qui vous en a parlé ?

Joséphine : Oui, oui. Voyant que tous les problèmes que j'avais, je m'en sortais plus, c'était les problèmes les uns après les autres. Et il savait que je faisais tout le temps un peu de gym, je lui disais "mais moi j'peux plus, ces salles de trente personnes là". Le kiné était très bien mais c'est toujours le même cours, depuis des années. Et puis, et puis, je lui dis, je sais pas, "mais ça va plus", "il faut changer, j'arrive pas à me motiver, la salle de gym c'est pas encadré". Enfin bref, c'est lui qui m'en a parlé. Voilà.

Enquêteur : D'accord. Donc, il vous a fait votre ordonnance ?

Joséphine : Tout à fait. Il m'a dit : "écoute voilà il y a quelque chose qui se met en place à Strasbourg". Puisque Strasbourg a été pionnier... Et puis, je lui dis "écoute c'est super, on va voir".

En 2016, Yves se retrouve également en possession de cette ordonnance sur conseil de son généraliste :

Yves : Et par rapport au dispositif, c'est d'abord mon épouse qui en avait entendu parler par son docteur en fait, on a eu coup sur coup, nous étions euh habitués à, enfin nous étions habitués à un cabinet de, médical qui était près de la route de Colmar, où nous habitions avant. Et qui... Les deux ont pris leur retraite. Mon épouse, donc elle a vu d'abord le docteur R. qui était ici, qui lui avait proposé cette solution. Et moi quand mon docteur est tombé à la retraite, enfin est parti aussi à la retraite ben j'ai aussi suivi mon épouse, je suis allé chez le docteur R. qui m'a proposé ce dispositif en fait.

Du côté des patients, les principaux obstacles généralement observés dans les études sont le manque de temps, de motivation ou de goût pour le sport. En 2009, Favrod-Coune et ses collaborateurs montrent que le vécu corporel et le doute quant aux bénéfices de l'activité physique face à leurs problèmes de santé -et donc l'appréhension d'aggraver leur maladie- sont les principaux obstacles à la prescription d'activité physique pour les patients (Favrod-Coune et al., 2009). Ainsi, le médecin d'Arthur et Charlène, mariés, avait discuté avec eux de la possibilité de faire une activité physique dans le cadre du dispositif. N'étant pas prêts, ils ont refusé l'ordonnance puis sont revenus sur leur décision un an plus tard. Cette demande de la part de « patients » se retrouve dans plusieurs discours. Parfois, le médecin ne connaît pas le dispositif, comme nous l'avons vu précédemment mais, dans la majorité des entretiens, ce sont les personnes qui sont demandeuses et abordent le sujet avec leur généraliste, qui ne leur a jamais proposé une telle ordonnance. Emma a connu le dispositif par l'un de ses proches et en a ainsi parlé avec son médecin tout comme Alexandre, dont le professionnel de santé avait pourtant toute la documentation nécessaire :

Alexandre : Le dispositif, par euh... Attends qu'est-ce qu'on avait vu... ? On l'avait vu à la télé non ? Le truc euh... Non ! À la radio ! À la radio on en a entendu parler. Et j'en ai discuté avec mon médecin traitant, il m'a dit « bon bah, je suis d'accord, je vous fais un certificat médical et vous y aller ». Et bon voilà, c'est comme ça que ça a débuté.

Enquêteur : Votre médecin connaissait le dispositif ?

Alexandre : Oui oui ! Parce qu'il avait des formulaires tout prêts et tout, là...

Les études montrent en effet que « peu de [médecins généralistes] évoquent spontanément l'[activité physique]. Sa place apparaît encore limitée et incertaine, priorité étant donnée en pratique à d'autres préventions » (Bloy et al., 2016). De ce fait, les patients doivent insister auprès de leur généraliste. Ainsi en est-il d'Anny, dont le médecin traitant est « en froid » avec l'élue à l'initiative du dispositif, qui a dû se montrer persuasive.

Anny : Donc je m'étais inscrite, enfin avec insistance, parce que mon médecin n'était pas trop... Disons qu'il avait quelque chose avec le docteur ou le professeur qui a inventé sport ordonnance, sur ordonnance. Oui donc il y a eu un petit couac entre eux deux, je ne sais pas. Donc il ne voulait pas me... Tout compte fait, j'y suis allée quand même parce que j'insistais. Enfin voilà.

Enquêteur : C'est lui qui vous a fait la prescription ?

Anny : Ah oui oui, je lui ai dit « ça ne me regarde pas » et puis ça le regarde pas non plus hein. Alors bon c'est comme ça hein. Comme ça faisait vingt-sept ans que j'avais le même médecin, on était plus amis quelque part que... J'ai dit « Ce n'est pas mon problème, maintenant tu me fais cette ordonnance et je vais aller voir ce que c'est ».

C'est le cas également de Fanny, passée par plusieurs médecins avant de recevoir son ordonnance car ni elle, ni son généraliste, n'habitent à Strasbourg : or, la condition pour pouvoir intégrer le dispositif est que l'un ou l'autre soit strasbourgeois. Professionnellement dans le monde du médical et du paramédical, Fanny a pu se rendre chez un médecin exerçant à Strasbourg, mais s'est retrouvée face à un professionnel « hostile » au « sport sur ordonnance » :

Fanny : Parce qu'au départ, j'ai fait pharma, ensuite j'ai bossé dans l'industrie pharmaceutique et donc je connaissais 550 toubibs. Et j'avais entendu ce truc-là, sport santé sur ordonnance et tout, et ma cousine qui est toubib sur Marseille m'avait dit : « Tiens pourquoi, tu ferais pas ça, ça pourrait te changer les idées par rapport à la mort de Laura ». Donc elle savait très bien que c'est pas ça qui allait me faire oublier la mort de Laura. Mais elle m'a dit que ça m'éviterait d'être en quatre murs. Et j'ai dit : « tiens pourquoi pas ». Et ... donc j'en ai parlé à ma toubib, du patelin. Et elle m'a dit : « Ouais, pas de soucis, je vous fais l'ordonnance ». Et en fait quand j'ai contacté la personne, on m'a dit : » ah mais pas du tout, une ordonnance de quelqu'un de Lupstein, ça fonctionne pas. Il me faut une ordonnance d'un médecin de Strasbourg uniquement ». Je me dis, mais c'est n'importe quoi, parce qu'on est dans la CUS¹³² là. Et il me dit : « nan, nan, mais ça concerne que les médecins de Strasbourg ». Et en fait, comme j'ai plein de copains toubib parce que vous bossez pas dans ce milieu pendant 30 ans, sans vous faire de potes et bien du coup, j'étais allée voir un toubib copain, rue Jean Jaurès et je lui ai dit : « Écoute, voilà », ... je lui ai expliqué. Et il m'a dit : « Oui, pas de soucis, je te fais le papier ». Parce qu'en plus il connaissait le contexte, tout ça.

Enquêteur : Oui, lui il connaissait aussi le dispositif ?

Fanny : Ouais, par contre, il y a des gens qui sont hostiles. Je me suis fait rembarrer par un pote, Dr Z., qui est boulevard Point Carré, qui m'a dit : « c'est honteux, c'est avec nos impôts qu'on fait ce genre de truc ». Il m'a lynché ! J'ai dit : « pas de problème, si tu veux pas faire l'ordonnance, tu l'as fait pas ». Et la façon dont il m'a dit ça : c'était hostile. Et puis hostile vis-à-vis de moi, qui venais simplement lui demander. C'est tout, j'ai dit : « ok tu es contre, mais c'est pas la peine de me lyncher et tout ». Je veux dire. Et en fait, il est devenu virulent. Il m'a dit : « nan, mais c'est inadmissible, rien que de faire la demande, c'est adhérer à ce genre d'idées, c'est nos impôts ». Je

¹³² CUS : Communauté Urbaine de Strasbourg

me suis dit : « ok, ok, ok ». Et c'est pour ça qu'après je suis allée voir Docteur B. : « Je viens de me faire rembarrer par Dr Z., est-ce que toi tu vas également me lyncher ? ». Là, il éclate de rire, il me dit : « mais arrête, je vais te le faire le truc, moi je suis pour ». Parce que lui au contraire, il était pour tout ça.

Parfois, les usagers apprennent l'existence de ce dispositif par des proches habitant souvent bien loin de Strasbourg (n=2). L'extrait de Fanny ci-avant montre que sa cousine, habitant à Marseille, lui a conseillé le SSO. Pour Sandra, c'est une amie vivant à Rouen qui lui a parlé de cette action strasbourgeoise, alors que son propre médecin généraliste est le docteur I., à l'origine de l'initiative de la prescription médicale en Alsace :

Sandra : C'est moi qui en ai parlé à mon médecin et qui, lui, du coup m'a...

Enquêteur : Il connaissait, le médecin ?

Sandra : Ben oui, l'ironie, c'est que mon médecin généraliste, c'est le docteur I. C'est lui qui est à l'origine de ce truc... Je lui dis : « Mais c'est quand même un comble, vous êtes à l'origine du truc et vous m'en avez même pas parlé, quoi »... Ne serait-ce que ça, voyez ?

Enquêteur : Oui ...

Sandra : Et quand je lui en ai parlé, il avait l'air tout à fait au courant, mais il m'a pas dit du tout que lui il était à l'origine de ça, voyez ?

Enquêteur : C'est après que vous l'avez su ?

Sandra : C'est après que je l'ai su, quand j'ai lu l'article, je me suis dit : « Non mais attends, c'est un comble, quoi, il est à l'origine de ce truc, il m'en a même pas parlé ? »

Les entretiens révèlent qu'une grande partie des personnes rencontrées sont elles-mêmes à l'initiative de la prescription (n=24) et deviennent alors des « entrepreneurs » puisqu'elles modifient les « logiques institutionnelles structurant l'espace social¹³³ » (Bergeron et al., 2013). Toutefois, si certaines personnes prennent connaissance du dispositif autrement que par leur médecin, c'est parfois ce dernier qui propose la prescription d'activité physique à leur patient comme c'est le cas de Camille :

¹³³ « L'utilisateur-entrepreneur » peut alors être considéré comme un « acteur intéressé qui parvient à mobiliser son environnement pour servir sa "cause" » (Bergeron et al., 2013), c'est-à-dire qu'il se « sert » de son médecin traitant pour obtenir une prescription médicale d'activité physique afin d'intégrer le dispositif strasbourgeois.

Camille : C'est ...c'est ...alors j'en avais déjà entendu parler. Donc je connaissais déjà, je ne sais plus, probablement par les médias. Et puis, oui, par les médias. Et ... ensuite, c'est mon médecin qui a relancé ça.

Néanmoins, que la prescription soit conseillée ou demandée, il ne semble pas y avoir d'influence par la suite sur les modalités de pratique après avoir bénéficié de l'action publique strasbourgeoise. Une légère différence s'observe sur les pratiques associatives plus nombreuses lorsque la demande vient de l'usager/patient (un tiers) au détriment de celles auto-organisées (un huitième). Inversement, lorsque le médecin a son rôle de promoteur et de prescripteur, les pratiques auto-organisées correspondent à un peu plus d'un tiers des modalités de pratique contre un sixième pour un engagement dans une association sportive. Dans les deux cas, les pratiques mixtes représentent un huitième des modalités de pratique et l'arrêt complet de l'activité physique, plus d'un tiers.

En revanche, les personnes restent plus longtemps dans le dispositif quand elles sont à l'initiative de la prescription d'activité physique. Elles s'investissent plus longtemps, c'est-à-dire 23 mois en moyenne contre 18 mois quand c'est le médecin qui propose l'ordonnance « sport-santé ». Ainsi, sur les quatorze personnes restées trois années ou plus dans l'action strasbourgeoise, dix ont été demandeuses de la prescription. Tandis que, parmi les quatre personnes ayant quitté précocement SSO, c'est-à-dire avant six mois de pratique institutionnalisée, une seule a sollicité ce papier.

De ce fait, que le médecin soit promoteur de l'action publique strasbourgeoise ou que les usagers soient des « entrepreneurs », cela n'a pas d'influence sur la poursuite de l'activité physique en dehors de SSO. En revanche, nous notons qu'un patient « entrepreneur » ou demandeur de la prescription médicale d'activité physique restera plus longtemps dans le dispositif.

2. Les activités pratiquées dans SSO

Les activités proposées dans l'action publique strasbourgeoise sont nombreuses et diverses. Pour la saison 2016-2017, le rapport d'activité du dispositif dénombre ainsi quatre-vingt-cinq heures hebdomadaires d'activités physiques dirigées par les associations ou par les éducateurs de la Ville : trente-trois heures dans les associations partenaires pour dix-sept activités différentes et cinquante-

deux heures en régie¹³⁴ pour quinze pratiques distinctes. À cela s'ajoutait pendant l'été, quarante et une heures trente minutes par semaine proposées par Strasbourg au travers d'une vingtaine d'activités. Quelles sont alors les activités physiques pratiquées dans SSO et poursuivies en dehors du dispositif ? Selon quelles modalités de pratique ces personnes s'adonnent-elles -ou non – à une ou plusieurs activités ? Pour cela, nous porterons le regard sur trois groupes d'activités physiques : les activités aquatiques (natation, aquagym, palmage, etc.), les « pratiques douces » (regroupant toutes les gymnastiques douces et gymnastiques d'origine asiatiques tel le yoga, le Qi Gong, etc.) et la marche nordique.

Tableau 6 Activités pratiquées pendant et après le dispositif SSO

	Activités pratiquées dans SSO	Modalités de pratique après SSO	Activités pratiquées après SSO
Fatima	Marche nordique, stretching, vélo, natation	<i>Auto-organisée</i>	Marche nordique
Mélanie	Natation, marche nordique, ergocycle, gymnastique, trottinette	<i>Auto + asso</i>	Marche nordique
Fanny	Piscine, multisport, Pilates	-	-
Camille	-	-	-
Gaëlle	Pilates, multisport	-	-
Susanne	Rameur, marche nordique, basketball, gymnastique, natation, Pilates	<i>Auto-organisée</i>	Musculation à domicile
Octavia	Multisport, musculation abdos/fessiers, aquagym, fitness	-	-
Zoé	Marche nordique, gymnastique, aquagym, rameur	-	-
Hassiya	Volleyball, marche nordique, natation, zumba	<i>Auto-organisée</i>	Natation
Lilia	Marche nordique, Qi Gong, ergocycle, gymnastique	<i>Auto + asso</i>	Qi Gong (1xsemaine), marche nordique (2hxsemaine), marches populaires
Alexandre	Marche nordique, rameur	<i>Auto-organisée</i>	Marche rapide, randonnées
Yves	Marche nordique, natation, musculation, renforcement musculaire, trotti-nordique, rameur	<i>Auto-organisée</i>	Marche et randonnées
Osman	-	-	-
Béatrice	Marche nordique, natation, gymnastique, Pilates, rameur, ergocycle, troti-nordique	<i>Association</i>	Gymnastique
Valérie	Renforcement musculaire, Pilates	<i>Association</i>	
Anny	Natation	-	-
Myriam	Natation	<i>Auto + asso</i>	CrossFit

¹³⁴ « en régie » signifie encadré par un éducateur sportif de la ville et non d'une association sportive partenaire.

Céline	Marche nordique, aquagym, gymnastique, école de vélo	Auto + asso	Marche nordique (2xsemaine), aquagym, randonnées
Joséphine	Gymnastique, vélo, piscine, endurance, marche nordique	Auto + asso	Yoga, gym Pilates
Perrine	Marche nordique, vélo	-	-
Marcel	Natation, vélo, rameur	Auto-organisée	
Arthur	Trottinette, piscine, ergocycle, marche nordique	Association	
Charlène	Aquagym, ergocycle, marche nordique, yoga	Auto-organisée	
Sandra	Pilates, stretching, natation	-(hospitalisée)	-(hospitalisée)
Nathalie	Natation, Pilates	Association	Marche nordique (2xsemaine) Yoga (1xsemaine) Aquagym (quelques mois)
Julie		Auto-organisée	
Emma	Marche rapide	Auto-organisée	Coach à domicile, natation
Karine	Pilates, natation	Association	
Sonia	Marche nordique, Pilates, palmage, circuit training	Auto-organisée	
Eva		-	
Molly		-	
Clarisse	Aquagym	-	-

2.1. Les activités aquatiques : une pratique appréciée mais loin d'être accessible

Dans une étude sur la connaissance des dispositifs d'activité physique sur prescription médicale auprès de personnes obèses¹³⁵, les individus ont des souhaits de pratique principalement portés sur les activités aquatiques¹³⁶ : aquagym (52 %) et natation (42 %). D'ailleurs, comme le montre l'exemple tiré de l'extrait du discours d'Octavia ci-après, la natation, le palmage, l'aquagym et les autres pratiques aquatiques sont les activités semblant être les plus prisées dans SSO :

Octavia : J'ai aussi eu l'occasion de faire de l'aquagym. Ça c'est vraiment le cours que j'ai préféré. Même si c'était aux bains municipaux, et que le bassin n'était pas large, mais voilà. C'est vraiment, en fait, ça m'a éveillée au sport, et j'avais du coup été motivée pour faire de l'aquagym en dehors du dispositif avec une amie. Et du coup j'ai sauté sur la possibilité de faire de l'aquagym dans le dispositif, parce que c'est une activité qui est très prisée dans ce dispositif-là.

¹³⁵ Dauchy, J., Florent, V., Mariau, F., Promnier, Y., Gaudrat, B., Peyrodie, C., & Andrieux, S. (2018). Sport sur ordonnance : L'avis de patients obèses nous intéresse ! *Nutrition Clinique et Métabolisme*, 32(4), 302-303

¹³⁶ La gym douce est également fortement espérée (52 %) et la marche plus faiblement (37%). Tandis que « la course à pied est boudée par nos patients (3 %) » (Dauchy et al., 2018).

Pour Myriam, « *l'épreuve du maillot de bain* » a été difficile lors des débuts de sa pratique. Contrairement aux autres usagers interrogés, son surpoids et l'image de son corps l'ont gênée¹³⁷. À trente-trois ans, c'est l'une des plus jeunes femmes du corpus. Issue d'une classe moyenne et employée par la Ville de Strasbourg, Myriam montre que son apparence est très importante¹³⁸. Or, « la manière dont le corps apparaît à soi-même et aux autres est [...] un véritable enjeu social » (de Saint-Pol, 2014).

Au-delà du cas de Myriam, les activités aquatiques sont des pratiques apaisantes pour les usagers et constituent un « [éveil] au sport » pour Octavia. Fanny exprime ainsi « *bailler* » de nombreuses fois après ses séances à la piscine et nombreuses sont les personnes ayant ressenti les bienfaits de ces activités, largement démontrés scientifiquement. Cependant, certaines « problématiques » ressortent régulièrement des entretiens. Premièrement, la question des horaires des séances proposées : souvent, les créneaux ont lieu le midi ce qui gêne certains pratiquants devant jongler entre travail, enfants et repas. Deuxièmement, les activités aquatiques, étant les plus recherchées par les usagers et très souvent proposées par les éducateurs, sont très souvent saturées : les personnes ne peuvent alors pratiquer ces activités qu'entre trois et six mois. Or, cela apparaît bien peu à leurs yeux. Un troisième point relevé est celui de certaines personnes dont l'état de santé est difficilement compatible avec la pratique en piscine : c'est le cas d'Anny qui, en hiver et en milieu humide, « *choppait* » tous les microbes et maladies. Anny, soixante-ans, cumule en effet plusieurs « problèmes » de santé : diabète de type 2, hypertension artérielle, épisode dépressif, maux de dos, tendinite ainsi qu'épine calcanéenne. Un quatrième et avant dernier point fait part de créneaux aux niveaux inégaux ne permettant pas alors, pour certaines personnes, de progresser techniquement

¹³⁷ Le parcours de Myriam est analysé dans le Chapitre V, 2.

¹³⁸ De Saint Pol exprime que « l'étude des pratiques et des motivations des régimes alimentaires met ainsi en évidence une concentration de la pression sociale sur certaines catégories de la population : les femmes, les plus jeunes et les classes moyennes » (de Saint-Pol, 2014). Ainsi, l'apparence et « l'attention au corps et au poids [augmentation] avec la proximité aux classes moyennes et au monde du travail ; ce qui expliquerait que les employées – aux conditions de vie pourtant proches – se distinguent des ouvrières et des inactives en matière de corpulence et d'adhésion aux normes » (Régnier & Masullo, 2009).

lorsque d'autres ont « peur de l'eau ». Fatima, soixante-quatre ans, exprime ainsi qu'elle désirait, au travers de SSO, améliorer sa technique de nage et la maîtrise de sa respiration en milieu aquatique :

Fatima : Donc j'ai fait 3-4 séances, j'ai arrêté. C'est normal parce qu'il y avait des personnes avec nous qui avaient la peur de l'eau. Il fallait s'occuper de ces personnes-là, c'est normal. Mais en 1h, on ne peut pas tout faire. On ne peut pas s'occuper de ceux qui veulent nager, tout en ... Moi, je voulais faire la respiration, parce que c'est important. Moi je nage, mais anarchiquement. Je n'ai pas peur, mais je n'ai pas la technique. Je peux barboter, je peux aller dans l'eau. Moi, parce que j'étais toujours...on a habité à côté de la mer [...]. Il y en avait deux qui ne pouvaient même pas mettre le pied dans l'eau. Et ça, il fallait s'en occuper parce que c'est vraiment la frayeur. Moi je ne dis pas, que non, mais le niveau n'était pas le même, donc, voilà, c'est normal qu'on s'occupe de quelqu'un qui peut faire une crise. C'est la limite. Voilà, moi je mets la tête dans l'eau, il n'y a pas de soucis. Je ... je nage comme si c'était la mer. Mais la technique, je ne l'ai pas.

Cependant, face à un niveau trop inégal dans son groupe de natation, elle a décidé d'arrêter cette activité. Enfin, la dernière remarque concernant les activités aquatiques aborde l'aspect financier non négligeable de ces pratiques assez coûteuses en dehors de SSO. En effet, après quelques recherches et à Strasbourg, nous pouvons observer que le cycle de six séances d'aquabike¹³⁹ proposée par la municipalité est au prix de soixante-trois euros et la séance seule est à dix euros, hors entrée à la piscine (cinq euros)¹⁴⁰. Or, les entretiens révèlent que nombreux sont ceux qui aimeraient poursuivre la pratique de l'aquagym notamment mais qui n'en ont pas les moyens.

Zoé : Donc ce que moi j'aimerais beaucoup, c'est refaire... alors mon rêve, ça j'avais fait aussi mais on a pas droit à longtemps, et ce qui est fantastique, c'est de la gym aquatique. Mais ça vous le faites trois mois et après c'est fini. Y'a pas de place. Donc, et puis j'ai demandé c'est quand même 200 euros par an, hein moi j'ai pas les moyens. C'était cher [...]. Ça coûte un bras, vous avez ça, vous avez l'entrée de la piscine et vous avez le cours de, de gym aquatique.

¹³⁹ Activité cardiovasculaire et de renforcement musculaire sur un vélo aquatique posé au fond du bassin.

¹⁴⁰ <https://www.strasbourg.eu/cours/-/entity/id/1216642>. Autre exemple : dans une association strasbourgeoise, le cycle d'aquagym de dix séances est à quatre-vingt-dix euros en dehors de la cotisation annuelle obligatoire (trente euros) et l'abonnement annuel pour une séance par semaine s'élève à 210€ (<https://www.aquatonic-strasbourg.fr/tarifs-aquagym-strasbourg.html>).

Octavia : Je regrette juste que, auprès des grandes piscines, un abonnement d'aquagym ne soit pas, n'existe pas en fait. Parce que c'est genre on paye les entrées de piscine, et après on doit payer l'entrée d'aquagym à part, alors bon...

De ce fait, seules Nathalie, cinquante ans, et Céline, soixante-six ans, poursuivent respectivement la natation de manière occasionnelle et l'aquagym. Ces deux femmes sont d'ailleurs issues d'un milieu favorisé : en effet, même si Céline est aujourd'hui retraitée, elle travaillait auparavant au centre national de la recherche scientifique (CNRS) en tant que cadre et Nathalie est cheffe de projet informatique. Toutes deux sont de plus propriétaires de leur appartement à Strasbourg. Leur situation sociale et financière leur permet donc poursuivre ces pratiques coûteuses. Emma se rend de temps en temps dans une piscine de Strasbourg mais nous ne pouvons pas dire qu'elle poursuit cette activité démarrée dans le dispositif puisqu'il s'agit d'une modalité de pratique de loisir, c'est-à-dire partager un moment de jeu avec sa fille. Ainsi, sur les vingt-et-une personnes pratiquant une activité aquatique dans SSO, seulement deux se sont véritablement appropriées cette pratique à la sortie.

Céline : [...] j'ai quand même... Enfin, il faut quand même que je termine. J'avais acheté là des cartes hein donc j'ai un abonnement « piscine » et un abonnement... euh... aqua. Enfin, c'est un système de cartes donc dix entrées si vous voulez de l'aquagym et donc là je vais quand même y aller pour... parce qu'après c'est périmé ! Alors je veux dire, je vais les perdre. Je, si je continue pas quoi. J'y vais mais bon. Euh j'y suis allée euh, il y a quand ? Il y a quinze jours faire de la gym entre midi et deux là.

Cependant, Nathalie reste une pratiquante occasionnelle et le discours de Céline laisse entendre qu'elle ne poursuivra pas l'activité une fois son abonnement terminé.

2.2. La marche nordique : une activité populaire et peu coûteuse

Activité de plus en plus populaire dans et en dehors de SSO¹⁴¹, la marche nordique¹⁴² vise à « permettre aux usagers de retrouver ou de maintenir une forme physique à partir d'un schéma de séance sous forme de parcours de santé. L'animatrice se déplace dans le parc en alternant marche et exercices de coordination pour faire prendre conscience de son corps et de son fonctionnement »¹⁴³. Seize personnes ont ainsi pratiqué cette activité durant leur inscription dans le dispositif mais seule Lilia avait déjà pratiqué la marche nordique en dehors de l'action publique, lors des activités gratuites proposées par la ville de Strasbourg pendant les vacances scolaires d'été :

Lilia : Mais les deux activités que j'aimais beaucoup pratiquer, c'est la marche nordique et le Qi Gong.

Enquêteur : Et vous connaissiez ces deux activités là ?

Lilia : En fait, je les ai découvertes par les, la.... Par les activités que propose la ville de Strasbourg, l'été. Parce qu'en été à Strasbourg, y'a des anni..., y'a des propositions... Propositions de découvertes de pratiques douces. Ou de pratiques en fait sportives, pour les jeunes, pour les moins jeunes, les dimanches dans les parcs, et c'est vrai que c'est, c'est agréable déjà, il fait bon, c'est dans des espaces magnifiques. Et c'est comme ça en fait que moi j'ai découvert.

Pour la majorité, c'est la découverte d'une nouvelle pratique qui est très appréciée, même si la proposition de cette activité par les éducateurs en charge de l'orientation semble être parfois le fruit, non pas de la meilleure activité par rapport à un état de santé, mais d'un « souci » d'emploi du temps. Ainsi, Céline n'a pas eu d'autres propositions d'activités :

¹⁴¹ En 2017, neuf séances de marche nordique sont proposées par les éducateurs du dispositif ou par les associations partenaires. C'est la deuxième activité en termes de nombre de créneaux proposés après la gymnastique. Au niveau national, une forte évolution de cette activité est constatée : de 400 clubs qui la proposait en 2010 à 700 associations en 2015, soit une augmentation de 18 000 pratiquants licenciés à 25 000 licenciés (Bernard & Sordello, 2017). Sachant qu'il s'agit d'une activité se pratiquant surtout de manière « libre » et « auto organisée », les chiffres vont probablement bien au-delà.

¹⁴² Selon la Fédération française d'Athlétisme, la marche nordique est « une pratique de marche dynamique en pleine nature. Elle allie de manière idéale un travail d'endurance accessible à tous, la marche, et un renforcement musculaire de l'ensemble du corps. Le principe est simple : il s'agit d'accentuer le mouvement naturel des bras pendant la marche et de propulser le corps vers l'avant à l'aide de deux bâtons qui permettent d'aller plus vite et de marcher plus longtemps » (<https://www.athle.fr/sante/>)

¹⁴³ Marsault, C. (2017). Le sport-santé, un objet médical, social ou sportif ? Le dispositif strasbourgeois « sport-santé sur ordonnance » comme objet politique transversal. *Sciences sociales et sport*, 10(1), 21-49. doi:10.3917/rsss.010.0021.

Céline : Et ben en gros c'est tout hein parce que l'éducateur sportif qui euh, qui s'occupait de moi si vous voulez, il me proposait toujours des activités le soir. Moi je suis à la retraite. Moi j'ai plus besoin d'aller faire des activités le soir euh. Donc je lui ai demandé des choses euh le matin. Ben il y avait pas grand-chose le matin à part la marche nordique hein donc je me contentais de faire de la marche nordique.

La marche nordique se révèle également aux yeux d'Arthur comme une activité peu physique. Boxeur durant douze ans et judoka quelques années, ce retraité a eu une vie très active et la marche nordique ne correspondait pas à ses besoins :

Arthur : Alors, je veux dire, au moins ça me fait transpirer, parce que à la trottinette ou à la...euh...avec les bâtons, là ! ...marche nordique, moi je ne transpirais pas.

Enquêteur : Vous êtes un ancien boxeur...

Arthur : Oui, ouais, il me faut quelque chose d'intensif!

Activité d'extérieure, la pratique de la marche nordique est sujette aux aléas météorologiques pouvant en décourager certains¹⁴⁴ comme l'exprime Perrine :

Perrine : Bon, la marche nordique, souvent j'étais seule avec deux moniteurs parce qu'il n'y avait personne, les gens ne se déplaçaient pas. Il suffisait qu'il y ait quelques gouttes qui tombent et t'avais plus personne.

Néanmoins, il s'agit d'une activité dont la pratique plaît et qui, contrairement aux activités aquatiques telles que l'aquagym ou l'aquabiking, ne nécessite pas un apport financier important pour la pratiquer en dehors de l'action strasbourgeoise. L'investissement dans des bâtons de marche est l'unique besoin de cette pratique (hors prix d'une licence pour une pratique associative) et six personnes en ont achetés comme Fatima ou Zoé :

Zoé : Alors j'ai fait de la marche nordique, et de la gymnastique.

Enquêteur : C'est ce que vous aimeriez reprendre ?

Zoé : Ben la marche nordique j'ai besoin de personne, ça je peux marcher bien. J'le fais d'ailleurs. Je vais jusqu'à l'orangerie, je passe par derrière là où y'a l'église russe, et je reviens par le truc, bon... [...]. Oui, et puis j'ai aussi fait du ski de fond, donc me servir des bâtons n'était pas un problème.

¹⁴⁴ Selon une étude récente de la DRJSCS Auvergne-Rhône-Alpes, la météo apparaît comme la deuxième contrainte à la pratique physique (20%) après l'emploi du temps (30%) (DRDJSACS ARA, 2019).

Non, mais, c'est vrai que c'est... je n'aurais pas eu l'idée d'aller faire de la marche nordique toute seule, mais maintenant je peux y aller sans personne.

Si Zoé préfère marcher seule, certains poursuivent cette activité au sein d'une association sportive comme Mélanie et Nathalie, ou avec la ville de Strasbourg. Ainsi en est-il de Céline qui pratique la marche nordique deux fois par semaine dans un cadre associatif :

Céline : Et pis ben la marche nordique j'en fais toujours avec la ville d'ailleurs [...] Ouais donc je fais de l'aquagym à Cronembourg, euh pas de l'aquagym, de la marche nordique à... ben deux fois par semaine.

D'autres ont constitué des groupes de personnes issues également du dispositif strasbourgeois ou pratiquent avec des connaissances et participent même à des « marches populaires¹⁴⁵ » :

Lilia : j'ai pris voilà oui et puis... bon je marche mais je marche avec des amis, de la marche nordique puisque j'ai des bâtons et tout ça [...]. Oui, des amis en fait, oui une amie qui a fait aussi avec moi, une autre aussi de temps en temps comme ça on s'organise on faisait, quand il faisait meilleur temps, on faisait les marches populaires donc on prenait nos bâtons et puis on allait dans les villages.

Ainsi, Fatima rejoint des groupes de pairs et Lilia montre une socialisation de ses proches à la marche nordique en les initiant à cette activité. Sur les seize usagers initiés à l'activité « marche nordique », cinq se sont approprié cette pratique à leur sortie de SSO : deux de manière auto-organisée¹⁴⁶, deux au sein d'une institution (association sportive, ville de Strasbourg) et une personne accumule une pratique libre, autonome ainsi que des séances encadrées par un club sportif.

¹⁴⁵ Une marche populaire est une randonnée balisée et organisée par un club affilié à la FFSP (Fédération Française des sports populaires). Elle est ouverte à tous et propose plusieurs parcours de différentes longueurs pour un tarif avoisinant les deux euros.

¹⁴⁶ Lorsque l'activité physique ne génère aucune inscription dans une structure (association, club, salle de sport, etc.) et est pratiquée sans encadrement, elle est dite informelle, non-instituée, auto-organisée, auto-gérée, libre, ou autonome. Ainsi selon O. Bessy, la pratique sportive auto-organisée « peut se définir comme l'ensemble des pratiques sportives multifformes et diverses qui se développent spontanément en dehors de toute institution en s'autorégulant sur des espaces privés ou publics, urbains ou naturels, aménagés, requalifiés ou réappropriés, mais en général toujours très accessibles, à l'exception des espaces sportifs, scolaires ou publics fortement institutionnalisés qui font parfois l'objet d'une transgression » (Bessy, 2000)

2.3. Les « pratiques douces » : des activités ambivalentes pour les usagers

Les pratiques dites « douces » sont issues des pratiques traditionnelles orientales et recherchent une union entre le corps et l'esprit ainsi qu'un mouvement naturel avec une dépense d'énergie minimale (J. Dalcroze). Elles consistent à « concevoir la pratique physique comme une parenthèse, voire une oasis de ralentissement » (Quidu, 2017). Ces pratiques « douces » comprennent les activités telles que le stretching (étirements musculaires actifs), les différentes gymnastiques douces et le Pilates¹⁴⁷ mais également le yoga¹⁴⁸, le Qi Gong et le tai-chi¹⁴⁹. Les usagers, dont quatorze se sont vu proposer une pratique « douce » dans le dispositif, ont une expérience plutôt ambivalente vis-à-vis de l'une ou plusieurs de ces activités. Si le stretching est perçu comme une activité de détente, Fatima confie néanmoins préférer les activités en plein air et notamment la marche nordique. De son côté, Camille aurait aimé pratiquer le yoga, activité qu'elle pense en adéquation avec son état de santé, mais cela ne lui a pas été proposé tout comme le Qi Gong ou le tai-chi n'ont pas été proposés à Sandra.

Sandra : Oui, alors à l'époque, ce que j'avais trouvé, il y avait pas assez de... ça manquait de variété peut-être par rapport à ce que moi je voulais faire, enfin que le choix était assez limité, dans les activités...

Enquêteur : Parce que vous auriez aimé, par exemple, faire quoi comme activité ?

Sandra : Alors, par exemple, j'aurais aimé faire du qi gong, du tai-chi ou des choses comme ça, qui, en soi, c'est un sport doux, mais c'est un vrai sport... Quand on en fait vraiment, c'est un vrai sport...

¹⁴⁷ Le Pilates est une méthode de renforcement musculaire développée par Joseph Pilates et « peut être définie comme un système de conditionnement physique et mental destiné à renforcer le corps, à accroître la souplesse, à améliorer la coordination, à réduire le stress, à augmenter la capacité de concentration et à procurer un sentiment durable de bien-être » (Isacowitz & Clippinger, 2012)

¹⁴⁸ Le yoga, « spiritualité en acte issue de la tradition bouddhiste indienne » est une forme de gymnastique « basée sur des respirations particulières, des exercices corporels et des méditations » (Manidi Faes & Dafflon-Arvanitou, 2000, p. 34)

¹⁴⁹ Le Qi Gong est une gymnastique traditionnelle chinoise basée sur le contrôle de la respiration tandis que le tai-chi, d'origine chinoise également, est une gymnastique énergétique globale.

Entrée dans le dispositif en 2015, Sandra aurait pu toutefois se voir proposer l'activité Qi Gong qui était menée par une association partenaire, d'après le rapport d'activité de cette même année¹⁵⁰ et contrairement au tai-chi. Le stretching, en revanche, ne lui a pas semblé assez dynamique.

Sandra : Le Pilates, c'était le travail en profondeur au niveau musculaire, et puis un peu l'association un peu yoga un peu gym, j'ai trouvé ça très intéressant, et, en fonction de mes besoins, j'ai trouvé que ça m'avait vraiment aidé pour le renforcement musculaire et puis le travail en profondeur, dans le souffle, dans la lenteur, parce que j'ai pas besoin... J'avais besoin d'un truc assez tonique mais en même temps aussi très en profondeur, et donc le Pilates était assez intéressant... Le stretching, c'était intéressant, mais c'était pas assez...

Enquêteur : Pas assez vif ?

Sandra : Pas assez vif, pour moi...

Professeure de danse et danseuse professionnelle, Sandra a toujours été très active (« *j'ai fait du spectacle grand public, j'ai travaillé avec le théâtre, j'ai travaillé avec le Pôle Sud¹⁵¹, avec le conservatoire...* ») ce qui peut expliquer ce besoin de bouger de manière plus « énergique ». D'autres sont plus catégoriques : ces activités ne correspondaient pas à leurs attentes (« *trop calme* » pour Emma, « *trop doux* » pour Béatrice) ou ne leur semblaient pas adaptées (Fanny, Charlène et Mélanie). Charlène raconte ainsi sa « mésaventure » lors de l'activité yoga, proposée lors de son entrée dans SSO :

Charlène : Ouais, c'était ça. Oui, j'appelais ça ergo, ergo, je crois. Et ensuite, il m'avait mis en marche nordique. C'était fort sympa. Enfin, ça m'a aidé du moins. Ensuite, j'ai fait un peu de yoga. Mais, ça s'est mal passé, parce que je pense que le [coach], il avait des habitués qui venaient à la salle le dimanche matin.

Enquêteur : D'accord.

Charlène : Et puis, il voulait qu'on fasse la chandelle [Rires].

Enquêteur : Ce n'était pas adapté ?

Charlène : Non, ce n'était vraiment pas...

Arthur : Oui, mais c'était un extérieur.

Charlène : Oui, c'était un intervenant extérieur, mais il devait nous accepter quand bien même.

¹⁵⁰ Ebstein-Breton, M., & Lutrat, F. (2015). *Sport-santé sur ordonnance* [Rapport d'activité]. Service promotion de la santé de la personne, Ville de Strasbourg.

¹⁵¹ Pôle-Sud est un centre de développement chorégraphique (CDC) basé à Strasbourg, c'est-à-dire un espace dédié à la danse et à la musique.

Arthur : Ouais bon...

Charlène : Et le truc c'est qu'il n'avait rien capté. J'ai fait : « Je ne peux pas. – Comme ça vous ne pouvez pas ?! Ben vous mettez, vous plaquez vos fesses là au mur, vous y arrivez – Euh, chéri ?! Tu m'as vu ?! T'a vu le gabarit ?! Je n'y arrive pas ! – Je n'y arrive pas ! ». Cette cloche, il m'a pris les jambes. J'avais la tête au sol, il m'a soulevée. J'ai cru que ma cage thoracique, tout...tout allait péter ! Donc j'étais une semaine et demie en arrêt - merci - [Rires]. Bin oui, j'avais mal au dos, je ne pouvais pas bouger ! Il m'a soulevée comme un bananier. Il était rachitique comme ça, mais il m'a soulevée avec mes 85 kilos, sans problème. Et j'étais scotchée ! Du coup, je n'y suis plus retournée.

A l'inverse, certaines pratiquantes ont apprécié ces activités : Clarisse, soixante-sept ans, s'est senti « relaxée » après ses séances de Qi Gong, activité qu'elle définit comme « canalisatrice » même si elle a arrêté le tai-chi, une pratique dans laquelle elle ne se sentait pas progresser à cause de ses pertes d'équilibre :

Clarisse : Le tai-chi, j'ai arrêté, parce que... bon, c'était un ami, mais parce que j'avais pas d'équilibre. Alors j'ai dit « écoute, Pierre, je vais arrêter parce que j'ai pas d'équilibre ». « Mais tu auras l'équilibre », j'ai dit « mais quand ? ça fait maintenant presque quelques mois, presque un an, et puis j'ai toujours encore... un jour je vais me casser la figure sur ton tatami, hein » (rires). Alors j'ai rigolé.

Gaëlle et Joséphine conservent un bon souvenir de leur pratique respective du Pilates et de la gymnastique. Pour Zoé, l'activité « gym douce » a été une révélation et une vraie découverte pour elle qui n'a jamais aimé la gymnastique au point d'en être « allergique » :

Zoé : Mais moi je dis surtout ce qui est intéressant, c'est que finalement, on vous fait faire des tests d'aptitude, et en fonction de vos tests, on va adapter les sports qui vous conviennent. Parce que moi là quand je suis allée, ça a été gymnastique, alors à ma tête Sylvain m'a dit : « je vois que vous n'aimez pas... ». Je lui ai dit : « j'ai horreur de la gymnastique ». Mais il dit : « il faut ». Alors j'ai dit : « je vais pas commencer à dire je veux, je veux pas, j'ai dit ok » ! Et puis finalement, je trouve que c'est ce qui m'a le plus apporté, ça a été ça et la gym aquatique. C'est ce qui m'a apporté vraiment du bien-être, et... Pourtant je peux vous dire que j'étais allergique à avoir des poussées de boutons au départ, hein. C'est pas juste un peu, c'est... je suis allée en freinant des deux pieds... Non, non, j'ai vraiment apprécié.

Parfois, le « problème » est plus profond et se retrouve lié à la connotation de certaines de ces activités. En effet, « au-delà des implications individuelles, se trouvent des pratiques de groupes [...]

qui véhiculent des [philosophies] telle que la promotion de pratiques "naturelles" (végétarisme, consommation alimentaire "bio"), de la diffusion de connaissances "autres" (notamment relevant de la "culture hindoue"), d'une vision positive de l'altermondialisme (revaloriser les voix du Sud en adoptant des pratiques non occidentales) »¹⁵². Octavia a donc apprécié qu'on ne lui propose pas ces diverses pratiques, en contradiction avec ses propres idéologies, même si la plupart du temps, ces activités sont « dé-spiritualisées » (Manidi Faes & Dafflon-Arvanitou, 2000, p. 35) :

Octavia : Parce que moi personnellement j'étais pas forcément ouverte à toutes les activités, euh par exemple les activités dans le milieu méditations et compagnie, c'est pas que je... fin, je médite autrement. Mais pas... Pas les activités de yoga, compagnie, fin c'est pas...

Enquêteur : Ça ne vous correspond pas.

Octavia : Non. Les trucs mystiques je suis pas ouverte. Ben j'aime bien... enfin le Pilates ça va, mais c'est plus connoté pour moi en fait. C'est une question personnelle, de déontologie, oh allez, religieuse, donc, j'ai apprécié qu'ils soient à l'écoute de ça, et qu'ils me proposent des activités adaptées non seulement à mon profil physique mais aussi par rapport à mes valeurs.

De ces activités de pratiques dites « douces », initiée dans le dispositif strasbourgeois, une seule a donné lieu à une pratique hors de SSO. Ainsi, Nathalie s'est inscrite, à sa sortie du dispositif, dans deux associations : l'une de marche nordique et l'autre de yoga, activité qu'elle continue de pratiquer une fois par semaine désormais. Trois autres personnes se sont investies dans une « pratique douce » après le dispositif, sans l'avoir découverte au sein de SSO. Joséphine, soixante-treize ans, pratique actuellement le yoga au sein de la Ligue contre le cancer¹⁵³. Béatrice, quant à elle, n'a jamais cessé la gymnastique, pratique initiée et proposée par son travail. Aujourd'hui retraitée, elle est toujours inscrite aux séances proposées par son ancienne entreprise. Enfin, avant SSO, Lilia, soixante-cinq ans, a connu le Qi Gong grâce aux activités physiques et sportives proposées gratuitement l'été par la Ville de Strasbourg¹⁵⁴, activité qu'elle a ensuite pratiquée au sein du dispositif pendant trois ans.

¹⁵² Hoyez, A. (2014). Le corps comme espace en soi et espace à soi ? Regards géographiques sur la complexité d'une pratique corporelle mondialisée : le yoga. *L'Information géographique*, vol. 78(1), 57-72. doi:10.3917/lig.781.0057

¹⁵³ Béatrice a eu un cancer du sein, cinq ans avant son entretien. Le comité du Bas-Rhin de la ligue contre le cancer propose ainsi des séances d'activités physiques aux personnes touchées par un cancer et ce, avant, pendant et après le traitement. https://www.ligue-cancer.net/article/35514_presentation

¹⁵⁴ Pendant l'été, la Ville de Strasbourg propose des activités physiques, sportives et de loisirs, gratuites et adaptées à tous les publics avec le programme « Stras'en forme » dont une tournée « pratiques douces ». <https://ete.strasbourg.eu/tournee-stras-en-forme>

Aujourd'hui, elle poursuit cette pratique une fois par semaine dans une association, à laquelle elle a payé une licence. Nous le voyons, contrairement à la marche nordique pouvant se pratiquer aisément de manière autonome, lorsqu'on n'est pas « spécialiste » de l'activité dite « douce », l'inscription dans un club et donc le paiement d'une licence apparaissent nécessaires à la pratique de l'activité.

L'initiation à certaines activités lors de la participation au dispositif strasbourgeois conduit parfois les usagers à conserver cette pratique de manière auto-organisée ou au sein d'une association. Mais cette poursuite de l'activité reste faible.

La marche nordique est l'expérience la plus reconduite en dehors de SSO (presque un tiers des usagers continuent). Activité conviviale, se pratiquant entre pairs ou seul, elle est peu coûteuse - puisque peu d'équipement est nécessaire- et sa pratique ne demande pas une inscription obligatoire dans une association sportive, une fois la technique acquise dans l'action publique strasbourgeoise. Avec quatre usagers sur les quatorze poursuivant une pratique dite « douce », ce groupe d'activités ne semble que peu convaincre : sans connaissance de ces activités, ces pratiques requièrent souvent un encadrement et une nécessité de payer (abonnement, cours, licence, etc.). D'ailleurs, la figure ci-avant prend en compte les « pratiques douces » non initiée dans le dispositif. Si ce n'était pas le cas, une seule personne apparaîtrait. En revanche, les discours montrent que les activités aquatiques sont très prisées par les usagers mais que l'investissement financier nécessaire qu'elles demandent explique la faible proportion d'individus (un septième) poursuivant leurs pratiques en dehors de SSO : seules deux femmes, issues d'un milieu de vie confortable, continuent l'aquagym mais de manière occasionnelle, laissant redouter un arrêt de la pratique par la suite. Ainsi, les activités autonomes, et notamment la marche, sont privilégiées par rapport à celles qui s'exercent dans un club ou une structure. Sans contrainte de durée, d'intensité, de créneau de pratique et souvent peu coûteuse, ces activités, offrant une plus grande flexibilité, sont les plus poursuivies en dehors de SSO. A l'inverse, les activités nécessitant un cadre institutionnel, corrélé avec des pratiques souvent plus onéreuses, sont peu reconduites à la sortie de l'action publique strasbourgeoise.

Finalement et en général, lorsque les patients débutent une activité physique prescrite, très peu la poursuivent à la sortie du programme SSO, à l'exception de la marche nordique. Ainsi, seul un tiers des initiés pratiquaient encore de manière autonome (entre pairs ou seuls) ou dans une association au moment des entretiens.

3. Durées et modalités de pratique à l'épreuve des événements de la vie

Le dispositif SSO a pour objectif l'incitation au changement de comportement individuel – sédentarité, inactivité – et ce, sur le long terme, c'est-à-dire, la promotion des habitudes de vie actives au-delà de l'action publique. Or, pour qu'un programme de prévention ou de promotion de la santé atteigne ses objectifs, il faut généralement du temps. Pour que le programme ait une efficacité en termes de santé¹⁵⁵, il faut non seulement se remettre à « bouger » ou pratiquer une activité physique, mais également suivre le programme dans la durée et avec régularité. Or, la durée de pratique des activités physique dans le cadre du dispositif n'est pas la même pour tous. La dimension temporelle prend alors toute son importance puisque les effets constatés à long terme, ici l'appropriation d'une activité physique régulière après SSO, pourraient être attribués au temps durant lequel les individus font usage du dispositif. Le corpus a alors été divisé en trois groupes : le premier comprend les personnes sorties rapidement de l'action strasbourgeoise (moins de six mois), le deuxième groupe inclut les individus restés dans le programme entre une et deux années et, font partie du troisième groupe, les personnes ayant pratiqué dans SSO pendant trois ans ou plus. Nous proposons alors d'étudier plus en détails chaque groupe afin de faire émerger des similitudes entre les membres d'un groupe et des divergences entre les différents ensembles¹⁵⁶.

3.1. Les « perdus de vue » : des démissionnaires face à l'activité physique ?

Quatre personnes sont restées moins de six mois dans le dispositif. Issues d'un milieu populaire, retraitées, en situation précaire et vivant seules, elles sont toutes en surpoids et ont un style de vie

¹⁵⁵ L'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) recommande de faire au minimum 150 minutes d'activité sportive d'intensité modérée toutes les semaines entre 18 et 64 ans.

¹⁵⁶ Si les socialisations sportives passées sont abordées dans cette partie, elles sont analysées dans le chapitre suivant.

très sédentaire. Leur parcours de vie apparaît « chaotique » notamment avant SSO. Décès de proches, cadres familiaux brisés, déménagements, dépression et accumulation de « soucis de santé » expliquent l'abandon du programme. En nous intéressant à ce sous-groupe, deux « types de cas » apparaissent. Tout d'abord, celui des trois femmes dont les entretiens révèlent des ruptures biographiques, c'est-à-dire des vies « bousculées », par des événements multiples notamment au moment de leur inscription dans l'action publique strasbourgeoise. Ensuite, le cas d'Osman, un homme plutôt solitaire et atteint d'un handicap physique l'obligeant à se déplacer en fauteuil roulant. Pourquoi ces personnes ne sont-elles pas restées dans le programme SSO ? Leur faible participation joue-t-elle sur leur engagement dans une activité physique ? En d'autres termes, ce faible « recours » au dispositif est-il synonyme d'un retour à un mode de vie sédentaire ou du moins, du maintien d'un style de vie « pré-programme » ?

3.1.1. Parcours chaotiques et corps « meurtris » : les cas de Clarisse, d'Anny et de Camille.

* Clarisse

Clarisse, 67 ans, habite un appartement loué et situé au septième étage d'un immeuble à proximité du campus Esplanade de Strasbourg, proche du centre-ville. Retraitée très active et en hyperactivité depuis l'enfance, elle nous dit adorer le bricolage ainsi que la pétanque. En effet, pendant longtemps, elle en a fait en compétition et a créé puis dirigé la section féminine de son club de pétanque. En surpoids, elle intègre le dispositif pendant un mois, en début d'année 2017. Des maux de dos et de hanches ont mis entre parenthèse sa pratique dans le cadre de SSO. À cela s'ajoute un parcours récemment chaotique :

Clarisse : Et avant c'était maman, elle on a dû la mettre à l'EHPAD parce que moi j'ai fait un AVC, c'était un peu chaud. Et donc, mon mari est parti le 6 novembre dernier. Huit jours après ma proprio me téléphone qu'il faut que je déménage, parce qu'elle veut vendre l'appartement [...]. La même année, j'ai perdu ma maman, j'ai perdu mon mari, donc... franchement dit, « allez-vous faire foutre, mettez-moi où vous voulez, j'en ai rien à foutre » [...] J'ai déménagé au mois de mars, y'avait pas de chauffage, les plaques ne marchaient pas, le lave-linge ne marchait pas, enfin y'avait rien, internet ne marchait pas, c'était vraiment une catastrophe. J'étais déjà dans un état complètement... en plus de ça j'étais complètement déprimée. Et puis j'ai dit à mon frère après un mois, j'ai dit « faut que je déménage ». Alors bon bien sûr, lui il a quand même cinq ans de plus

que moi, il était un peu... il a dit « oh mon dieu, ça recommence ». J'ai dit oui mais là, je déroge pas. Il faut que je déménage. Et donc j'ai trouvé cet appartement, et donc j'ai déménagé deux fois en un an. Avec deux décès, et après le décès de mon mari fallait que je sois hospitalisée d'urgence pour l'intervention, après les déménagements, le premier déménagement, le deuxième déménagement...

Ainsi, en moins d'un an, sa mère et son mari sont décédés, Clarisse a été expulsée de son ancien logement, et a déménagé deux fois, fragilisant, de ce fait, sa situation économique. D'autant plus que, peu après ces déménagements, elle subit une intervention médicale à la suite d'un accident vasculaire cérébral. Elle est aujourd'hui en dépression et ne sort que très peu de chez elle.

* Anny

Âgée de soixante-ans, Anny est locataire d'un appartement situé dans une petite copropriété du Neuhof, classé comme un quartier prioritaire de politique de la ville¹⁵⁷ de Strasbourg. C'est avec la ménopause qu'Anny a pris du poids et que son diabète s'est révélé. C'est pourquoi elle a été suivie par un endocrinologue, ce qui lui a permis de perdre 2kg par mois. Sans stabilisation et avec l'arrêt de la cigarette, elle a repris 20kg en cinq ans. Elle a alors insisté auprès de son médecin généraliste pour avoir une ordonnance médicale et intégrer sport-santé sur ordonnance. En mars 2016 et après certaines réticences de la part du professionnel de santé, elle commence la pratique de la natation dans le cadre du dispositif. Mais quelques semaines après, elle a arrêté d'aller aux séances à cause de ses « coliques » dues à la prise d'anti-inflammatoires. En effet, elle raconte avoir beaucoup de soucis de santé : maux de dos, tendinite à l'épaule et épine calcanéenne. À cela s'ajoute un traitement par psychotropes qu'elle suit depuis vingt-cinq ans, étant dépressive depuis le début des années 90. Pour cause, le parcours d'Anny a subi de nombreuses bifurcations : divorcée en 1984, Anny perd sa mère en 1990 et déménage dans un autre appartement où elle est toujours actuellement locataire. Quelques années avant notre entretien, elle perd tout contact avec son fils de 37 ans. Si elle a commencé à travailler à 16 ans en tant que vendeuse de chaussure de luxe, elle est aujourd'hui

¹⁵⁷ Les quartiers prioritaires de la politique de la ville sont des territoires d'intervention du ministère de la Ville, définis par la loi de programmation pour la ville et la cohésion urbaine du 21 février 2014 (<https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c2114>)

femme de ménage chez des personnes âgées à raison de neuf heures par semaine. Ce travail n'améliore pas son moral et cela s'ajoute à ses crises de « malbouffe », ingurgitant jusqu'à six cônes de glace par jour pour palier à son manque de cigarette. D'autant plus qu'au moment de sa pratique dans SSO, un de ses proches est décédé des suites d'un cancer du pancréas. À ce moment, elle décide de s'occuper de la famille de cette jeune personne qui avait des enfants. Le dispositif SSO apparaissait à ses yeux comme un moyen de se « reprendre en main » et de changer son hygiène de vie. Si elle n'est restée qu'un mois dans l'action publique, elle affirme avoir pu voir ce dont elle était capable de faire et souligne l'importance de se bouger, surtout quand les douleurs sont présentes. Aujourd'hui, bénéficiaire de la protection universelle maladie (anciennement couverture maladie universelle), percevant le revenu de solidarité active (RSA) et les chèques emploi-services pour ses heures de ménage, Anny ne peut pas prendre une licence dans un club ou un abonnement dans une salle de sport. Après le dispositif, elle a acheté à une connaissance un vélo d'appartement pour cinquante euros et pédale environ un kilomètre par jour, soit six minutes nous dit-elle. Sans équilibre et avec de nombreux « problèmes » de santé, elle estime que ces milles mètres par jour à pédaler dans son salon sont déjà un effort considérable dont elle sent les bénéfices : cette activité est de moins en moins dure. N'ayant pas pratiqué d'activités sportives depuis le lycée et en dehors de celui-ci, Anny n'a pas réellement eu de socialisation sportive. Toutefois, fille de militaire (son père étant un invalide de la guerre d'Indochine), elle a toujours eu l'habitude de marcher. Pleine d'autodérision sur son physique, elle souhaite réintégrer SSO dans quelques mois pour s'affiner et continuer à bouger dans le cadre d'un suivi professionnellement et physiquement adapté.

* Camille

De son côté, Camille est une femme de 70 ans et retraitée depuis 2015. Elle vit, en location, dans un appartement au cœur du quartier du Neudorf. Camille a intégré le dispositif à la fin de l'année 2016 sur le critère d'un diabète de type 2. Arthrosée, les éducateurs sportifs de SSO lui ont proposé de faire des séances de natation, ce qui était impossible pour elle à cause des douleurs. De ce fait, elle a passé le rendez-vous d'inclusion mais elle n'a réalisé aucune séance. Trois explications sont mises en avant dans son discours : premièrement, la mère de Camille est tombée gravement malade puis est décédée. Elle a dû s'occuper d'elle et de la maison familiale. Deuxièmement, son état de santé a été

un frein à la pratique : une entorse à la cheville après une chute, son « problème à la main » et une arthrose générale ont complexifié la pratique d'une activité physique. Conjointement, les propositions qui lui ont été faites par l'éducateur n'étaient pas en accord avec ses possibilités comme nous le montre l'extrait de son entretien ci-après.

Camille : Je suis un très mauvais exemple comme je vous l'ai écrit. Moi, je n'ai suivi aucune formation, c'est-à-dire que j'étais inscrite, mais je n'ai rien suivi du tout. Fin 2016, donc j'aurais dû faire 2016-2017. Voilà, oui c'est ça.

Enquêteur : Vous avez fait votre premier entretien ?

Camille : J'ai fait le premier entretien. Oui, oui. Mais je n'ai pas continué, pas du tout par négligence. Tout simplement parce que...ma maman était gravement malade. Elle n'habite pas sur place, donc...je me suis occupée d'elle. Donc je me suis occupée d'elle et je faisais la navette tout le temps. Donc y avait aucune régularité possible. Rien du tout. Et après, elle est décédée. Et après son décès, je me suis occupée de la maison et je me suis cassée la figure. Et je me suis fait une entorse très sérieuse. Et donc je marchais très difficilement. J'ai fait une épine calcanéenne donc...j'avais du mal à poser le pied. Donc voilà. Ça m'a pris ...voilà et à la fin de l'année vous ne raccrochez pas. Et de toute façon, ça me semblait un peu débile d'arriver au mois de juin. Voilà. C'est aussi bête que ça.

[...]

Camille : Parce qu'il y a effectivement, un problème. Ah oui, et comme j'ai une arthrose très importante, je me suis dit que le yoga ou le Pilates aurait été très bien pour moi. Et en fait, l'EMS me fait faire de la natation. J'ai un problème de main, je ne peux pas nager par exemple, ça me fait très très mal. C'est une douleur permanente. Qui m'empêche de dormir. Je mets des orthèses la nuit. Je ne peux pas éplucher de pommes par exemple. Y a des tas de mouvements, je ne peux pas tourner une clé. C'est lié à l'arthrose, et puis à une chute que j'ai faite, enfin voilà. Donc j'ai essayé désespérément de lui dire que la natation ce n'est pas mon truc, mais je crois que c'est le sien. Donc vous verrez là. Ah oui alors je lui ai dit, « après, vous savez je ne suis pas un bon candidat, je déteste l'eau ». Je savais plus quoi dire pour me sortir du truc, donc alors je lui ai dit : - « Vous savez je n'aime pas l'eau. - Ah mais moi je vais vous faire nager et tout ». Mais je sais que je ne peux pas. Me connaissant, je sais que je l'aurais fait, mais à quel prix ?

Se qualifiant de « sportive », Camille pense que cela a déstabilisé l'éducateur de voir que ses résultats aux tests physiques étaient « très bons ». Aujourd'hui, Camille ne pratique pas d'activité physique ni autoorganisée ni en club : elle a besoin d'être aiguillée dans les mouvements à réaliser mais ne trouve pas d'association qui lui conviendrait en termes de pratiques proposées et financièrement accessible

à son niveau de vie. Elle a également délaissé son vélo, moyen de déplacement auparavant privilégié, à cause de la dégradation de son état de santé.

3.1.2. Le handicap moteur, un frein à l'intégration dans le dispositif.

Le cas de Osman apparait comme particulier parmi l'ensemble de nos entretiens. Très fermé, il a également refusé l'enregistrement de l'entretien qui s'est déroulé en cinq minutes sur le palier de son appartement. Osman est un homme de 61 ans et en situation de handicap physique moteur se déplaçant en fauteuil roulant manuel. Louant un appartement au sixième étage d'un grand immeuble dans le quartier Esplanade à Strasbourg, il nous explique être dans une situation financière précaire depuis l'apparition de son handicap¹⁵⁸ et à cause d'une faible retraite. C'est pourquoi il a voulu intégrer le dispositif en 2014 sur le critère du surpoids, lié à son immobilisation dans le fauteuil¹⁵⁹. Il n'est resté que deux mois dans SSO et n'a que peu pratiqué durant ce temps. En colère contre les professionnels du dispositif, il nous explique n'avoir eu aucune séance adaptée à son handicap que ce soit en termes de fond de séance (type d'activité, mouvements possibles) ou de déplacements pour aller sur le lieu de la pratique. Il regrette qu'on l'ait intégré dans le dispositif en lui affirmant qu'il serait adapté à son handicap et qu'on lui propose, par exemple, des séances sur des terrains inadéquats (herbes, sols mous). Aujourd'hui, il ne pratique aucune activité physique en dehors d'un suivi kinésithérapique où il bénéficie d'une mobilisation passive¹⁶⁰ des membres.

Ces quatre entretiens nous montrent que les personnes quittant le dispositif très précocement sont âgées de plus de soixante ans (moyenne d'âge : 64,5 ans) et vivent seules. Elles sont en surpoids et présentent plusieurs « problèmes de santé » accumulés. Leur situation financière semble plutôt précaire (nb=4). Leur parcours de vie nous apparait chaotique notamment dans un temps proche de l'inclusion dans SSO et de notre entretien. Décès de proches (nb=4), déménagements (nb=1), dépression (nb=2) et amplification des « problèmes » de santé (nb=3) sont souvent rencontrés dans

¹⁵⁸ Osman n'a pas souhaité nous expliquer les raisons de son immobilisation dans un fauteuil roulant.

¹⁵⁹ Les personnes en situation de handicap sont davantage sujettes à la surcharge pondérale.

¹⁶⁰ La mobilisation passive est « une technique manuelle ou instrumentale consistant à mobiliser des segments ou des tissus par une force autre que celles d'unités neuromusculaires. Ces forces pouvant être la pesanteur, les mains du thérapeute, une mobilisation autopassive du sujet, ou la force d'un arthromoteur » (Hagron, 1994).

ces quatre discours et expliquent l'abandon de l'activité dans et hors de l'action publique. En effet, ces personnes ont une activité physique actuelle absente (nb=3) ou très faible (nb=1). Ces usagers quittant précocement le dispositif SSO ont bien souvent des souffrances physiques et/ou psychologiques.

Nous ne pouvons pas considérer ces quatre personnes comme « démissionnaires » face à l'activité physique puisqu'ils n'ont pas ou peu profité des services et de l'influence du dispositif. On observe ainsi un style de vie sédentaire dans le sens où ils ne pratiquent pas une activité physique régulière. En revanche, force est de constater que ce groupe partage également une situation sociale précaire. Les cadres familiaux sont brisés par des décès, bien souvent récents (mère, conjoint), des divorces et l'éloignement des membres restants (lieu d'habitation ou de travail des enfants éloignés, relations inexistantes). De plus, le niveau de vie est faible : issus de milieux modestes voire populaires, ces quatre personnes sont retraitées ou bénéficiaires d'aides financières (CMU, RSA).

3.2. Quitter le dispositif après plus d'un an = arrêt de la pratique ?

Quatorze personnes de notre corpus ont participé aux séances d'activités physiques dans le dispositif pour une durée comprise entre un an (n=13) et dix-huit mois (n=1) tandis que deux personnes sont restées deux années dans le dispositif. Pour ces trois hommes et treize femmes, la moyenne d'âge est de 55 ans [28 ;74]. Neuf personnes vivent sans conjoint et neuf ne travaillent pas (retraite : n=8, invalidité : n=1). Quatre individus ont une profession intermédiaire, une personne est cadre, et deux femmes sont des employées. A l'inverse du groupe ayant quitté précocement le dispositif et où les usagers présentaient un état de santé complexifié par plusieurs pathologies, seulement quatre personnes ici ont évoqué plusieurs maladies. De ce fait, huit personnes nous ont parlé d'une pathologie et six ont indiqué ne pas avoir de « soucis particuliers » de santé, présentant ainsi juste une surcharge pondérale. Restées entre un et deux ans dans le dispositif, les personnes de ce groupe apparaissent comme les plus proches du monde « sportif » à l'image d'Alexandre, ancien militaire :

Alexandre : Oui oui, justement, pendant ma jeunesse j'ai fait beaucoup de sport, énormément de sport... Donc euh... J'ai fait du football, j'ai fait du rugby, ce qui fait que je suis un peu cassé de

partout¹⁶¹. Surtout du rugby, donc il y a des séquelles évidemment : problèmes de dos, d'épaule, etc¹⁶². Et j'en passe. Ensuite, quand je travaillais je faisais tout à vélo pratiquement, et puis bon quand j'ai eu mes problèmes de vue j'ai arrêté de faire du vélo donc euh... voilà.

Neuf personnes ont une socialisation sportive passée importante. Par exemple, Emma, trente-six ans, se remémore, en plus de l'EPS, de nombreux stages sportifs durant ses vacances scolaires et imposés par un père physiquement très actif. Yves, soixante-huit ans, est fils d'un instructeur militaire. Ayant bénéficié également d'une éducation physique et sportive dans le milieu scolaire, il a pratiqué tôt et longtemps une activité physique :

Yves : J'étais jeune très sportif, j'ai fait de l'athlé quand j'étais adolescent. En junior j'étais quand même parmi les 20 meilleurs performeurs français sur 400 mètres en athlé donc euh... Après donc je suis arrivé euh... J'ai pratiqué ce sport donc à Nice. En fait, parce que j'étais au collège là-bas, entre Toulon et Nice. Après j'ai fait du rugby. Quand je suis arrivé à Strasbourg, donc j'ai fait du rugby jusqu'à ce qu'on me découvre mon problème de spondylarthrite ankylosante qui s'est aggravé après par rapport à une fracture euh du L4-L5... et qui fait que j'ai oui toujours pratiqué du sport. Mes enfants ont pratiqué du sport, ils ont suivi la filière rugby etc après à Strasbourg. Et moi j'ai une vie professionnelle hyper-agitée ce qui fait que j'ai pas vu le temps passé et... Oui j'étais très actif. J'étais pas derrière un bureau, j'étais ni à la maison... Enfin je passe l'aspirateur, enfin on est tous les deux sur le même niveau et on travaille chacun de son côté, on bricole, on n'a pas de femme de ménage. On fait ce qui a à faire (rire). On a beaucoup d'amis donc on sort beaucoup. On a euh... On a de la famille un peu partout en Bretagne, en Alsace et dans le Sud euh d'où on est originaires. On a beaucoup d'amis, puisqu'on avait des activités là-bas. Euh. Oui on bouge beaucoup.

Sandra, quarante-huit ans, danse depuis ses seize ans, encouragée dans son enfance par ses proches, pour qui le sport renvoie à l'image d'une bonne santé et hygiène de vie. Enfin, deux personnes n'ont pas bénéficié d'une socialisation sportive à l'image de Myriam qui me dit ne jamais avoir pratiqué une activité physique ou un sport : « Rien. Non, non j'ai toujours, j'ai détesté ça » (Myriam, trente-trois ans).

¹⁶¹ Comme pour les boxeurs, le corps du joueur de rugby apparaît comme « son outil de travail — arme d'attaque et bouclier de défense — et la cible de son adversaire » (Wacquant, 2002, p. 126).

¹⁶² D'après Pociello, le rugby est un « sport "dur", classé par la Mutuelle nationale des sports dans la catégorie V. En effet, les risques d'accidents et de blessures que l'on y encourt sont considérés comme analogues à ceux du hockey sur glace, du polo à cheval, du bobsleigh, du parachutisme et de la spéléologie » (Pociello, 1982, p. 12).

Tableau 7 Modalités de pratique après SSO des usagers restés entre 1 et 2 ans dans le dispositif

Prénom	Age	Situation maritale	Entrée SSO	Résidence	Modalité de pratique après SSO
Fanny	57	Divorcée	2016	Locataire	-
Gaëlle	74	Divorcée	2012	Propriétaire	-
Alexandre	70	Marié	2016	Propriétaire	Auto-organisée
Yves	68	Marié	2016	Propriétaire	Auto-organisée
Valérie		Divorcée	2014	Locataire	Association
Myriam	33	Célibataire	2014	Locataire	Auto + asso
Joséphine	73	Mariée	2015	Propriétaire	Auto + asso
Perrine	71	Divorcée	2015	Locataire	-
Marcel	67	Marié	2012	Locataire	Auto-organisée
Sandra	48	Célibataire	2015	Propriétaire	-
Nathalie	50	Célibataire	2015	Propriétaire	Association
Julie	28	Mariée	2015	Locataire	Auto-organisée
Emma	36	Célibataire	2014	Locataire	Auto-organisée
Sonia	35	Mariée	2015	Locataire	Auto-organisée
Eva	57	Mariée	2016	Locataire	-
Molly	60	Divorcée	2016	Locataire	-

Le tableau ci-avant et les entretiens des personnes de ce groupe ne montrent pas de caractéristiques spécifiques (à l'inverse du premier groupe dont les caractéristiques des individus sont très proches : faible niveau de vie, parcours chaotiques, etc.). La différence notable entre le premier groupe et celui-ci se trouve dans la poursuite d'une activité physique en dehors du dispositif. En effet, concernant leur engagement dans une activité physique en dehors de SSO, dix personnes ont maintenu une pratique régulière de manière auto-organisée (n=6), associative (n=2) ou en combinant les deux (n=2). Tandis que six personnes ont cessé d'être physiquement actives.

3.3. Trois ans dans le dispositif : les grands « gagnants » ?

Douze personnes ont bénéficié du dispositif pendant trois ans dont quatre ont obtenu une à deux années de « sursis¹⁶³ ». Parmi ces personnes (onze femmes et un homme), dont la moyenne d'âge

¹⁶³ Une personne peut participer au programme strasbourgeois pendant trois ans. Cependant, avec la mise en place de la tarification solidaire en 2015 et pour ne pas pénaliser certains usagers par rapport à d'autres, la direction de « sport-santé sur ordonnance » a autorisé une participation plus longue pour quelques bénéficiaires.

est de 58,2 ans [31 ;74], on trouve des retraités (n=6), des employés (n=4), une personne en invalidité et une cheffe d'entreprise. Sept individus nous ont essentiellement parlé d'une unique pathologie et deux simplement de leur surcharge pondérale. Parmi ce groupe, une grande majorité (n=10) poursuit aujourd'hui une activité physique régulière, soit de manière autoorganisée (n=5), soit dans une association ou un club sportif (n=3), soit en combinant une activité autoorganisée avec une pratique institutionnalisée (n=2). Les deux personnes ayant cessé la pratique d'une activité affirment toutefois maintenir voire augmenter leurs déplacements actifs. Par exemple, « *devenue un peu paresseuse* » après sa sortie du dispositif et n'ayant pas repris depuis une activité sportive qu'elle repousse sans cesse, Zoé affirme cependant marcher huit à dix kilomètres par jour :

Zoé : J'ai dit je reprendrai en septembre. Mais je reprends pas, donc je suis un peu... je suis devenue un peu paresseuse. Mais c'est pour ça j'ai dit faut que je vois avec Mathieu où je peux aller... parce qu'il m'avait dit « tu sais, si on a de la place, on reprendra peut-être les gens après trois ans »... Et donc je me disais, parce que c'est pareil, ça me fait aussi marcher pour aller jusqu'au truc de sport, puisque j'y vais à pieds, donc euh, j'aimais bien mais bon, il m'a pas rappelée alors je me suis dit « bon, ben il a pas de place, c'est pas la peine que je le fasse suer non plus, si il a pas de place, il a pas de place ».

Tandis qu'Octavia déplore qu'elle n'en ait pas « *forcément la possibilité [en termes d'organisation et d'un aspect financier]* ». Il est intéressant de noter que les quatre personnes restées plus longtemps que les trois années autorisées poursuivent chacune une activité régulière. Concernant la socialisation sportive antérieure des membres de ce groupe, elle se partage entre socialisation très marquée par l'école et/ou la famille (n=8) ou absente (n=2). Les deux personnes n'ayant pas de socialisation sportive pendant l'enfance sont des femmes issues de l'immigration (Lilia et Fatima) et ayant été scolarisées dans leur pays d'origine, l'Algérie. Octavia, née en France et d'origine togolaise, et Hassiya, née en Turquie, ont quant à elles été socialisées à la pratique sportive durant l'enfance et ce, parce qu'elles ont été scolarisées en France¹⁶⁴.

¹⁶⁴ Les socialisations sportives des personnes issues de l'immigration au sein du corpus sont analysées dans le chapitre V.

Mettre en avant le temps passé dans le dispositif révèle deux types d'usagers dans l'étude (*Tableau 8*). Le premier groupe comprend les personnes qui ne sont passées que furtivement dans SSO : il s'agit d'usagers plutôt âgés, retraités et célibataires mais qui présentent surtout un état de santé complexifié par plusieurs pathologies, une situation économique précaire et des vies entremêlées de divers « problèmes » touchant à l'ensemble du parcours de vie. Ces personnes ne pratiquent actuellement aucune activité physique. A l'inverse, les bénéficiaires du dispositif strasbourgeois entre une et trois années (voire plus) peuvent être assimilés à un seul et même groupe : ils présentent soit une surcharge pondérale sans « complications » (nb=8/28) soit une seule pathologie (nb=14/28). Leurs situations sociales et financières sont très hétérogènes et certains parcours de vie sont parsemés de ruptures biographiques mais les discours sont moins marqués que pour le groupe des personnes restées moins de six mois dans l'action strasbourgeoise. Ces personnes poursuivent, en majorité (nb=20/28), la pratique d'une activité physique après leur sortie de SSO.

Tableau 8 Principales caractéristiques des usagers selon le temps passé dans le programme

Inférieur à six mois	<ul style="list-style-type: none"> • Âge > 60 ans • Retraités et célibataires • Multipathologies • Fragilité financière • Parcours chaotiques • ARRÊT DE LA PRATIQUE APRES SSO (4/4) 	Supérieur à un an	<ul style="list-style-type: none"> • Aucune ou une seule pathologie • POURSUITE D'UNE ACTIVITE PHYSIQUE APRES SSO (20/28)
---------------------------------	---	------------------------------	---

Deux remarques peuvent être faites : l'une sur la poursuite de la pratique et l'autre concernant les modalités de pratique. Nous avons vu que les personnes quittant précocement SSO ne sont plus actives physiquement à leur sortie : elles maintiendraient donc un « comportement à risque » ce qui peut être vu « comme des actes de résistance face aux prescriptions et proscriptions de santé publique » (Massé, 2007, p. 20). Cependant, le « refus de mettre en pratique ces pratiques normatives ne peut pas être mécaniquement réduit, pour tous et chacun, à une stratégie consciente de résistance à l'aliénation » (Massé, 2007, p. 20). L'analyse des entretiens montrent en effet que ces

personnes ont des parcours semés de « ruptures biographiques » (Bury, 1982) et de « situations critiques » (Giddens, 1979). En revanche, les personnes restées entre une année et trois ans voire plus deviennent majoritairement des pratiquants réguliers. Concernant ceci, on remarque que six personnes sur les seize restées entre 1 et 2 ans ne pratiquent plus tandis que c'est le cas pour deux personnes sur les douze restées plus de trois ans. De fait, plus le temps passé dans SSO est long, plus il apparait que les personnes poursuivent une activité physique à leur sortie. La temporalité semble donc jouer un rôle important : une prise en charge longue dans SSO diminuerait le désengagement dans une pratique physique régulière à la sortie du dispositif.

Une autre différence est également observable : les usagers restés entre un et deux ans pratiquent plus souvent de manière auto-organisée tandis que celles et ceux restés trois ans et plus s'orientent davantage vers des modalités de pratique plutôt associatives. Il semblerait ainsi qu'une pratique institutionnalisée et encadrée soit plus souvent reconduite à la sortie du dispositif lorsque les usagers sont restés plusieurs années : c'est-à-dire que ces personnes se sont appropriées une activité physique structurée, découlant d'une habitude prise au sein de l'action publique strasbourgeoise.

Conclusion chapitre IV Vers des parcours d'usagers

Ce chapitre met en exergue différents moments du parcours du patient dans le dispositif « Sport santé sur ordonnance » de Strasbourg (prescription médicale, entrée dans le programme, modalités de pratique et sortie) et permet de saisir les facteurs sociaux et médicaux expliquant tant les pratiques réelles que la poursuite ou l'arrêt de la pratique physique. En cela, elle complète d'autres études sur la prescription médicale d'activité physique¹⁶⁵ (Bauduer et al., 2018; Gademan et al., 2012; Gasparini & Knobé, 2014; Rödger et al., 2016).

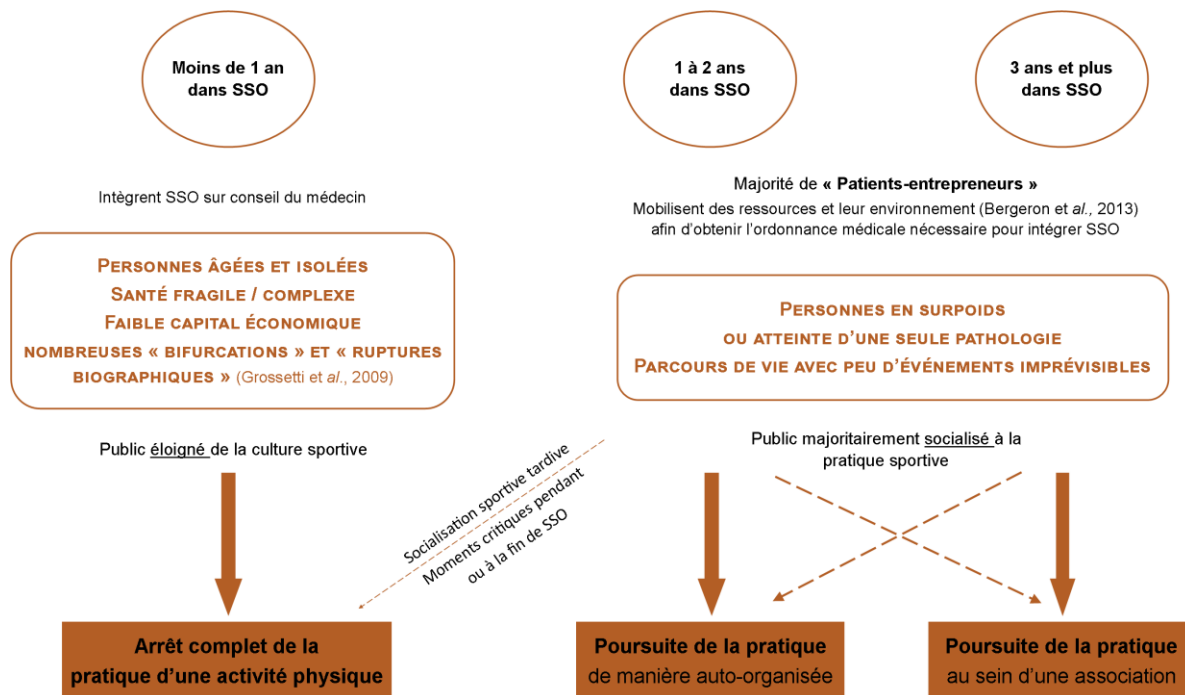


Figure 10 Profils d'utilisateurs dans SSO

Alors que les médecins généralistes sont généralement présentés comme ayant un « rôle-clef » dans la promotion et l'éducation à la santé et sont considérés comme des interlocuteurs de confiance en matière d'éducation à la santé (Pellegrin, 2014), l'enquête qualitative montre que la prescription

¹⁶⁵ Voir par exemple les travaux précédemment cités de Gasparini et de ses collaborateurs, ou encore Bauduer F, Vanz E, Guillet N, Maurice S. La prescription d'activité physique par le médecin traitant : l'expérience de Biarritz Côte Basque Sport Santé. *Santé Publique*. 2018;30(3):313 ; Gademan MG, Deutekom M, Hosper K, Stronks K. The effect of exercise on prescription on physical activity and wellbeing in a multi-ethnic female population: A controlled trial. *BMC Public Health*. déc 2012;12(1):758 ; Rödger L, H. Jonsdottir I, Börjesson M. Physical activity on prescription (PAP): self-reported physical activity and quality of life in a Swedish primary care population, 2-year follow-up. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. oct 2016;34(4):443-52.

médicale d'activité physique est moins une décision du médecin qu'une proposition du patient lors de la consultation. Selon les patients enquêtés, leur médecin n'évoque pas toujours spontanément l'activité physique car la priorité est donnée à d'autres préventions. Ce sont alors « les patients, informés de l'existence de SSO, qui leur demandent une prescription d'activité physique. Ces patients peuvent être qualifiés d'"entrepreneurs" de santé. La notion d'entrepreneur renvoie à des acteurs mobilisant des ressources et leur environnement (Bergeron et al., 2013) – le contexte et leur médecin généraliste – afin d'obtenir l'ordonnance médicale nécessaire pour intégrer SSO » (Lutrat & Gasparini, 2021). Ils se différencient 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 par sa reproduction (Fligstein, 2001). Ces « patients-entrepreneurs » passent généralement plus de temps dans SSO. Cependant, comme le montre les résultats, la décision de solliciter son médecin pour entrer dans le dispositif n'existe que si certains facteurs la font advenir, comme une représentation positive des pratiques physiques ou des socialisations sportives passées (avoir pratiqué une activité physique au cours de l'enfance ou de l'adolescence) qui conduisent les patients à avoir une expérience vécue dans la pratique.

Les résultats de l'enquête montrent également que la poursuite d'une activité physique autonome après SSO est largement dépendante des socialisations primaires et secondaires passées (P. Berger & Luckmann, 1990) mais également des conditions de vie et des pathologies avec le cumul de plusieurs affections de longue durée. Le temps passé dans le dispositif permet ainsi d'établir une typologie des bénéficiaires selon leur degré d'engagement dans l'activité physique prescrite et l'état de santé des personnes souvent polypathologiques. Au moment des entretiens, les bénéficiaires quittant précocement SSO ne sont donc plus actifs physiquement. Ayant souvent des comportements « à risque », ils n'adhèrent pas aux prescriptions de santé publique alors même que ce refus ne peut pas être mécaniquement réduit à une stratégie consciente de résistance à la norme ou à l'injonction des politiques de santé publique (Massé, 2007). En effet, l'analyse des entretiens met en exergue des parcours sociaux cohérents et en même temps semés d'événements biographiques susceptibles d'expliquer l'abandon – décidé ou non, volontaire ou non – à la fois de la pratique dans le dispositif et de la décision initiale de mise à l'activité physique. Ainsi, ces « perdus de vue » se rejoignent sur plusieurs points : une absence d'activité physique et sportive pratiquée au

cours de leur jeunesse (en club, sous forme auto-organisée en famille ou à l'école –dispense d'EPS-), une aggravation de leur état de santé et/ou des événements biographiques (chômage, décès de proches, déménagement...) qui les éloignent ou les empêchent de pratiquer une activité physique. À l'inverse, les bénéficiaires pratiquant une activité physique prescrite entre un et trois ans dans le dispositif ont eu généralement une expérience sportive dans leur parcours individuel et leur pathologie leur permet de poursuivre une pratique physique régulière à la sortie de SSO (de manière autonome ou en club, voire les deux).

Donner la parole aux anciens bénéficiaires d'une prescription médicale d'activité physique ou plus largement d'une action de promotion de la santé permet ainsi de mieux comprendre la réception (Revillard, 2017) et l'appropriation de ces dispositifs. En cela, les résultats de cette démarche qualitative complètent les études statistiques sur les patients qui ont intégré les programmes de sport-santé et ouvrent des pistes de réflexion sur les raisons de leur désengagement.

Chapitre V Parcours de vie et rapports à l'activité physique

Par la description des pratiques des acteurs, le chapitre précédent a mis en exergue les différentes étapes de la carrière du patient bénéficiaire du programme SSO. Le chapitre V vise à présent à saisir les stratégies des acteurs¹⁶⁶ face à l'activité physique tout au long du parcours de vie à partir d'une analyse compréhensive. Conçues comme des outils « d'analyse susceptible de faire apparaître des phénomènes qui, sans cela, seraient restés dans l'ombre » (Schapira & Ribard, 2013, p. 44), ces stratégies nous permettent d'observer la manière dont s'articulent les contraintes externes, les dispositions, les buts et les choix des acteurs.

Il s'agira ainsi d'envisager, par exemple, les ré-activations ou bien les mises en veille (intentionnelles ou non) des dispositions incorporées tout au long du parcours de vie. En effet, la pratique d'une activité physique n'est pas seulement génétiquement prédéterminée et immuable, mais se développe et change au cours de la vie selon des facteurs tels que le sexe, le contexte, les influences environnementales ou encore les normes sociales et culturelles (Bauman et al., 2012; Beenackers et al., 2012). Ces « dispositions socialement constituées et de contraintes contextuelles multiples » (Lahire, 2010) contribuent à déconstruire l'idée de schèmes homogènes chez les patients/bénéficiaires/usagers du dispositif SSO. Les parcours de vie étant pluriels, nous tenterons de repérer les événements qui peuvent expliquer les comportements actifs ou inactifs en termes de pratique physique et sportive tout en prenant compte le fait que la signification attribuée aux événements passés par les patients change constamment en fonction de leur situation actuelle (Holland & Kensinger, 2010). Entre dispositions incorporées pendant la socialisation et contraintes ou opportunités contextuelles, nous verrons ainsi qu'il existe des « possibilités de modifier les schèmes incorporés » (Mennesson, 2004).

A partir d'une sociologie compréhensive, nous tenterons de reconstituer des situations et des parcours afin de comprendre pourquoi et comment se transforme (ou non) le rapport à l'activité physique face à des moments critiques tout en considérant qu'il existe une part de hasard ou d'indétermination dans les comportements. Ainsi, dans un premier temps, la socialisation sportive

¹⁶⁶ Au sens de Pierre Bourdieu qu'il considère comme « des actions objectivement orientées par rapport à des fins qui peuvent n'être pas les fins subjectivement poursuivies » (Bourdieu, 2009), c'est-à-dire, « sans être nécessairement le produit, ni d'une stratégie consciente, ni d'une détermination mécanique » (Bourdieu, 1987, p. 127).

primaire sera interrogée afin de comprendre les dispositions acquises pendant l'enfance. La deuxième partie s'attachera ensuite à comprendre les rapports à l'activité physique tout au long de la vie en portant d'abord notre regard sur les socialisations sportives des adultes qui apparaissent parfois en contradiction avec la socialisation primaire, qui la transforment ou, au contraire, qui la poursuivent. Des « événements » de la vie viennent également créer des ruptures dans les parcours¹⁶⁷ tels que les déménagements, divorces ou mariages, emploi ou perte d'emploi, etc. qui viennent troubler ou modifier les rapports à l'activité physique. Pour certains, ils constituent des opportunités de pratique ou des socialisations sportives tardives. Pour d'autres, ils conduisent à la mise en veille de l'activité et à un mode de vie moins actif. Enfin, nous analyserons le rapport à la maladie ainsi que le lien entre l'état de santé, le rapport au corps et la pratique d'une activité physique, ce qui permettra de mettre en avant des stratégies d'investissement dans une pratique sportive ou au contraire, des stratégies d'évitement et de contournement. Nous avons fait le choix de séparer ce chapitre en différentes parties selon les sphères d'activités (Grossetti, 2020) pour une meilleure compréhension des événements majeurs dans la vie des usagers dont nous prenons l'exemple. Sans pour autant oublier que la perspective du parcours de vie suggère également que les « moments critiques », les « tournants » sont interdépendants (Grossetti, 2020; Mayer & Tuma, 1990). Ainsi -et malgré cette distinction-, il conviendra de discuter des autres sphères d'activités que celle principalement abordée dans chaque partie ou sous-partie. Nous verrons ainsi que les caractéristiques et les ressources des anciens usagers en font une population très hétérogène.

¹⁶⁷ Certains événements difficiles racontés par les usagers nous imprègnent de leur vulnérabilité et augmentent le risque du « syndrome compassionnel et de valorisation normative du point de vue du faible » (Demazière & Zune, 2019, p. 19)

1. Socialisation des usagers de SSO

La socialisation renvoie à « l'ensemble des processus par lesquels l'individu est construit, on dira aussi formé, modelé, façonné, fabriqué, conditionné, par la société globale et locale dans laquelle il vit, processus au cours desquels l'individu acquiert, apprend, intériorise, incorpore, intègre, des façons de faire, de penser et d'être qui sont situées socialement » (Darmon, 2007). A partir de cette perspective, nous nous intéressons notamment à la socialisation primaire¹⁶⁸ inculquée par la famille et l'école durant l'enfance qui concerne vingt-cinq personnes de notre corpus : quinze ex-usagers nous ont parlé uniquement de l'école comme instance socialisatrice et neuf ont attribué leur socialisation sportive à l'école mais également aux membres de la famille. En revanche, une seule personne admet avoir « hérité » des goûts sportifs de sa famille. Nous verrons également les dispositions incorporées pendant l'enfance par les six usagers issus de l'immigration.

1.1. La famille et l'école, lieux privilégiés de la transmission des goûts sportifs

Première instance de la socialisation primaire (P. Berger & Luckmann, 2018), la famille participe à la construction des goûts sportifs chez les enfants (Defrance, 1995; Mennesson, 2011). À ce titre, la famille contribue au façonnement de l'*habitus*¹⁶⁹ entendu comme un système de dispositions durables et transposables, qui est prédisposé à fonctionner comme un principe générateur de pratiques et de représentations (Bourdieu, 1994). En effet, « la personnalité de l'enfant, ses « raisonnements » et ses comportements, ses actions et réactions, sont insaisissables en dehors des relations sociales qui se tissent, initialement, entre lui et les autres membres de la constellation familiale, dans un univers d'objets liés aux formes de relations sociales intra familiales. En effet,

¹⁶⁸ C'est-à-dire à la « première socialisation que l'enfant subit dans son enfance, et grâce à laquelle il devient un membre de la société » (Lahire, 1995)

¹⁶⁹ Chaque individu porte en lui un *habitus*, sorte d'habitude de vie qui dépend de sa position dans l'espace social, de son histoire, de sa socialisation familiale. C'est un « ensemble de dispositions historiques disposées au sein des corps individuels sous la forme de schèmes mentaux et corporels de perception, d'appréciation et d'action » (Bourdieu, 1979a). L'*habitus* est une « loi immanente, déposée en chaque agent par la prime éducation, qui est la condition non seulement de la concertation des pratiques mais aussi des pratiques de concertation, puisque les redressements et les ajustements consciemment opérés par les agents eux-mêmes supposent la maîtrise d'un code commun et que les entreprises de mobilisation collective ne peuvent réussir sans un minimum de concordance entre l'*habitus* des agents mobilisateurs et les dispositions de ceux dont ils s'efforcent d'exprimer les aspirations » (Bourdieu, 2000, p. 272).

l'enfant constitue des schèmes comportementaux, cognitifs, évaluatifs à travers les formes que prennent les relations d'interdépendance avec les personnes qui l'entourent le plus fréquemment et le plus durablement, à savoir les membres de sa famille » (Lahire, 1995, p. 16). Les parents, « auxiliaires d'éducation » (Octobre, 2004), participent particulièrement à la transmission descendante du goût sportif chez les enfants.

Avec un père instructeur de fusils dans la Marine qui entraînait physiquement les jeunes recrues, Yves confie avoir été « très sportif » et avoir transmis lui-même ses propres goûts sportifs à ses enfants et petits-enfants :

Yves : Ben nos enfants, ben ils font ... Ils ont 40 et 43 ans et ils sont mariés tous les deux, un couple en Bretagne avec deux enfants, une qui fait du cirque et l'autre qui fait du rugby et ici à Strasbourg, il y a deux filles, douze ans aussi et neuf ans. Alors elles, elles font de la gym, du cheval euh... de la musique. Enfin bref quoi.... Ils sont actifs. Ben oui parce qu'ils nous ont vu. Ils nous ont accompagné aux matchs. Bon après, c'est moi qui les accompagnais aux entraînements de rugby etc donc bon... Moi, mon père était à la marine. Ah si si, il était... C'était son métier en fait. Donc, il était instructeur dans les fusils, il était marin et donc il entraînait les jeunes recrues à faire du sport. Donc c'était plutôt... C'était pas du sport euh comme on l'entend aujourd'hui, c'était plutôt du sport de combat quoi. Il y a une sorte de transmission. Oui, toujours autant que je me souviens. Dès l'âge de 10 ans, euh j'ai couru, sauté euh... Oui donc par rapport à ça on est un peu privilégié dans l'esprit quoi... Oui et pis au contraire, on s'investit, on s'intéresse à ce que font nos enfants, nos petits-enfants donc on va, quand il y a un match de rugby, ben on y va ...Enfin on y va, quand on est en Bretagne. Mais euh, on va à la piscine avec elles, enfin, on fait des choses.

Yves a donc « hérité¹⁷⁰ » d'un goût à la pratique physique et sportive issu de la socialisation familiale.

À l'inverse, Anny, 60 ans aujourd'hui, n'a jamais fait de « sport » en dehors de l'éducation physique et sportive scolaire (et ce jusqu'au lycée) alors qu'elle est également la fille d'un militaire :

¹⁷⁰ En référence à Hyacinthe Ravet (2007) et *le devenir clarinettiste*, la situation d'héritiers est définie par un père ou une mère pratiquant une activité physique (ou anciennement pratiquant) (Ravet, 2007).

Anny : Moi, du sport, j'en ai pas fait... euh, depuis le lycée donc ...

Enquêteur : Dans le cadre de de l'éducation physique et sportive ?

Anny : Voilà. Donc, je me débrouillais, je me suis bien débrouillée à l'époque. J'aimais bien parce que je pouvais me défouler. J'étais la seule à être en short par un temps comme ça quoi.

Cela montre que « la transmission n'épuise pas l'explication des comportements » (Octobre & Jauneau, 2008, p. 698) et que la transmission parents/enfants n'est pas systématique¹⁷¹. En effet, si le capital sportif¹⁷² parental joue un rôle central, « sa transmission n'est pas mécanique et [elle] implique toujours une appropriation » (Forté & Mennesson, 2012). De plus, « les pères et les mères n'étant pas investis de la même manière dans les domaines sportifs et culturels » (Mennesson, 2011, p. 90), les mères s'occupent davantage de la pratique sportive des filles¹⁷³. Ainsi, Anny, dont la mère n'était pas sportive, n'a pas bénéficié d'un *habitus* sportif, du moins d'un rapport positif à l'activité sportive.

De son côté, Emma, en surpoids depuis la plus jeune enfance, se rappelle ces nombreuses vacances scolaires dont elle avait « horreur ». Son père, sportif et issu d'une classe moyenne, l'inscrivait avec ses frères à des stages sportifs à chaque vacances, comme un moyen de transmettre ce capital sportif dont il disposait. Face à l'obligation de pratique à l'école et pendant ces stages, Emma confie avoir usé de stratagèmes pour éviter certaines activités¹⁷⁴ puisque « tous les adolescents ne s'engagent pas dans le sport. Certains au contraire refusent le rapport au monde (via le corps) qu'il propose » (Montagne & Bui-Xuân, 2015) :

¹⁷¹ Une transmission efficace favorise la reproduction des comportements mais la culture de l'enfant peut ainsi « obéir à d'autres influences que celle des transmissions familiales, influences qui peuvent compléter ou contrevir aux premières » (Octobre & Jauneau, 2008, p. 698)

¹⁷² Selon Bourdieu, le capital culturel existe sous trois formes : « à l'état incorporé, c'est-à-dire sous la forme de dispositions durables de l'organisme ; à l'état objectivé, sous la forme de biens culturels, tableaux, livres, dictionnaires, instruments, machines, qui sont la trace ou la réalisation de théories ou de critiques de ces théories, de problématiques, etc. ; et enfin à l'état institutionnalisé » (Bourdieu, 1979b). Ces trois formes peuvent également s'appliquer au capital sportif.

¹⁷³ Notamment, « les transmissions et les incitations maternelles devancent celles des pères ». Voir : Mennesson, C. (2011). Socialisation familiale et investissement des filles et des garçons dans les pratiques culturelles et sportives associatives. *Réseaux*, 168-169(4), 87-110. doi:10.3917/res.168.0087.

¹⁷⁴ Les stratégies d'évitement et de contournement de la pratique sportive d'Emma sont mises en relation avec son histoire corporelle dans la deuxième partie de ce chapitre.

Emma : Donc pendant les vacances scolaires en fait vous pouvez inscrire vos enfants pour toute la semaine, et vous faites du sport, tous les sports. Et mon père, comme mes parents sont divorcés, donc quand on était en vacances chez lui ben on avait le droit à l'ASPTT¹⁷⁵ pendant trois semaines, donc moi qui n'aimais déjà pas le sport... Alors les sports que j'aimais bien faire, j'y allais avec plaisir, badminton j'ai fait en club, basket, tout ça, mais alors tout ce qui était course, endurance, ça a toujours été mon point noir, même à l'école hein. Moi, des fois, j'avoue, je simulais des claquages hein pour pas... ah courir, j'ai horreur de ça, j'ai horreur de courir quoi. Par contre, piscine, badminton, basketball, volleyball, tous ces sports là que j'aimais bien faire je les faisais avec plaisir. Mais alors les autres, judo, tout ça, pfiou... On a dû faire du canoë-kayak, quelle horreur. Moi, j'avais été traumatisée, et je pense que ça vient aussi peut-être de là, parce que j'ai un frère qui lui est très sportif, qui a fait beaucoup de sport, lui encore aujourd'hui en fait beaucoup, bon j'ai une autre sœur qui est un peu, moyennement quoi voilà, mais moi je sais que je sais pas si ça vient de ce traumatisme là que le sport...

Il existe également des différences de socialisation selon les milieux sociaux¹⁷⁶. D'après Octobre (2004), la continuité de la pratique sportive se pose sur la conception de la place du sport dans l'éducation parentale et celle-ci est liée au niveau de diplôme des parents. Niveau de vie et niveau scolaire des parents influencent donc la pratique des enfants¹⁷⁷. Issue d'une famille de médecins (père, oncles, cousine), Fanny est consciente de ce cadre privilégié dans lequel elle a été élevée¹⁷⁸ :

Fanny : Alors mon père avait des chevaux donc j'ai fait de l'équitation très jeune et pendant très longtemps. Mon père avait des voiliers donc j'ai fait tous les stages les régates 4,20, 4,70 et tout ça. Et, j'ai commencé à skier à deux ans, et donc j'ai skié toute ma vie quoi, parce que j'ai toujours adoré ça....

¹⁷⁵ Les clubs ASPTT (Association sportive des postes, télégraphes et téléphones) sont des associations omnisports rattachés à la Fédération sportive des ASPTT (FSASPTT).

¹⁷⁶ Et au sein d'un même milieu (Darmon, 2007; Lahire, 1995).

¹⁷⁷ Müller indique en effet que « la pratique de la plupart des activités physiques et sportives augmente avec le niveau de vie, en particulier quand elles nécessitent un équipement spécifique et des déplacements, comme le ski, le golf, la voile et la planche à voile, le canoë, l'aviron ou le ski nautique » (Müller, 2006).

¹⁷⁸ Même si « l'exercice libéral à partir d'un niveau de formation prolongé, comme c'est le cas pour les professions paramédicales, n'est pas le garant d'un revenu élevé rapidement [...]. Par exemple, le revenu moyen des artisans plombiers en France se situe au niveau de celui des médecins généralistes » (Bodin et al., 2004).

Avec des parents non-sportifs de la classe moyenne, Nathalie affirme quant à elle que c'est l'école exclusivement qui lui a permis d'acquérir une certaine socialisation sportive durant l'enfance, tout comme Céline qui ne pratiquait pas d'activité physique en dehors du cadre scolaire. Toutefois, cette dernière exprime une certaine culture du « bouger » transmise par son père qui encadrait administrativement les jeunes d'un club de foot. Elle raconte qu'il « envoyait les convocations » mais de ce fait, elle se retrouvait régulièrement sur les terrains de football. Sans toutefois pratiquer ce sport, elle jouait et courait dehors à proximité du stade. Cependant, ces deux femmes ont cessé toute pratique à la sortie du parcours scolaire. Zoé, appartenant à la classe moyenne, souligne quant à elle que c'est uniquement l'école qui lui a donné « goût » à l'activité physique. À l'école, Zoé pratique le handball, un sport qui lui donne envie de poursuivre une pratique physique en dehors du cadre scolaire. Adolescente, elle s'inscrit dans un club d'aviron à Cannes, désireuse de s'initier à une nouvelle activité physique. Avec des parents non sportifs (Zoé : « *Mais moi j'ai toujours fait du sport, mes parents n'en faisaient pas, c'était pas à la mode à ce moment-là vous savez... Et, et moi c'était pour bouger, et puis j'aimais ça* »), Zoé s'empare de l'éducation physique et sportive scolaire comme un tremplin pour s'affirmer. Cette affirmation de soi, adolescente, passe également par les loisirs culturels :

Zoé : Moi c'est pareil, je suis allée toute seule aux trucs d'opéra, les musées ça faisait pas partie de la, de mes parents, du truc de mes parents vous voyez ? Ils seraient passés devant un musée, ils seraient jamais rentrés dedans, hein.

Proche du cas de Zoé, Gaëlle, 74 ans, issue d'une classe sociale moyenne, très sportive dès le plus jeune âge grâce à l'école, a pratiqué le volleyball en compétition pendant plusieurs années et souhaitait devenir « *prof de sport* ». Reçue à l'examen pour le devenir, elle a cependant été recalée lors de la visite médicale atteinte d'une myopie¹⁷⁹. Finalement, elle se dirige vers des études de physique à l'Université où elle conserve son goût prononcé pour l'activité physique et sportive. Elle

¹⁷⁹ Comme pour devenir pilote d'avion, une mauvaise vue était un motif de refus d'accès à beaucoup de métiers.

pratique ainsi du basket-ball, du handball, de la gymnastique et du trampoline lors de son parcours universitaire et affirme qu'elle avait « *plus d'heures de sport que d'heures d'études* ».

Les socialisations primaires des enquêtés sont hétérogènes et n'apparaissent pas liées aux classes sociales des parents. L'école apparaît comme le lieu de socialisation sportive lorsque les parents sont non-sportifs ; qu'ils appartiennent à la classe supérieure ou à la classe moyenne. Les autres membres de l'entourage ne semblent pas se manifester dans la socialisation sportive primaire du corpus en dehors du cas de Sandra (voir 1.2., ci-après). En revanche, les parents sportifs participent à la socialisation sportive de leurs enfants conjointement à l'école et ce, peu importe le milieu social. Seule Anny ne rentre pas dans ce schéma : fille d'un militaire, elle n'a jamais pratiqué en dehors de l'école. La transmission père-fille n'est donc pas systématique.

1.2. Des effets de la « culture d'origine » sur les socialisations primaires ?

La « culture d'origine » peut avoir des effets sur les rapports au corps (Boltanski, 1971) et l'histoire migratoire de certains usagers et de leur famille serait susceptible d'expliquer un engagement particulier dans une pratique physique (Gasparini, 2010; Grassler, Gasparini, et al., 2019). Pour Sayad (1999, p. 301), « l'immigré c'est avant tout son corps et sa présence par son corps biologique différent des autres corps ». Cependant, il est difficile de brosser un portrait unique et homogène des socialisations sportives et de l'état de santé des « migrants/immigrés » tant les migrants présentent une diversité d'origine, de profil et de génération (ancienneté d'arrivée en France), dans un contexte où l'état de santé est souvent très dépendant de la situation sociale des personnes et de leur intégration.

Dans notre corpus, quatre personnes sont originaires d'Algérie, deux de Turquie et une femme est née en France mais d'origine togolaise. Leurs entretiens montrent que toutes les migrations ne produisent pas le même effet sur l'activité physique à la santé. Il s'agit ici de voir ce qui les différencie selon le parcours migratoire.

* Osman

Comme nous l'avons vu précédemment, Osman est un enquêté particulier puisque notre entretien s'est déroulé en cinq minutes sur le palier de son appartement¹⁸⁰. Cependant, nous avons pu l'interroger brièvement sur ses pratiques physiques et/ou sportives antérieures. Cet originaire de Turquie de 61 ans n'a jamais eu d'activités physiques en dehors de l'éducation physique scolaire dans son pays d'origine.

* Hassiya

Pour plusieurs auteurs, le sport féminin ne semble pas ancré dans la culture turque, du moins dans les milieux populaires (Didierjean, 2014; Pfister, 2000). Ce retrait est mis en avant dans le discours d'Hassiya, quarante ans au moment de l'entretien. Arrivée de Turquie à l'âge de dix ans avec ses parents et sa grande fratrie composée de cinq sœurs et d'un frère dans le cadre d'une migration vers un mieux-être économique, Hassiya a tout de suite été scolarisée en France. Mais l'impératif d'apprendre une nouvelle langue a laissé peu de place à l'activité physique en dehors du temps scolaire. Elle pratiquait donc une activité physique uniquement dans ce cadre et principalement de la natation. Or, Hassiya raconte que « *dans sa culture* », les filles « *n'avaient rien à faire dans une piscine* », ce qui a créé un décalage avec ses camarades de classe :

Hassiya : Je savais pas nager, j'avais honte parce que déjà, chez nous les filles n'avaient rien à faire dans une piscine.

Les travaux de R. Didierjean révèlent que l'inactivité physique des jeunes filles turques est « liée à leurs pratiques et à leur croyance religieuse » puisqu'une femme –du moins dans les familles populaires- « ne doit pas montrer son corps à un autre homme que son mari » (Didierjean, 2014, p. 58), ce qui est en contradiction avec les activités aquatiques mixtes pratiquées dans les écoles françaises. Ainsi, pour les femmes issues de l'immigration de confession musulmane et appartenant aux milieux populaires, il apparaît difficile de concilier les normes, les valeurs et les pratiques de leur religion et de leur culture avec le style de vie des pays occidentaux (Cogérino & Longchamp, 2009; Talleu, 2011; Tlili, 2002). Les filles peuvent ainsi se voir interdire de participer à une activité physique

¹⁸⁰ Mécontent vis-à-vis du dispositif strasbourgeois, Osman a accepté notre rencontre uniquement pour manifester son ressenti mais n'a pas souhaité s'exprimer au-delà.

par leurs parents (Walseth & Fasting, 2004). L'interdiction, par le père d'Hassiya, de la pratique aquatique en particulier, rejoint les travaux de ces derniers. Cependant, les filles issues de l'immigration usent de stratégie¹⁸¹ et trouvent des arrangements afin d'éviter le choix entre les modèles de « l'émancipation » ou de la « soumission » (Croquette, 2004). Ainsi, dans une volonté d'intégration, la mère d'Hassiya encourageait sa fille à aller nager en piscine :

Hassiya : Donc du coup, ma mère, elle m'envoyait à la piscine donc en cachette de mon père.

Enquêteur : D'accord.

Hassiya : Elle m'achetait un maillot de bain : « mais tu dis pas à ton père ! Tu y vas mais voilà ! ». J'ai tout fait pour apprendre à nager, j'ai tout fait...

Hassiya explique que ses parents n'étaient pas du tout sportifs, et qu'elle est la seule de sa famille à être « dynamique ». Contrairement à ses sœurs, elle raconte aimer « s'amuser, danser, jouer ». Désormais mariée avec deux enfants à charge et appartenant à une classe moyenne, Hassiya incite sa propre fille à pratiquer une activité physique et notamment à « aller à la piscine » :

Hassiya : Moi, maintenant, je... J'envoie ma fille avec ses copines. J'ai dit : « moi, j'ai vécu, je veux pas que tu le vis ! ».

Aujourd'hui, retournant en Turquie régulièrement pendant les vacances avec sa propre famille, elle constate une certaine évolution au sein de son pays d'origine avec la mise en place, dans les grandes villes, de parcs et de voies piétonnes propices à la pratique d'une activité physique, néanmoins toujours principalement non-mixte :

Hassiya : [...] Pour faire le sport par exemple, les femmes, entre elles, [...], elles se mettent d'accord, elles descendent, elles font la marche. Elles font tout le long du parc. Et c'est pas un parc qui fait 200 m ou 300 m hein, c'est quand même plus d'1 km hein le parc ! Donc c'est un grand parc auquel ils font tout le tour, ceux qui veulent faire avec le vélo, ils font avec le vélo, ceux qui font avec le...

¹⁸¹ « Non point moyen de l'action, manœuvre ou plan », la stratégie apparaît comme un « modèle de comportement, un mode d'action ou de conduite, une pratique qui a des effets bénéfiques, voire optimaux, conçus en terme de « profit », bref un acte finalisé » (Dewerpe, 1996)

A marche, ils font avec la marche [...]. Je mets le voile, je vais à la piscine. Le président [turc], il m'interdit pas d'aller à la piscine, voyez ce que je veux dire ?

De plus, n'étant plus sous l'autorité de son père, elle affirme que le port du maillot de bain n'est pas un « problème tant qu'elle n'en dévoile pas de trop » :

Hassiya : Que ce soit... qu'il y ait un maitre-nageur ou non, toutes façons moi l'été j'y vais à la mer avec nos enfants. Donc... euh partout y'a des hommes, donc voilà [rires]. Après je respecte le « chacun son truc » hein. Mais moi, j'y vais pour ma santé. C'est pas pour montrer mon corps. J'ai un maillot de bain qui est pas comme ça mais plutôt comme ça [mime la forme du vêtement sur son corps], voilà donc heu..... Pas le ventre ouvert mais ni la poitrine qui est, quand même, bien fermée donc voilà j'trouve, j'estime que mon corps est fermé.

Il semble donc qu'Hassiya se détache de certaines « valeurs » transmises par son aîné mais conserve le « "noyau dur" [...] de l'identité turque » (Armagnague, 2010) et ajuste certaines ressources culturelles à son pays d'origine comme l'engagement sportif (Gasparini & Weiss, 2008).

* Lilia

Lilia est née en Algérie dans le milieu des années 50. Après des études en sciences de la vie, elle devient enseignante en biologie. Séparée de son compagnon en 1994,, elle fuit seule la guerre civile et le terrorisme¹⁸² et s'installe en France :

Lilia : Je connaissais des gens ici en fait [...] des amis de mes amis qui se sont structurés en association pour accueillir les algériens de l'époque [...] donc c'est comme ça que j'ai atterri à Strasbourg [...]. J'avais aucune raison d'aller ailleurs et on... Quand on arrive de quelque part pour les mêmes raisons pour lesquelles je suis venue, on n'a pas l'énergie d'aller ailleurs {...}. J'étais pas venue dans l'intention de rester. J'étais venue pour souffler [...] voilà toutes les horreurs qu'on voyait, c'était pour reprendre confiance en l'être humain.

¹⁸² Les Algériens ont subi des formes de violences multiples depuis le coup d'État du 11 janvier 1992. La guerre civile de la période 1991-2002, appelée la «décennie noire», a fait des dizaines de milliers de morts dans un conflit qui opposa l'Armée et les groupes révolutionnaires islamistes (<https://www.franceculture.fr/emissions/la-fabrique-de-lhistoire/algérie-naissance-dune-nation-24-retour-sur-la-decennie-noire>)

Mais elle ne retrouve pas d'emploi similaire car son domaine de compétence est « saturé ». Par ailleurs, comme dans d'autres domaines, il existe un impact négatif de la migration des pays du Sud sur le parcours professionnel et la mise en avant d' « un phénomène de déclassement professionnel important, du fait de la difficulté de transférer le capital humain (compétences professionnelles, maîtrise de la langue, diplômes) au cours de la migration » (Annequin et al., 2017)¹⁸³. Ainsi, lors d'une formation de formateur et en échangeant avec d'autres personnes ayant un parcours migratoire semblable, Lilia découvre la « problématique » des migrants et décide d'aider à la construction d'une association qui accompagne les femmes immigrées dans leur insertion sociale et professionnelle, à Strasbourg. Elle y devient assistante sociale. Auparavant propriétaire d'un appartement dans une ville accolée à Strasbourg, elle a déménagé à la suite d'une période de chômage du fait de problèmes de santé :

Lilia : et puis, je me suis rendue compte que ça me coûtait excessivement cher. C'est-à-dire les... c'est les charges et les appels de fonds [...] et comme je me suis retrouvée... en fait à être au chômage pour raison de problèmes de santé, je voulais pas me retrouver en difficulté. J'ai vendu cet appartement et c'est comme ça que je... je... voilà, je suis en location.

Retraitée depuis 2017, elle a suivi une formation en sophrologie, affaire qu'elle mène alors en tant qu'activité de complément de retraite.

Concernant sa pratique physique, Lilia affirme ne jamais avoir été sportive, en Algérie comme en France¹⁸⁴. Aujourd'hui, elle se déplace à pieds ou en transport en commun et précise ne jamais avoir eu de vélo :

Lilia : j'ai essayé de faire du vélo parce que... je sais pas, j'ai pas appris quand j'étais jeune, du vélo, donc j'ai essayé. Non, j'avais pas de vélo quand j'étais petite en Algérie.

¹⁸³ Annequin et ses collaborateurs poursuivent en précisant que « la situation professionnelle des immigrés en France s'explique plus par des déterminants structurels que par un déficit de qualifications individuelles » (2017).

¹⁸⁴ Elle précise avoir déjà pratiqué une fois la marche nordique et le Qi Gong lors des activités gratuites proposées par la ville de Strasbourg pendant les vacances scolaires d'été.

Cependant, en dépit de ce parcours très éloigné de la culture sportive, elle demande une prescription médicale d'activité physique à son médecin –. Et, après trois années dans le dispositif strasbourgeois, elle poursuit une pratique physique régulière : à la fois associative (Qi Gong et marche nordique) et auto organisée (marche nordique entre pairs et participation à des marches populaires).

* Fatima

Arrivée avec son mari et ses enfants en France à 46 ans, quittant l'Algérie et sa guerre, Fatima est une gardienne de résidence reconvertie en assistante maternelle. Future retraitée (dans un an), divorcée après 36 ans de mariage (par suite du départ de son conjoint dans le sud de la France pour des raisons médicales) et âgée de 64 ans au moment de l'entretien, elle explique n'avoir jamais été sportive bien qu'elle nageait « *sans savoir nager* » lorsqu'elle habitait près de la mer en Algérie.

À 60 ans, désireuse d'améliorer sa santé (diabétique de type 2, présentant une cardiopathie et des douleurs dorsales récurrentes), elle est demandeuse de la prescription médicale nécessaire pour intégrer sport-santé sur ordonnance. Tout comme Lilia, Fatima est restée le maximum de temps autorisé dans le dispositif et poursuit aujourd'hui la pratique de la marche nordique avec d'autres anciens bénéficiaires.

Ces deux discours (Fatima et Lilia) montrent qu'une absence de socialisation sportive couplée à une culture d'origine et une position sociale elles-mêmes éloignées de la pratique sportive n'empêchent pas forcément un « pouvoir d'agir » sur la santé, notamment au contact de la société d'accueil. Ainsi, et paradoxalement, l'activité prescrite peut constituer une sorte de « ressource » pour accéder à une activité non prévue socialement. La pratique régulière d'une activité physique prescrite aux patients jusque-là non actifs peut constituer une bifurcation dans les parcours individuels de populations socialement défavorisées. En ce sens, elles sont devenues des « entrepreneurs » de santé et ont pratiqué longtemps au sein du dispositif SSO et poursuivent leur pratique physique régulièrement. La notion d'entrepreneur renvoie à des acteurs mobilisant des ressources et leur environnement (Bergeron et al., 2013) – le contexte et leur MG – afin d'obtenir l'ordonnance médicale nécessaire pour intégrer SSO. Selon Fligstein (2001), 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 par sa reproduction.

* Sandra

Sandra, 48 ans, a également fui la guerre civile d'Algérie avec sa famille. Travaillant à l'école de management de Strasbourg (chargée de l'accompagnement des étudiants) et propriétaire de son appartement, elle est aussi danseuse depuis ses seize ans (activité qu'elle a commencé en Algérie pendant son enfance) : entre participation à des grands spectacles, travail pour des théâtres et des scènes ainsi que professeur de danse tout public, elle fait partie des professionnels de la danse arabo-berbère. Elle affirme avoir toujours « été très sportive ». Par ailleurs, si toutefois Sandra souligne que la culture « n'est pas la même qu'en France », le rapport à l'activité physique de sa famille a toujours été assez fort : les membres de sa famille sont en effet « pas mal sportifs », avec quelques « sportifs de haut-niveau ». De plus, la famille de Sandra a toujours été convaincue que le sport va de pair avec la santé, peu importe le genre. C'est ainsi qu'elle nous dit avoir été « coachée par [sa] tante de 91 ans » :

Sandra : Je fais partie d'une famille où on est pas mal... assez sportifs, et justement, où, même en étant en Algérie, voilà, où on pourrait se dire : « Ah oui, mais les femmes font pas de sport » ... Dans ma famille, le sport était un dispositif de santé, justement [...] Oui, c'était... Il fallait qu'on fasse du sport, ne serait-ce que par hygiène. Ça faisait partie de l'hygiène de faire du sport, quoi. Pas forcément... on n'a pas tous fait du sport à haut niveau, mais il y a eu quand même quelques personnes, quelques individus... Voilà, activité régulière, sport régulier, justement, par hygiène... Y a eu quelques individus de la famille qui ont fait du sport de haut niveau, athlétisme, danse, arts martiaux... enfin des trucs comme ça. C'est assez vaste, quelques électrons qui sont sortis, comme ça... (rises) Mais sinon, en règle générale, tout le monde faisait du sport par hygiène. C'était une façon de vivre. Voilà, mes grands-parents, mes parents, mes oncles, mes tantes... Tout le monde avait un minimum d'activité physique, en sport, quoi... J'ai... pour la petite histoire, j'ai une... là c'était ce printemps, je suis allée voir une tante, que j'avais pas vue depuis longtemps... Quatre-vingt-onze ans, oui, quatre-vingt-onze ans, elle m'a coachée, un soir, parce que, je lui disais que j'avais mal, elle me dit : « Mais pourquoi tu fais pas du sport ? »

et tout, je lui dis : « Mais si... », elle me dit : « Ouais mais t'es danseuse, comment ça se fait ? » et tout, et puis on commençait à débattre là-dessus, et puis, quatre-vingt-onze ans, elle m'a coachée sur des étirements, elle m'a montré ce qu'elle faisait en étirements quotidiens, pour tenir debout, et elle me disait : « Voilà, tu vois, ton grand-père, il nous a toujours dit qu'il fallait faire du sport pour tenir debout. » (rires)

Prenant du poids à la suite d'une blessure et à la poursuite d'une alimentation « de sportif » qui ont mis en avant une hypothyroïdie, Sandra intègre SSO en juin 2016 et couple les activités prescrites avec la pratique de la danse et des séances de natation auto organisées à la piscine : ceci montrant bien son engagement dans une certaine dynamique sportive. Elle y reste deux ans jusqu'à un grave accident de voiture lui causant de multiples fractures au bassin et aux côtes¹⁸⁵ et entraînant un arrêt complet, soudain et subi de toute activité physique.

Au-delà d'un effet de culture, l'exemple de Sandra nous montre qu'il existe également parfois une transmission des goûts sportifs très forte par certaines familles en Algérie. C'est ici l'impact du contexte social qui agit sur le rapport à la santé plutôt que l'origine culturelle.

* Alexandre

Alexandre est né en Algérie il y a 70 ans. L'entretien, à son domicile, en présence de sa femme, dévoile un parcours très marqué par la pratique sportive mais également par un enchaînement de complications médicales.

Encadré 6 Entre éducation physique et sportive, sport militaire et « sport-santé »

La multi-socialisation sportive d'Alexandre

A 5 ans, Alexandre emménage en France avec ses parents pour le travail de son père, conducteur de trains. De ce fait, il n'est jamais resté plus de trois ans au même endroit jusqu'à poser ses valises en Alsace en 1992. Il habite depuis dans une maison à Koenigshoffen avec sa femme. Aujourd'hui

¹⁸⁵ Notre rencontre et notre entretien ont d'ailleurs lieu dans le centre de rééducation où Sandra est hospitalisée.

retraité, il est un ancien militaire. Le sport a fait intégralement parti de sa vie professionnelle mais aussi personnelle : l'école française lui a permis de découvrir le sport tôt. Ancien footballeur et surtout rugbyman, ses parents n'ont pas participé à son éducation sportive. Il la doit à son parcours scolaire et affirme que l'école se doit d'être « fédératrice du sport », ce qui est moins le cas aujourd'hui raconte-t-il en prenant l'exemple de sa fille aînée qui « courait simplement ou faisait de la piscine ». Son passé de rugbyman et de militaire a fragilisé son corps : « trop de sport tue le corps ». Aujourd'hui, il a « le dos en vrac, l'épaule morte ». Mais ce n'est pas pour cela qu'il a intégré le dispositif. En effet, après avoir appris l'existence du dispositif à la radio avec sa femme, il a décidé d'en discuter avec son médecin traitant qu'il voit « tous les deux, trois mois pour tous [ses] médicaments ». Diabétique, en surpoids et avec « beaucoup de problèmes de santé », la prescription médicale lui a permis d'intégrer le dispositif en 2016. Pendant un an, il va pratiquer la marche nordique et quelques séances de rameur qu'il a rapidement abandonné à cause de son épaule. S'il a apprécié la marche nordique, il déplore sa difficulté d'y participer en hiver et sous la pluie à cause d'un problème respiratoire. Aujourd'hui, Alexandre affirme qu'il reprendra contact avec le dispositif pour le réintégrer à la suite de sa sortie, causée par un enchaînement d'opérations (multiples opérations des yeux) mais c'est surtout sa femme qui insiste pour qu'il y retourne et qu'elle se joigne à lui, même si elle n'a pas de problèmes de santé particuliers en dehors d'un surpoids. En effet, Alexandre a investi dans des bâtons de marche et parcourt quotidiennement 7 à 8 km, il prévoit maintenant d'acheter des vêtements plus adaptés pour l'hiver et consulte régulièrement le podomètre intégré à son téléphone portable : « regardez, en septembre, on est parti dans les Alpes et tous les jours, on a fait en moyenne 10km de marche ». La marche, son moyen de déplacement privilégié avec les transports en commun puisque « avec [ses] yeux, [il] ne peut pas conduire de tout façon ». Alexandre met en avant l'engagement qu'introduit le dispositif dans la vie : « on bloque cet horaire pour faire du sport, pour y aller, ça nous motive » mais également sa perte de poids prise avec la retraite (12kg de perdus) et les séances adaptées malgré « les différences de niveaux dans le groupe ».

Ainsi, Alexandre a été initialement socialisé à la pratique sportive par le système éducatif français. D'après lui, le monde du sport (au sens large du terme) ne faisait pas partie de ses quelques souvenirs

d'enfance dans son pays natal. Très sportif pendant sa vie active, il poursuit aujourd'hui la marche nordique et se déplace très souvent à pieds.

* Octavia

Née en France il y a 31 ans, Octavia y a passé une partie de sa scolarité puis est passée au lycée au Togo où elle est retournée avec ses parents d'une classe moyenne en France mais « *vivants aisément au Togo* ». « *Pas sportive de nature à la base* », elle a peu pratiqué en dehors du cadre scolaire. Cependant, ses activités physiques étaient d'abord des activités à des fins de santé : développant un eczéma assez important, un naturopathe lui avait conseillé de courir pour « *libérer les tensions et équilibrer l'état émotionnel* ». De plus, elle accompagnait ainsi son père diabétique :

Octavia : et comme mon papa était, est diabétique en fait... il avait récemment découvert qu'il était diabétique et il lui fallait aussi faire du sport. Donc on en faisait ensemble, on courait quasi tous les dimanches matin. Donc c'est vraiment quelque chose qui m'a plu. C'était pas en musique, mais c'était une activité avec mon père et j'en garde un bon souvenir.

Cette activité « de santé » en famille lui a permis d'acquérir plus d'aisance dans les cours d'éducation physique et sportive au collège alors « *moins éprouvants* ». A l'Université où elle suivait une Licence de langues étrangères appliquées, Octavia a pratiqué la danse pendant un an. Ne validant pas sa deuxième année d'étude, elle prend une année sabbatique durant laquelle elle part au Togo puis revient en France et intègre un BTS en alternance. Cependant, ce rythme d'alternance ne lui convenait pas : « *physiquement, c'était fatigant* » et s'est alors dirigée plus tard vers une formation de conseiller téléphone récemment validée au moment de l'entretien, métier qu'elle qualifie cependant de « *très sédentaire* » où elle est « *toujours assise* ». Pour compenser, elle « *marche rapidement* » lors de ses déplacements mais ne souhaite pas parler de « *sport* » puisqu'elle convient que ce n'est « *pas suffisamment en continu* » et qu'elle n'a pas souvent l'occasion de le faire pendant une quinzaine de minutes. En contrat de vingt heures par semaine, Octavia ne trouve pas de temps à se dégager pour la pratique d'une activité physique.

Ainsi, socialisée à la pratique sportive par l'école et à l'activité physique pour la santé (avec son père), Octavia n'a pour autant pas développé un rapport fort avec le « *sport* » et ne pratique plus depuis sa

sortie du dispositif strasbourgeois. Son cas montre qu'une socialisation sportive primaire et des connaissances en matière de santé par l'activité physique – au travers de la maladie de son père et de ses propres problèmes de peau – ne suffisent pas à créer un rapport régulier à l'activité physique, contrairement à Alexandre pour qui l'école a été le point de départ d'une vie physiquement active.

Un poids de l'origine culturelle à relativiser

L'origine ethnique ou nationale contribue à la construction des goûts, des habitudes culturelles et des modes de vie : la vie et les habitudes de vie ne sont pas les mêmes selon que l'on habite en Algérie ou en France¹⁸⁶. Les politiques publiques sont différentes, l'environnement et les installations culturelles, sportives sont divergentes tout comme la culture, la religion et les milieux sociaux. Ainsi, les dispositions et les pratiques sportives sont variables d'une « culture d'origine » à une autre. D'ailleurs, dans ses travaux, Coulangeon montre que « de toutes les activités de loisir, les activités sportives sont celles pour lesquelles les écarts d'attitude associés à l'origine sont les plus prononcés » (Coulangeon, 2007, p. 102). Une étude sur les comportements de santé des migrants installés au Canada atteste également de cette différence : « le manque d'activité physique durant les loisirs diffère des autres comportements étudiés influant sur la santé; à cet égard, on constate en effet de meilleures habitudes chez les membres de la population née au Canada que chez leurs concitoyens immigrants » (Pérez, 2002, p. 7).

Tableau 9 Socialisation et classes sociales des personnes issues de l'immigration

Prénom	Âge	Pays de naissance	Scolarisation	Socialisation primaire	Classe sociale pays d'origine	Classe sociale France	AP après SSO ?
Alexandre	70	Algérie	France	École	-	+	oui

¹⁸⁶ Les travaux consacrés à ces sujets font « globalement ressortir deux thèses opposées (Di Maggio et Ostrower, 1990). L'une d'entre elle met l'accent sur les éléments de convergence qui se manifestent dans l'ordre des loisirs et des pratiques culturelles aussi bien que dans les habitudes culinaires, les attitudes religieuses, matrimoniales ou politiques. À ce modèle, conforme aux perspectives assimilationnistes classiques (Park et Burgess, 1921), s'oppose le modèle de la "résistance" culturelle ou de la mobilisation ethnique, qui présente les caractéristiques opposées : les processus d'intégration vont de pair avec le maintien, voire le renforcement, des particularismes » (Coulangeon, 2007).

Fatima	64	Algérie	Algérie	/	-	-	oui
Hassiya	40	Turquie	France	École	-	+	non
Lilia	65	Algérie	Algérie	/	+	-	oui
Octavia	31	France	France	École	+	-	non
Sandra	48	Algérie	Algérie	Famille	+	+	non
Osman	61	Turquie	France	Ecole	-	-	non

Les deux personnes attestant d'une faible socialisation sportive pendant l'enfance sont issues de l'immigration et ont été scolarisées dans leur pays d'origine (Lilia, Fatima). Le déficit d'EPS au plus jeune âge dans les pays concernés peut être un facteur explicatif. Ainsi en est-il par exemple de l'Algérie où l'enseignement de l'EPS était pratiquement inexistante dans les écoles primaires du secteur public dans les années 1960 et même avant, parce que « les moniteurs sont en nombre insuffisant » (rapport publié en 1967 (Yahiaoui, 2013)). Ainsi, Lilia (65 ans, arrivée en France en 1994) et Fatima (64 ans, venue à l'âge de 46 ans) avouent n'avoir jamais pratiqué d'activité physique durant leur enfance, que ce soit dans le cadre scolaire ou en dehors de celui-ci. Octavia, née en France et d'origine togolaise, Alexandre, né en Algérie et arrivé à l'âge de cinq ans en France et Hassiya, turque arrivée à l'âge de dix ans en métropole, ont quant à eux été socialisés à la pratique sportive durant l'enfance et ce, parce qu'ils ont bénéficié d'une éducation physique et sportive durant leur scolarité en France. Leur parcours migratoire « précoce », c'est-à-dire pendant l'enfance, leur ont permis d'acquérir des dispositions supplémentaires, un certain *habitus* sportif (Bourdieu, 2000). Ce n'est pas le cas des personnes ayant migré plus tardivement, à l'âge adulte. Ainsi, les caractéristiques migratoires semblent expliquer les rapports initiaux à la pratique sportive. En revanche, elles ne semblent pas avoir un effet persistant : les individus poursuivant la pratique sportive après le dispositif strasbourgeois ne sont pas forcément ceux qui ont été scolarisés en France. C'est le cas pour Alexandre, mais pas pour Lilia et Fatima qui pratiquent toujours la marche nordique.

Ainsi, il faut éviter d'« hypostasier la référence aux “obstacles culturels” à faire de la “culture” entendue au sens d'une totalité close, la variable ultime d'explication des comportements » (Musso,

2009, p. 6) ; c'est à dire qu'il ne faut pas seulement pointer du doigt la culture d'origine pour expliquer les comportement et notamment le rapport à l'activité physique des personnes issues de l'immigration. Est-ce réellement une question de culture d'origine, voire de religion ou bien de position sociale dans le pays d'origine ? En effet, « la situation sociale et l'origine culturelle ne se substituent pas, "l'un n'est pas le masque de l'autre" » (Lagrange, 2010, p. 145). Il faut donc éviter de se laisser porter par l'idée de prédominance des facteurs culturels puisque ces explications culturalistes et simplistes n'apparaissent pas très pertinentes sociologiquement (Ichou, 2018).

Le parcours de Sandra montre ainsi que la culture et l'origine ne suffisent pas à expliquer le rapport à l'activité physique. Issue d'une génération après celle de Lilia et Fatima, Sandra a pu bénéficier d'une éducation physique à l'école en Algérie. En effet, selon Yahiaoui (2013) « le sport scolaire était beaucoup plus important dans les années 1970 et 1980 ». Au-delà d'un effet de « culture », il y a donc un effet générationnel auquel s'ajoute une question de classe sociale dans le pays d'origine¹⁸⁷ : Sandra et sa famille appartenaient à un milieu favorisé d'Algérie. Ceci explique, du moins en partie, sa forte socialisation primaire par la famille contrairement aux autres personnes d'origine algérienne, dont la situation économique familiale était moins aisée. D'après Croquette, « la présence d'aînés sportifs s'avère notamment déterminante pour expliquer l'entrée dans la carrière sportive » (Croquette, 2004), c'est pourquoi, dans la famille de Sandra, l'existence de sportifs de haut-niveau, lui a permis de construire certaines dispositions (rapport à l'hygiène par le sport, habitus d'un corps « actif », etc.).

Ainsi, l'origine culturelle ne suffit pas à expliquer le rapport initial à l'activité physique : il faut prendre en compte également les variations intergénérationnelles, l'origine sociale et la culture sportive de la famille et des proches.

¹⁸⁷ Et, il faut « considérer la diversité des positions sociales au sein du groupe des femmes vivant dans une même société d'émigration. Cela se manifeste dans l'attention portée aux acquis des migrantes résultant de la migration, par opposition aux acquis des femmes dans « la société d'origine », et non par rapport à leur propre position sociale pré-migratoire » (Moujoud, 2008).

L'analyse des entretiens montre que le rapport au sport et à la santé au cours de l'enfance varie avant tout selon le groupe social d'origine. Des enfants des classes défavorisées, depuis les plus précaires, jusqu'aux enfants des classes moyennes, ce travail atteste l'influence des ressources sociales durant l'enfance, du rapport de l'enfant à ses activités, à son état de santé ou encore du rapport à son corps. La famille est détentrice d'une importance principale dans la socialisation de l'enfant (Grassler, 2021; Lahire, 2019; Mennesson, 2011). Ainsi, les choix opérés par les parents en matière d'activités physiques et sportives favorables à la santé sont le résultat des modalités d'existence, mais aussi des stratégies conduites, volontairement ou non, par les parents. Lahire, dans *Enfances de classe*, démontre l'importance des capitaux culturels et économiques des parents et de leurs influences sur les goûts, les dispositions et « l'horizon des possibles » de leurs enfants (Lahire, 2019). La lecture de cet ouvrage éclaire sur les rapports à l'activité physique par rapport au milieu social. Dans les classes supérieures, les enfants sont souvent préparés à la compétition à travers des pratiques sportives favorisant le dépassement de soi. Tandis que dans les classes populaires les plus défavorisées, la pratique du sport est extrêmement minime, voire inexistante. Dans les classes moyennes, la recherche d'accomplissement passe par la pratique d'activités physiques mais où la compétition, le dépassement de soi et l'intensité sportive sont écartées.

Ainsi, les dispositions initiales, c'est-à-dire la socialisation sportive primaire, ne permettent pas – à elles seules – de comprendre le rapport des bénéficiaires à l'activité physique avant et après SSO. Il faut également saisir l'ensemble du parcours de vie des individus et s'intéresser également à leur vie d'adulte.

2. L'activité physique à l'épreuve des événements de la vie

Il paraît important de comprendre quand et pourquoi les individus commencent ou mettent fin à la pratique d'une activité physique au cours de leur vie. Être physiquement actif est un comportement fluctuant qui n'est pas stable dans le temps (Rauner et al., 2015; Shang et al., 2018). L'évolution de la pratique physique, de l'inactivité physique et de la sédentarité tout au long de la vie peut s'expliquer notamment par un manque de temps à une époque où nos modes de vie sont en pleine accélération sociétale (Rosa, 2014). De plus, le vieillissement peut jouer sur les capacités

physiques à participer à certaines activités (Slingerland et al., 2007). Mais il existe d'autres facteurs qui peuvent impacter la pratique d'une activité physique. Selon Telama (2009, p. 187) « many transitions and life-changing events experienced during the course of life influence physical activity, the level of tracking of physical activity is likely to vary at different phases of life ». Une étude systémique a ainsi identifié cinq événements majeurs (Allender et al., 2008) : le changement de statut professionnel, le changement de résidence, l'évolution de l'état de santé, le changement d'environnement social et le changement dans la structure familiale¹⁸⁸. Des événements de la vie - socialement attendus ou non¹⁸⁹ - sont souvent ainsi associés à des changements dans le comportement des activités physiques (Engberg et al., 2012; Gropper et al., 2020) comme nous le verrons dans cette sous-partie. Ainsi, l'activité physique – avant Sport-santé sur ordonnance – peut être plus ou moins stable tout au long de la vie mais elle peut également fluctuer, diminuer, s'accroître ou encore s'interrompre totalement sous l'effet de ces événements. Cette sous -partie s'intéresse ainsi à l'activation, la réactivation, la transformation et la continuité des activités physiques au cours du parcours de vie.

2.1. De la diminution à l'arrêt de l'activité physique

L'évaluation et la quantification de l'activité physique sont des sujets très prisés depuis des années mais les études confirment la difficulté à chiffrer et à appréhender ce « comportement de santé ». Que la méthode soit quantitative (podométrie, fréquence cardiaque, etc) ou qualitative (par questionnaires par exemple), les travaux montrent une diminution de l'activité physique récurrente de l'enfance à l'adulte (Armstrong et al., 2000; Gavarry et al., 2003; Hallal et al., 2012) puis tout au long de la vie. De plus, être socialisé à la pratique sportive et/ou être physiquement actif au cours de l'enfance ou de l'adolescence ne conduisent pas obligatoirement à maintenir une activité physique à l'âge adulte. Aussi, de « l'enfance à l'âge adulte, l'activité physique diminue d'environ 7% par an »

¹⁸⁸ Les auteurs expliquent également que peu d'études longitudinales ont examiné l'activité physique à la fois avant et après un événement de la vie et mentionnent d'autres changements qui peuvent impacter la pratique mais qui n'apparaissent pas dans les articles étudiés comme le deuil, la paternité, le passage du lycée à l'université, etc.

¹⁸⁹ Certains événements de la vie sont attendus et prévisibles. Ce sont des transitions « normales » du parcours de vie (Binstock & George, 2006) tandis que d'autres sont brutales et marquent une rupture dans le parcours de vie (Abbott, 2001; Hareven & Masaoka, 1988)

(Gavarry & Falgairrette, 2004). Le manque d'activité physique¹⁹⁰ peut notamment s'expliquer par un manque de temps (Embersin et al., 2007) mais également par des bouleversements biographiques et des événements de la vie. La majorité des ex-usagers rencontrés montre ainsi une réduction de la pratique d'activités physiques. Cette diminution est souvent nette voire brutale avec un arrêt total du « sport » et est liée à des points tournants dans la vie de ces personnes ou à des transitions comme celle du passage de l'enfance à l'adulte, synonyme de la fin de l'éducation physique et sportive obligatoire à l'école.

2.1.1. Contournement et évitement des activités sportives

Emma, trente-six ans, est aujourd'hui mère célibataire et habite au centre-ville de Strasbourg, avec sa fille, dans un appartement qu'elle loue. Elle est également auxiliaire de puéricultrice au sein d'une crèche dans un autre quartier de Strasbourg. Nous allons voir, au travers de l'exemple d'Emma, que la surcharge pondérale peut également conduire à des stratégies d'évitement et de contournement de la pratique sportive, notamment pendant l'enfance et l'adolescence.

Emma commence à prendre du poids à l'âge de deux ans comme elle nous le montre en ouvrant son carnet de santé. Cette prise de poids coïncide alors avec le divorce de ses parents. Très jeune, elle commence à être suivie par un diététicien puis par un nutritionniste. Son corps d'enfant oscille alors entre prise et perte de poids. Fortement impactée par sa surcharge pondérale durant son adolescence, Emma se souvient des insultes qu'elle recevait (« *la grosse, le machin, le bidule* »), victime de la stigmatisation des « gros » au cours de laquelle « *malheureusement, les gens [pensent que] vous êtes grosse [parce que] vous faites que bouffer toute la journée* ». Associant ses différentes prises de poids avec le stress, elle l'explique par un certain terrain génétique et familiale favorable au surpoids : « *c'est un peu génétique chez nous, j'ai mon père qui est aussi comme ça, qui stresse facilement, voilà. Donc y'a aussi un terrain génétique par-dessus qui se greffe* ». Elle raconte alors que son poids a ainsi toujours été son « *sacerdoce* » et le sera, d'après elle, jusqu'à la fin de sa vie comme une « *épée de Damoclès* ». Après plusieurs thérapies auprès de psychologues mais en affirmant

¹⁹⁰ Ainsi que la sédentarité et l'inactivité physique.

qu'elles n'ont eu aucun effet, Emma commence à accepter ses rondeurs. Elle a d'ailleurs refusé un bypass¹⁹¹ ne se sentant pas dans une urgence vitale du fait de l'absence de pathologies associées : « *je touche du bois : j'ai pas de diabète, j'ai pas d'hypertension, enfin au niveau santé, j'ai une prise de sang de jeune fille* ». Même si cette démarche d'acceptation « *reste très difficile* », elle déclare ne plus se peser tous les jours.

La première stratégie d'Emma a été de « *pratiquer une activité physique permettant de ne pas se discréditer, car le rôle du poids est minimisé* » (Jacolin-Nackaerts & Clément, 2008) en se dirigeant vers les activités collectives permettant de moins se mettre en avant seule. En deuxième stratégie, et en prétendant des douleurs et des blessures, Emma usait de « *parades* » à « *l'éducation volontaire, plus largement nommée "inculcation"* » (Octobre & Jauneau, 2008). Ceci renvoie ainsi à une crise de la transmission. Le père d'Emma « *imposait* » ces stages tout comme le sport est obligatoire à l'école. Ainsi, Emma avoue son manque d'investissement dans la pratique d'une activité physique. Emma utilisait donc des stratégies de contournement afin d'échapper aux normes institutionnelles et familiales et la sortie de l'enfance coïncide avec l'arrêt de l'activité physique. Dans ce cas, ces instances n'ont pas permis à Emma de s'engager dans un nouveau rapport au corps.

2.1.2. La perte d'un proche, un point de rupture dans le parcours de vie

Et puis, il se trouve que la toubib m'a dit : « ah mais votre nom de famille... vous êtes en famille avec le docteur X? ». Je lui dit : « bah oui, c'est mon papa ». Et elle me dit : « ah bah vous lui passerez mon bonjour parce que j'ai travaillé avec lui »... Et moi, j'ai éclaté en sanglots parce qu'il se trouve qu'il est mourant, une maladie orpheline, incurable. Et elle me dit : « naaan ! Et la mort de votre fille... vous êtes accompagnée par votre mari ? ». Je lui dis : « il est mort ». Alors elle me dit : « et vos parents ? ». J'ai répondu : « Ben ma mère, elle est morte, mon frère, il est mort, et mon père est mourant ». Et elle me dit : « et votre conjoint ? », ce à quoi j'ai

¹⁹¹ Le bypass est une technique chirurgicale de réduction de l'estomac et « l'opération la plus utilisée aux États-Unis jusqu'en 2013 » (Perera et al., 2019).

rétorqué : « Ben mon conjoint m'a quitté pour ma meilleure amie ». (Extrait de l'entretien avec Fanny)

Les décès de proches sont un des événements imprévisibles les plus marquants dans les parcours de vie. Dans leurs travaux sur les changements dans la deuxième partie de la vie, Lalive d'Épinay et Cavalli montre que « à l'approche de la cinquantaine, un tournant sur cinq est provoqué par un décès, puis un sur trois dans la soixantaine et un sur deux avec la venue du grand âge » (Lalive d'Épinay & Cavalli, 2007).

Fanny, 57 ans à l'entretien, a un parcours fortement marqué par des décès : cinq de ses proches ont perdu la vie ces huit dernières années. Deuilleuse¹⁹² à de multiples reprises, Fanny a fait face au décès de sa mère des suites d'une anorexie et du tabagisme, puis de son frère. Son ex-mari, père de ses deux enfants, décède en 2013 de problèmes de santé liés à son alcoolisme. Quant au père de Fanny, il meurt six mois avant notre entretien. Si la perte d'un enfant adolescent ou jeune adulte est rare¹⁹³, Fanny y a été confrontée en janvier 2015. Valvée neuf fois du cœur, sa fille de 20 ans s'est retrouvée en détresse respiratoire et est morte d'une « erreur médicale » :

Fanny : elle a fait une crise d'épilepsie au bloc op et quand ils l'ont mis dans la chambre, ils n'ont mis ni oxygène ni monitoring, et ... quand l'infirmière est venue, elle était déjà morte. Ils m'ont appelé à 4h du matin.

Cet enchaînement de décès dans sa vie et particulièrement celui de sa fille ont créé un point de rupture dans le parcours de Fanny. Au-delà de son divorce par suite de la perte de sa fille, Fanny, qui a travaillé pendant 32 ans dans l'industrie pharmaceutique en double poste¹⁹⁴ a eu trois années d'arrêt de travail après janvier 2015 et est désormais en invalidité à cause des insomnies et de la dépression qui sont apparues.

¹⁹² Terme qui « souligne le travail opéré par les proches au moment du décès d'un être cher » (Julliard & Georges, 2018).

¹⁹³ D'après Jégat, « les décès d'enfants entre 12 et 25 ans représentent 0,5 % de l'ensemble des décès en France » (Jégat, 2019).

¹⁹⁴ Postes de recherche d'attaché clinique et d'attaché d'information

Cet état psychologique fragile et la perte de sa fille ont marqué l'arrêt des activités physiques et sportives de Fanny. Randonnées, marches en montagne et virées à moto faisaient partie de son quotidien. Son divorce, déclenché également par le décès de son enfant, a aussi marqué un tournant dans la pratique sportive de Fanny. En effet, cette dernière vivait dans une maison avec piscine et partait régulièrement au ski avec son ex-mari.

D'un milieu social aisé avec des parents eux-mêmes issus d'une classe sociale favorisée, Fanny a été fortement socialisée à la pratique sportive dès son plus jeune âge : séjour à la montagne avec des journées de ski et de randonnées, séances hebdomadaires d'équitation et pratique régulière de la voile (bateau que possédait son père) s'ajoutait à l'éducation physique et sportive du système scolaire. Pour autant, cette forte socialisation et cet habitus ancré ne suffisent pas à maintenir une activité physique régulière face à des événements créant une rupture dans le parcours de vie.

2.1.3. La vie professionnelle : une transition délicate pour les loisirs

Les activités physiques s'intègrent dans le temps des loisirs, c'est-à-dire, dans le temps dit des activités librement choisies¹⁹⁵ (Pronovost, 2014; Tinsley & Tinsley, 2004). Les loisirs peuvent être entendus alors comme des « activités dans lesquelles les individus s'engagent régulièrement et volontairement en dehors de leur travail ou de leurs études » (Rochat & Bodoira, 2016). L'activité physique doit ainsi trouver sa place dans ce temps dédié aux loisirs, entre « temps professionnel, temps de repos, temps domestique, temps récréatif, temps de jonction, temps parental, temps personnel... » (Dethier, 2018). Mais le passage à la vie professionnelle envoie parfois le temps accordé aux loisirs au second plan.

Camille explique ainsi avoir interrompu la pratique de ses activités physiques et sportives après l'Université, lors de son entrée dans la vie professionnelle :

¹⁹⁵ En s'appuyant sur les travaux de Tinsley et Tinsley (2004), Rochat et Bodoira indique que « les loisirs donneraient à l'individu une perception de liberté quant au choix et au moment de s'engager dans des activités, contrairement au travail qui est obligatoire, [et qu'ils] seraient guidés par des motivations principalement intrinsèques (cf. la réalisation de soi, le plaisir de la tâche, etc.) alors que le travail répondrait prioritairement à des motivations extrinsèques (cf. salaire, assurance, etc.) » (Rochat & Bodoira, 2016).

Camille : Moi j'ai démarré le sport à l'Université.

Enquêteur : D'accord.

Camille : Et le...le, bon je suis issue d'un petit village, d'un milieu très modeste, donc le sport... rien du tout.

Enquêteur : Vous n'êtes pas de Strasbourg alors ?

Camille : Non, non, non, non, je suis Lorraine. Et ... et ... donc c'est quand je suis arrivée à l'Université, c'est là que j'ai fait du sport, que j'ai appris à nager. Enfin, j'ai vraiment, voilà, j'ai profité de tout ça. J'ai fait pas mal de sport, j'ai fait beaucoup de haute montagne, j'ai fait du vélo, j'ai fait beaucoup de rando, voilà. Et après ski, ski de fond, touche à tout, quoi. Je découvrais, je veux dire, c'était vraiment ça. Et après bon, j'ai persévéré dans certaines choses, je ne me débrouillais pas trop mal dans certaines activités. Et puis après quand j'ai travaillé avec l'Université, je travaillais tellement que j'ai tout arrêté.

Les grandes transitions de la vie, c'est-à-dire les passages par exemple à l'âge adulte, à la vie professionnelle ou encore à la retraite, sont des moments délicats pour les loisirs y compris les activités physiques. Souvent, ces changements induisent une baisse de la pratique, momentanée ou à long terme, comme dans le cas de Camille.

2.1.4. Des états de santé déstabilisés conduisant à une régression de la pratique physique

Un état de santé déstabilisé par la découverte d'une maladie entraîne une rupture dans le domaine personnel et social de l'individu, donc une perturbation de son parcours de vie comme nous avons pu le voir dans le chapitre III. La maladie sonne « comme un facteur de rupture » (P. Chauvin et al., 2000) et conduit à une diminution de la pratique physique puis à son arrêt. C'est par exemple le cas d'Alexandre et de Sandra.

La forte socialisation sportive d'Alexandre¹⁹⁶ a lieu plus tardivement, lors de son recrutement dans l'armée française. Or, la « préparation physique occupe une place importante dans la vie militaire » puisque « le sport fait partie des valeurs militaires (Persicot, 2012). À sa retraite militaire, il poursuit la pratique physique en s'inscrivant dans un club de foot pendant trois ans puis dans un club de rugby dans lequel il jouera des années jusqu'à une accumulation de « problèmes » de santé liée à ce

¹⁹⁶ D'origine algérienne, socialisé à la pratique sportive à travers de son parcours scolaire, ses parents n'étant pas sportifs.

« trop de sport »¹⁹⁷ (voir *Encadré 6 Entre éducation physique et sportive, sport militaire et « sport-santé »*, p.171).

À la suite d'un accident de voiture, Sandra, 48 ans, se retrouve hospitalisée, alitée et avec une rééducation future qui sera longue. Sa pratique physique – elle est danseuse depuis ses seize ans et professionnelle dans cette activité - est alors complètement interrompue par cet état de santé totalement bouleversé.

Souvent, c'est indirectement que la maladie engendre cette régression de l'activité physique. En effet, par la reconfiguration du temps liée à la maladie chronique, les temps de loisirs et notamment les temps dédiés à la pratique physique sont largement réduits voire supprimés. Cependant, dans d'autres cas, certains individus s'emparent de l'activité physique comme d'un « accompagnement à la santé » et l'évolution de l'état de santé les conduit à augmenter leurs pratiques physiques.

2. Des augmentations de l'activité physique au cours de la vie

Certains événements diminuent la pratique de l'activité physique comme un décès, l'apparition ou l'évolution d'une maladie ou encore la transition à la vie professionnelle. D'autres moments du parcours de vie peuvent, au contraire, favoriser l'activité physique soit en augmentant une pratique déjà en place soit en créant une opportunité de re-mise en mouvement. La maladie peut ainsi également provoquer un retour à la pratique physique régulière tout comme une simple remarque d'un proche peut faire prendre conscience d'une surcharge pondérale limitant les capacités fonctionnelles comme nous le verrons ci-après avec le cas de Myriam.

¹⁹⁷ Dans une revue épidémiologique des blessures au rugby à XV, Kaux et ses collaborateurs (2014) montrent que « l'incidence des blessures s'élève de 30 à 91/1000 heures de match ». Dans une étude sur dix ans concernant la surveillance des blessures au rugby, Underhill et ses collègues (2007) ont relevé au total « 1 527 blessures (soit une moyenne de 153 par année) » sur un site du Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes (SCHIRPT).

2.1. La maladie comme raison d'une mise à l'activité physique

Parfois, la maladie conduit les personnes à « modifier leurs comportements de santé vis-à-vis des habitudes alimentaires et de la pratique régulière d'une AP » (Barth & Lefebvre, 2016). C'est le cas de Céline, retraitée de l'administration du CNRS et qui a été socialisée à la pratique sportive dans le cadre scolaire. Depuis, elle n'a jamais pratiqué une activité physique que ce soit dans un milieu associatif ou en toute autonomie. Elle explique que « c'est à 50 ans » qu'elle a décidé se mettre au sport dans le cadre du travail¹⁹⁸ : « donc, j'ai commencé à faire de l'aquagym avec les collègues ». Or, un an plus tôt, une prise de sang révèle un diabète de type 2 auquel s'ajoute une prise de poids liée, selon elle, à la « ménopause et à un travail sédentaire ». Sous traitement pour la gestion de sa glycémie, elle accorde un sens à sa pratique : celle-ci devient un « partenaire » à part entière de la gestion de sa maladie.

2.2. Myriam et son apparence corporelle : d'une prise de conscience à une activité physique pour soi

Au cours des entretiens, les anciens usagers de SSO mentionnent souvent leur poids et surtout leur surcharge pondérale. De la même manière que dans les travaux de Mahi sur les détenus de prison, « ce poids n'est alors jamais énoncé seul ; les [individus] l'associent à des moments de leur vie, ils parlent de kilos « pris » ou « perdus » depuis un événement ou sur une période : ils inscrivent ainsi leur(s) poids dans des temporalités » (Mahi, 2017). Myriam raconte son « histoire de poids » (A. I. Lynch et al., 2018) en expliquant ainsi avoir toujours été en surpoids à cause d'une mauvaise gestion de l'alimentation. Seule de sa fratrie à être en surcharge pondérale (et ce, depuis l'enfance), elle souligne cependant la facilité « familiale » à prendre du poids et surtout son absence de limite en ce qui concerne la nourriture : « *J'avais envie d'un Twix, je mangeais le paquet de Twix, donc les cinq qu'y a dedans [...] Ouais, ouais, c'est vraiment orgie de nourriture* ». Myriam poursuit ainsi en expliquant que, pendant son enfance, elle prenait du soda au petit-déjeuner avec du pain et de la pâte à tartiner.

¹⁹⁸ Au travail, le « sport est susceptible d'améliorer la santé mentale des employés » et diminue la part d'absentéisme et d'accidents de travail (Pierre & Barth, 2010)

En 2010, elle cesse la consommation de soda et commence un régime hyperprotéiné¹⁹⁹ avec lequel elle perd du poids. Cependant, un changement de travail la force à cesser la surveillance stricte de son alimentation. En effet, elle profite de sa jeunesse pour voyager dans le cadre de son travail de réceptionniste sur des bateaux de croisière à l'étranger : un travail stressant qui lui évite une reprise de poids. Elle confie avoir toujours dit : « *à peu près jusqu'à mes trente-ans, je voyage puis je me pose sur Strasbourg dont je suis originaire et j'habite cette ville [...]. Je suis jeune, je profite, je voyage puis je reviens* ». Ainsi, depuis cinq ans, elle est agent d'accueil, employée par la Ville de Strasbourg et locataire d'un appartement dans le quartier du Neudorf. Ce travail l'a conduite à un nouveau rythme de vie avec une diminution de son temps de travail à trente-cinq heures hebdomadaires et un « *poste quand même essentiellement, sédentaire* » où elle considère être, à 90% de son temps, assise derrière un ordinateur. Avec plus de temps pour elle et une routine installée, Myriam prend du poids jusqu'à être « *essoufflée en regardant la télé* ». Elle se souvient d'ailleurs d'une anecdote : au téléphone avec son frère, il lui demande soudain ce qu'elle était en train de faire, « *je sors le linge de la machine, pourquoi ?* ». Myriam raconte ainsi que son frère lui a fait remarquer qu'elle était essoufflée et fatiguée d'effectuer cette simple tâche ménagère. Cette discussion ancrée dans la mémoire de Myriam apparaît comme un électrochoc, une prise de conscience.

Elle prend connaissance du dispositif SSO au « *hasard d'une recherche sur Google* » pour trouver une activité sportive suite à cette remarque. Intéressée par ce dernier, elle se rend chez son médecin généraliste pour demander une ordonnance et intègre le circuit en 2014. Continuant de voir son poids augmenter malgré la pratique institutionnalisée de la natation, de l'aquagym et du fitness et sachant que cela ne suffirait pas par rapport à ses « *besoins* »²⁰⁰, Myriam confie qu'elle devait trouver autre chose, « *vraiment quelque chose de quotidien* ». Elle commence alors à aller à vélo à son travail,

¹⁹⁹ Plus précisément : Myriam a suivi le régime Dukan, d'un « nutritionniste célèbre dont la diète s'est placée en cinquième position des ventes de livres de l'année 2010 en France » (Grossetête, 2015). La « méthode Dukan » consiste à s'alimenter avec 100 aliments différents dont 72 aliments riches en protéines et 28 légumes. L'étude de Hansel et de ses collaborateurs montre « que les trois quarts des personnes ayant débuté le régime depuis plus de deux ans ont repris le poids perdu » et « fournit des données concordantes avec les résultats des études scientifiques antérieures sur les régimes restrictifs » (Hansel et al., 2011).

²⁰⁰ Au moment de son entrée dans « sport-santé sur ordonnance », Myriam déclare avoir arrêté de fumer et ajoute cela à sa prise de poids continue. L'arrêt du tabac est en effet corrélé à la prise de poids (Hall et al., 1986; Williamson et al., 1991)

se situant dans le quartier de la Robertsau : moyen de déplacement qu'elle abandonne rapidement à l'été, ne pouvant pas prendre de douche à destination. N'aimant pas « *arriver barbouillée, vraiment en nage* », elle entreprend finalement d'utiliser les transports en commun. Elle prend également la décision de quitter le programme strasbourgeois après une année de pratique pour se consacrer « à 100% » à une nouvelle activité physique. Toute seule, « *devant la télé* », ne se sentant pas « à l'aise d'aller dans une salle de sport », elle commence à suivre un programme sportif²⁰¹. Myriam trouve, en cette pratique, une activité sans routine et avec des intervalles à haute intensité. En plus du côté pratique de pouvoir se doucher chez elle, elle met l'accent sur l'absence du regard d'autrui : « *j'étais seule chez moi donc j'ai commencé en t-shirt / jogging et compagnie. Et, finalement, comme j'étais seule, j'avais chaud ben juste la brassière et donc j'étais à l'aise* ». Activité répondant à ses besoins, Myriam note toutefois l'impact de l'action publique strasbourgeoise sur sa motivation à persévérer dans une pratique régulière : « *ça m'a donné envie de démarrer cette méthode-là. Si j'avais pas fait le sport sur ordonnance, je m'y serais pas mise. [...] j'avais du coup déjà pris des habitudes. Beh, j'avais des habits de sport. J'en avais pas avant* ». Après un an de ce programme à domicile additionné d'une alimentation « plus saine » et de conseils diététiques livrés avec la méthode sportive, le corps de Myriam a pris une nouvelle apparence et a « *beaucoup changé physiquement* » même si, au début, les résultats ne se voyaient pas. Myriam manifeste son désir de ne plus « *retourner en arrière* » notamment lorsqu'elle regarde des photographies d'elle en surpoids. Pourtant, elle reprend du poids à l'arrêt de son programme-maison. Son frère lui propose alors de l'initier à son activité physique favorite : désormais, Myriam pratique le CrossFit²⁰² depuis quelques mois, initiée par son frère, amateur de cette activité depuis un an et demi et non-sportif auparavant. En ce qui concerne son apparence corporelle, elle confie avoir perdu du poids lors des débuts de cette nouvelle activité mais de stagner depuis quelques temps. De ce fait, elle a repris contact avec un coach sportif,

²⁰¹ En parcourant le web, nous notons que ce programme, intitulé *Insanity Max:30*, est un programme d'entraînement sans équipement et à la maison d'une durée de deux mois, avec une séance journalière de trente minutes et deux jours de repos.

²⁰² Le CrossFit est une « méthode de préparation physique fondée sur la combinaison d'exercices d'haltérophilie, de gymnastique et de sports d'endurance. Cette démarche est enseignée dans des salles privées franchisées, les boxes [...]. Chaque séance consiste en la réalisation d'un Wod (Workout of the day – « l'entraînement du jour »), enchaînement singulier de mouvements de renforcement musculaire et de séquences cardio-respiratoires » (Quidu, 2018).

rencontré lors de son passage à SSO, qui lui a fait une « *diète à suivre super personnalisée* ». Après une perte de quatre kilogrammes en six semaines, Myriam assure avoir « *brulé du gras, construit du muscle* », passant d'une taille 48 lorsqu'elle était au plus haut de son poids à une taille 40, puis à une taille 38 – taille qu'elle n'avait jamais possédée mais qu'elle voulait atteindre (« *j'aimerais bien un 38, j'ai jamais fait un 38 mais j'aimerais bien un 38* »). Aujourd'hui, elle confie d'ailleurs avoir « *dépassé tous les objectifs* » et avoir perdu vingt kilogrammes en deux ans, avant de se reprendre et de préciser « *vingt kilos et cinq-cents grammes* ».

Le discours de Myriam, nous le voyons, tourne autour de son poids et de son apparence corporelle. S'en rendant compte elle-même, Myriam poursuit en expliquant que « *même si finalement de nos jours, je me dis que le chiffre sur la balance ne m'importe plus, mais c'est quand même ce qui me permet de me contrôler donc j'y attache quand même une certaine importance* ». Se peser se révèle comme un « *micro-comportement*²⁰³ » et l'utilisation d'une balance est devenue une habitude pour Myriam, afin de contrôler son poids. Issue d'une classe moyenne et employée de profession, l'apparence corporelle de Myriam est primordiale et le corps reste partie prenante d'une dynamique sociale²⁰⁴ : Myriam appartiendrait ainsi au premier groupe de femmes dans l'enquête de Lhuissier et Régnier. Groupe dans lequel « *le travail sur soi, entrepris par l'intermédiaire d'un régime, se situe dans le registre esthétique, et s'accompagne d'une volonté d'ancrage social où le travail corporel va de pair avec le travail d'auto-formation. Dans ce cas, [ces femmes] semblent davantage vouloir conduire le régime de leur propre initiative, et n'excluent pas le recours au marché (à savoir recours à la médecine libérale et/ou l'achat de produits alimentaires de type o%). Elles attendent du régime qu'il soit très prescriptif et se donnent des objectifs de perte de poids, qu'elles mesurent scrupuleusement par l'intermédiaire de leur balance. Les plus insérées socialement (via des activités associatives ou*

²⁰³ C'est ainsi qu'Erving Goffman qualifie une « *action qui apparaît comme bien codifiée mais dont les implications ou le sens semblent vagues, qui s'inscrit dans un temps très court et qui est réalisée dans un espace restreint* » (Mahi, 2017). Voir : Goffman, E. (1977). *La ritualisation de la féminité. Actes de la recherche en sciences sociales*, 14(1), 34-50. <https://doi.org/10.3406/arss.1977.2553>

²⁰⁴ Or, « *l'attention au corps et au poids augmente avec la proximité aux classes moyennes et au monde du travail : l'alimentation est alors à mettre en relation avec l'intensité des liens sociaux. Ce qui expliquerait que les employées – aux conditions de vie pourtant proches – se distinguent nettement des ouvrières et inactives, ce qui provient sans doute de leur proximité avec les femmes cadres ou professions intermédiaires qu'elles sont amenées à côtoyer dans leur vie professionnelle, ainsi que d'une plus forte exogamie* » (Régnier, 2006).

les membres actifs du réseau familial), elles tendent à se conformer aux normes des employées, leur groupe de référence tant sur le plan professionnel que social » (Lhuissier & Régnier, 2005).

Myriam et Céline sont les exemples d'une mise à l'activité physique à l'âge adulte par suite d'une évolution de l'état de santé (DT2 et incidences physiques d'une prise de poids). L'accroissement de l'activité physique est en lien avec la gestion de leur santé.

3. Des activités physiques fluctuantes tout au long du parcours

Dans la première partie de ce chapitre, la famille a été invoquée comme première instance de la socialisation primaire participant à la construction des goûts sportifs chez les enfants par effet « ascendant » via les parents notamment. Mais, la famille peut également intervenir plus tard dans la socialisation sportive au travers des conjoints notamment. Mariage, divorce et déménagements dans le cadre familial expliquent certaines fluctuations ou irrégularités de la pratique d'une activité physique dans un parcours de vie.

3.1. Engagements et désengagements sportifs : entre vie conjugale et état de santé

Zoé a pris goût à la pratique sportive grâce à l'école et n'a pas bénéficié d'une socialisation sportive par la famille durant son enfance puisque ses parents n'étaient pas du tout sportifs. Elle a alors intégré un club d'aviron dans le sud de la France pendant son adolescence. Majeure, elle rencontre son conjoint et se marie rapidement avec lui. Or, le lien entre la situation conjugale et la santé est fréquemment étudié au travers des comportements qui entraînent des répercussions sur la santé tels que la consommation d'alcool ou de tabac par exemple. Ces études portent généralement un intérêt sur le poids. Ainsi, il en ressort que les célibataires sont moins sédentaires et pratiquent plus souvent une activité physique que les époux et les conjoints de fait²⁰⁵ (Averett et al., 2008). C'est le cas de Zoé pour qui le mariage entraîne l'arrêt de la pratique de l'aviron et de toute autre activité

²⁰⁵ Être conjoints de fait se traduit par deux adultes qui vivent ensemble sans être mariés.

physique. Ce n'est pas le mariage en lui-même qui sonne l'interruption de la pratique mais les changements que ce dernier apporte dans la vie de Zoé : son mari étant originaire de la région Alsace, ils ont quitté le sud de la France pour aller s'y installer. De secrétaire avec des horaires en journée, Zoé devient charcutière pour épauler son conjoint à la boucherie familiale. Changement d'environnement, transition professionnelle et nouvelle vie à deux provoquent cet arrêt de la pratique physique. Mais la vie de couple amène une influence réciproque sur l'un et l'autre des partenaires (Robin, 2007). Ainsi, quelques années plus tard, sous l'effet d'une socialisation conjugale (Darmon, 2007) avec un mari très sportif, Zoé se remet cependant à régulièrement pratiquer une activité physique avec lui : ils partagent alors la passion de la randonnée et jouent au tennis fréquemment, par plaisir. Ils se mettent au tir à l'arc également pendant leurs congés dans des hôtels clubs et ce pendant sept ans.

Néanmoins, le mari de Zoé cumule des « problèmes » de santé : opéré de la hanche pour la première fois à 44 ans, il se fait réopérer quatre fois ensuite. Prothèses de hanche, de genou et de cheville mettent fin aux activités physiques du couple.

Enquêteur : et de votre côté ? Avez-vous continué à faire une activité physique ?

Zoé : ah non ! Je devais aider mon mari avec ses problèmes de santé. Et a peu près au même moment, mon fils est décédé (silence). Puis quelques années de ça, ma fille a eu un accident. Elle a perdu sa main. Alors, j'ai du l'aider aussi.

A cela viennent s'ajouter les propres soucis de santé de Zoé. Dépressive depuis l'arrêt de la cigarette il y a vingt-cinq ans après vingt ans à deux paquets par jour, elle s'est fait opérer du genou à la suite d'une chute de ski, a une hypothyroïdie et a contracté la maladie de Lyme une douzaine d'années avant notre entretien.

Ainsi, Zoé atteste d'un parcours sportif fluctuant : éducation physique et sportive scolaire, pratique en milieu associatif durant l'adolescence, arrêt avec son mariage et les changements qui s'en suivent (professionnel et environnemental), reprise sous l'effet de la socialisation conjugale puis interruption par cumul d'événements impactant l'état de santé et la sphère familiale.

3.2. Le divorce : événement déclencheur de la re-mise à l'activité physique

Perrine a 71 ans au moment de l'entretien et est retraitée depuis dix ans. Travaillant en tant qu'assistante de direction au Département avant sa retraite, elle était auparavant dans le social. Originaire d'Alsace, née à Mulhouse mais ayant vécu à Strasbourg, elle déménage en Normandie avec son mari en 1972 puis en région parisienne pendant neuf mois. Le social lui « *collait à la peau* », elle « *connaissait tout par cœur* ». Redéménageant en Normandie, elle divorce, « *prend [sa] fille sous le bras* » et, en 1986, revient en Alsace pour quitter le petit village normand dans lequel elle avait l'impression de « *crever* »²⁰⁶. C'est à partir de ce moment - divorce et ultime déménagement- que Perrine change de milieu professionnel et se retrouve dans l'administratif au sein d'une direction des ressources humaines. Cela ne lui convient pas et elle se retrouve à nouveau dans le secteur du social, au service de protection de l'enfance. Mais, « *ramenant les dossiers sur son dos chaque soir* », sentant que ce travail lui pesait beaucoup, elle décide encore une fois de changer de travail. C'est à ce moment-là qu'elle se retrouve au sein du Département gérant l'organisation et la gestion de planning de ses services.

Opérée deux fois du cœur (en 2000 et en 2010) à la suite d'un staphylocoque doré attaquant cet organe, elle s'est inscrite, à son initiative, dans le programme sport-santé sur ordonnance notamment pour « *repandre le vélo* » et a arrêté sa participation au bout d'un an, ne souhaitant pas s'investir financièrement²⁰⁷ et trouvant les groupes trop « *inégaux* » en termes de pratique. Cependant, depuis un an, Perrine explique avoir cessé la pratique sportive : « *J'en ai eu marre. Mon petit corps... À croire que mon petit corps me disait "oh hé oh ! stop hein ! On fait une pause !"* » et est passé « *des jambes à la tête* » en transférant son temps libre sur des activités culturelles. Ainsi, pour « *soigner [ses] petites neurones* », elle participe à des conférences. À l'aide des réseaux sociaux, une « *mine d'or* » selon elle, elle trouve tous les jours une réunion, une conférence, une soirée « *philo* »,

²⁰⁶ Perrine explique avoir passé quinze ans en Normandie. Trouvant la région « *sympa* » tant qu'elle était mariée, celle-ci lui est apparue « *bourgeoise [...] huppée* » une fois seule.

²⁰⁷ Perrine explique alors qu'elle participe également aux activités gratuites proposées par la Ville de Strasbourg, justifiant ainsi son désengagement dans le dispositif.

un atelier à suivre : l'un organisé le soir même de notre entretien, par un club d'orchidophiles²⁰⁸. Désormais, son vélo reste à la cave et Perrine nous explique qu'il n'est pas fait pour la ville : « *C'est pratiquement un vélo d'homme. Avec la barre. C'est un super vélo, mais maintenant à mon âge... Parce que je faisais aussi partie d'un club de vélo ! On a fait le tour de la Bourgogne, circulé dans les Vosges... J'aurais dû le changer. Mais du coup, j'ai réappris avec sport-santé mais n'en ait pas refait depuis* ». Elle continue néanmoins à se déplacer à pied, habitant près du centre-ville et fais ses courses avec son chariot se justifiant ainsi : « *La voiture ? Elle a 16 ans et 52 000 kilomètres, ça veut tout dire !* ».

Lorsqu'on aborde le sujet -activités physiques pratiquées tout au long de la vie-, Perrine nous répond : « *Moi ? Ohlalala, si je devais vous énumérer tous les sports que j'ai fait...* », dévoilant ainsi un nombre important et une certaine diversité des pratiques. Du cheval au ski alpin, de l'aérobic à la gym sénior, avec « *exactement 60 kilomètres de randonnée par semaine* », Perrine semble avoir un vécu sportif important depuis son divorce : « *Je suis assez battante. Oui, donc faut que ça change, que ça bouge, faut que ça remue. Faut que j'apprenne...* ». Mariée à l'âge de 21 ans, « *trop jeune* » à son goût, et avec un homme ne lui correspondant pas²⁰⁹, le divorce de Perrine apparaît comme une véritable bifurcation dans son parcours de vie. En effet, un divorce amène un changement dans tous les espaces de la vie. Si, généralement, il existe des « stratégies mises en œuvre par les acteurs sociaux pour tenter éventuellement de limiter les effets de contagion, de façon à ce qu'un changement ou une rupture survenant dans un domaine ne mette pas en péril la stabilité et la continuité dans un autre » (Hélaridot, 2006), le discours de Perrine montre que son divorce constitue plutôt une « occasion » de modifier certains aspects de sa vie telle une expérience de conversion de soi. Nous avons déjà pu voir l'impact de cet événement sur le besoin de changer d'environnement, - Perrine et sa fille ont alors déménagé en Alsace -, mais également sur son travail avec cette volonté de reconversion professionnelle. Le divorce « fonctionne comme un événement déclencheur de la

²⁰⁸Il s'agit d'une association qui regroupe des amateurs passionnés d'orchidées et qui partage la connaissance des soins de celles-ci.

²⁰⁹ « On ne connaît rien à la vie à cet âge là [...]. Lui, ça a été le premier où ça a été plus loin. Donc je ne connaissais pas la vie, je ne connaissais pas les hommes. Je ne sais pas si vous connaissez les hommes de ma génération. C'est une image peaufinée. [...], il me disait que sa mère lui préparait ses tartines le matin. Je lui répondais qu'il avait qu'à se les faire lui-même et qu'à la rigueur qu'il fasse les miennes ! » (Perrine).

reconversion » (Negroni, 2005). Et, si la revue systémique de Gropper et de ses collaborateurs montrent que le divorce n'a été associé à aucun changement dans l'activité physique (Gropper et al., 2020), pour Perrine, celui-ci apparaît comme *turning point* en ce qui concerne sa pratique physique et ses loisirs. Non socialisée à la pratique sportive par ses parents, elle commence à occasionnellement monter à cheval après son mariage parce que « *c'était élégant, parce que ça faisait bien dans la société de faire du cheval* », montrant ainsi son appartenance, à ce moment-là de sa vie, à un milieu social favorisé. Mais c'est surtout après son divorce que Perrine commence à s'investir physiquement dans de nouvelles activités, commençant par l'aérobic : « *je me donnais à fond ! J'adorais ça !* » puis enchaînant avec de multiples activités physiques.

Encadré 7 Perrine : une anorexie cachée ?

Le rapport au poids de Perrine est différemment marqué que les autres personnes du corpus : en parlant des membres du groupe d'apprentissage du vélo auquel elle appartenait dans le cadre de sport-santé sur ordonnance, Perrine parle de « *femmes qui étaient énormes* », insistant sur ce dernier mot. Elle nous explique alors avoir été en surpoids pendant l'adolescence étant à 53 kilogrammes contre 48 actuellement. Se trouvant « *fort enrobée* » lorsqu'elle était à ce poids, elle dit cependant « *s'asseoir sur ses os* » avec son poids actuel. Il apparaît une certaine rigidité dans l'idée de la pesée chez Perrine : elle doit absolument peser ce poids-ci pour ne pas être ni en surpoids, ni en souspoids.

S'engageant avec son mari à ses 21 ans et portant encore cet « *enrobage d'ado*²¹⁰ », Perrine a accumulé les régimes pour maigrir afin d'« *être belle pour [son] mariage* ». Restant à un « *poids acceptable* » pour elle la majorité de sa vie, c'est à la suite d'une opération médicale qu'elle raconte perdre du poids : en effet, après une opération bénigne des dents à l'hôpital

²¹⁰ Tout comme Emma, Perrine renvoie ce surpoids à un terrain familial favorable : « *tous dans la famille, on avait tendance à ... Mes parents étaient rondouillards* ».

au début des années 2000, Perrine attrape une infection au staphylocoque doré. Ce dernier s'est « *attaqué à la valve* » de son cœur. Urgences, réanimation, soins intensifs, alimentation par sonde, etc. ont fait qu'elle a perdu six kilogrammes en un mois. Par suite de cela, reprendre du poids a été difficile : « *à une époque, je faisais six repas par jours* » raconte-t-elle, « *pour reprendre 100 grammes péniblement. Vraiment, je me suis battue pour reprendre parce que si un soir je ne mange pas, je perds directement 500 grammes le lendemain sur la balance* ».

Le discours de Perrine sous-entend l'existence d'une éventuelle anorexie avec une personne « quasi-professionnelle du discours sur soi » (Darmon, 2008). Tout comme les anorexiques interviewées par Muriel Darmon, la « carrière d'anorexique » de Perrine commence par un régime (celui entamée pour son mariage) : l'auteure décrit cela comme une démarche d'engagement volontariste vers une profonde transformation de soi, un « commencer par se prendre en main ». Pratique socialement située, l'anorexie touche majoritairement les jeunes femmes, de classe sociale moyenne à supérieure (Darmon, 2008) dont fait partie Perrine²¹¹. Au-delà, son rapport particulier au poids, notamment à ce chiffre indiqué par la balance, est saillant et révélateur : une minceur associée à la beauté, un poids jugé « *acceptable* », des autres « *énormes* » ...

4. Deux parcours marqués par l'absence d'activités physiques

Précédemment, nous avons mis en avant des entretiens dévoilant des évolutions d'activités physiques tout au long du parcours notamment sous l'effet d'événements biographiques, de tournants et de faits marquants. Ces derniers permettent soit une augmentation de la pratique, soit une diminution – parfois jusqu'à son interruption -, ou encore une fluctuation de celle-ci. Mais, deux parcours sont particulièrement marqués par l'absence de la pratique d'activités physiques de l'enfance au dispositif Sport-santé sur ordonnance : ceux de Fatima et de Lilia.

²¹¹ Perrine pratique occasionnellement l'équitation à la suite de son mariage car cela « fait bien dans la société ». De plus, elle indique habiter à ce moment en Normandie, « dans la campagne, mais la campagne bourgeoise ».

Fatima vient d'un milieu algérien populaire, n'a pas fait d'études et n'a jamais travaillé avant son arrivée en France à l'âge de 46 ans. Lilia est issue d'une famille plus aisée, a étudié les sciences de la vie à l'Université et a enseigné cette matière dans des collèges en Algérie. Elles proviennent donc de deux milieux sociaux distincts et cette différence ne permet donc pas d'expliquer ce parcours similaire en termes d'activité physique. De la même tranche d'âge, Fatima (64 ans) et Lilia (65 ans) sont toutes deux issues de l'immigration et ont passé leur enfance dans leur pays d'origine : l'Algérie. Comme nous l'avons vu dans le paragraphe sur la socialisation primaire des immigrés (p.164), l'éducation physique et/ou sportive était inexistante dans les écoles primaires algériennes dans les années 1960. De plus, dans ces pays du Maghreb à dominance musulmane, le sport féminin est une question délicate puisque les représentations du corps sportif (mince, élancé, musclé) sont en opposition avec une « vision traditionnelle de la femme idéale, épouse et mère » (Tlili, 2002) dont les représentations du corps féminin sont situées entre passivité²¹², embonpoint et pudeur²¹³. Fatima et Lilia n'ont donc pas bénéficié d'une socialisation sportive ni par l'école, ni par la famille. Or, c'est ce qui les différencie de toutes les autres personnes du corpus. En effet, si certains enquêtés n'ont que peu pratiqué durant leur enfance, ils possèdent tout de même une – faible – socialisation sportive, obtenue à travers l'éducation physique et sportive obligatoire à l'école. Grandir dans un pays où l'EPS n'était/n'est pas une matière à part entière du système scolaire et l'absence d'une socialisation sportive par d'éventuels membres de la famille²¹⁴ favorisent donc un non-intérêt pour la pratique sportive tout au long du parcours et ce, malgré des événements biographiques pouvant conduire à la mise à l'activité physique²¹⁵.

²¹² Sur cette passivité, Bourdieu affirmait que « à la passivité de la hurma, de nature féminine, s'oppose la susceptibilité active du nif (honneur en kabyle), de nature virile. Si la hurma s'identifie au sacré, gauche, c'est-à-dire, essentiellement au féminin, le nif est la vertu virile par excellence » (Bourdieu, 2000).

²¹³ D'ailleurs, l'habit est « l'un des principaux éléments différenciateurs qui marque cette dichotomie sexuelle des identités et des frontières entre les corps. Quand il s'agit de la femme, il est considéré comme un instrument de pudeur indispensable pour cacher certaines de ses parties, sinon sa totalité » (Tlili, 2002).

²¹⁴ À l'inverse de Sandra, par exemple, également née en Algérie quelques années plus tard mais qui montre une socialisation sportive familiale forte.

²¹⁵ Comme la modification de l'état de santé (voir Chapitre V, 2. avec les exemples de Céline et de Myriam).

Conclusion du chapitre V

Compte tenu des bénéfices de l'activité physique régulière pour la santé, il paraît important de saisir le rapport des individus à l'AP au cours du parcours de vie et de comprendre comment les individus commencent ou mettent fin à leurs pratiques physiques. Au regard des récits recueillis, les individus arborent des parcours de vie marqués par un accroissement, une diminution, des fluctuations ou encore une absence de l'activité physique au cours de la vie. Les événements de la vie et les transitions qu'ils peuvent engendrer sont souvent associés à des changements dans le rapport à l'AP. Ceci conforte l'idée que l'activité physique est un comportement fluctuant et généralement non stable dans le temps comme l'illustrent Rauner et ses collaborateurs par un suivi quantitatif de l'AP (2015) ou encore Shang et al. (2018) à partir d'une revue de littérature. En effet, « *because many transitions and life-changing events experienced during the course of life influence physical activity, the level of tracking of physical activity is likely to vary at different phases of life* » (Telama, 2009, p. 187). Cette analyse des comportements en terme d'AP au sein des parcours montre, par exemple, que des événements semblables n'ont pas nécessairement des impacts similaires sur la pratique physique d'un individu à l'autre (Gropper et al., 2020). L'apparition d'une maladie ou un état de santé déstabilisé n'entraîne pas obligatoirement un arrêt de l'activité physique. Parfois, elle permet, au contraire, de s'initier à la pratique physique ou de s'y remettre. Ainsi, il existe une certaine capacité de l'acteur à maîtriser en partie sa « socialisation » : tous les individus ne construisent pas la même réponse malgré un parcours sensiblement identique. Il existerait une sorte de marge de manœuvre ou de négociation (Perrenoud, 1976).

Dans notre corpus, l'abandon de l'AP s'explique principalement par des ruptures biographiques liées à des décès, à des transitions d'étape de la vie (des études à la vie professionnelle notamment) ou à des variations de l'état de santé. Les changements dans la vie familiale ou conjugale entraînent soit des augmentations soit des diminutions de l'activité physique tout comme le développement d'une pathologie. Dans notre corpus, la question de la santé engendre une diminution voire un arrêt de la pratique lors qu'il y a un cumul de « problèmes » physiques ou un *turning point* impactant la santé et ceci, malgré une socialisation sportive conséquente. C'est le cas d'Alexandre, dont les poumons et les yeux sont défaillants et qui présente un diabète de type 2 ou encore de Sandra et son grave

accident de voiture l'ayant conduit à une hospitalisation et à une rééducation stricte. Entre son opération du genou, la déficience de sa thyroïde et la maladie de Lyme, Zoé a également cessé de pratiquer. En revanche, une pathologie unique, ne présentant pas de surcroît une dégradation immédiate de l'état de santé, semble plus aisément conduire à une augmentation de l'AP. L'exemple de Céline entre dans ce cadre puisque son DT2 et le besoin de réguler sa glycémie la conduisent à se remettre à l'activité physique.

Ainsi, bien que ces rapports à l'activité physique soient autodéclarés et individuellement perçus, ce qui peut apparaître comme une limite en raison de potentiel biais (liés notamment à la mémoire), cette analyse de biographies rétrospectives permet de comprendre quand, pourquoi et de quelle manière les individus adoptent une activité physique ou cessent une pratique physique. Cela montre que les événements de la vie ont un impact positif ou négatif sur l'AP et permet une compréhension des changements de comportement des activités physiques tout au long de la vie et chez des malades chroniques. Néanmoins, une enquête longitudinale permettrait d'ajouter une valeur explicative à ces résultats plutôt descriptifs en accordant plus d'importance à l'analyse socioculturelle.

**Chapitre VI Pratiquer du sport-santé au sein du dispositif
strasbourgeois : du « programme institutionnel » aux
stratégies des usagers**

Si le quatrième chapitre mettait l'accent sur les facteurs d'engagement, de désengagement ou de poursuite d'une activité physique après le dispositif SSO, le cinquième offrait une lecture compréhensive des parcours de vie des usagers afin d'analyser les différents comportements en termes d'activité physique face aux événements, aléas et bifurcations de la vie.

Dans ce sixième chapitre, l'accent est mis sur le niveau « méso », à savoir le « programme institutionnel » (Dubet, 2002) du sport sur ordonnance, dispositif symbolique et pratique qui conçoit, offre les pratiques physiques de santé et institue des sujets (usagers, bénéficiaires, patients...) ²¹⁶. Ce programme institutionnel désigne un mode de socialisation ou un type de relation à l'autre, celui que l'instituteur en milieu scolaire ou le médecin dans le secteur médical met en œuvre avec ses élèves ou ses patients. Ce programme considère ainsi que le travail sur autrui est une médiation entre des valeurs universelles et des individus particuliers. Il est porteur d'une tension se situant entre socialisation et autonomisation. En effet, un programme institutionnel s'appuie sur la socialisation secondaire (Darmon, 2007; Dubar, 2015; Simmel et al., 2013) pour inculquer des normes qui conforment l'individu et, en même temps, les rendent autonomes. Dubet indique à ce sujet que « dans le même mouvement il socialise l'individu et prétend le constituer en sujet » (2002, p. 35).

Le « programme institutionnel sport-santé » comprend d'abord le parcours-type de l'utilisateur, les activités physiques offertes, les créneaux, les éducateurs sportifs, les effectifs, etc. Les objectifs affichés du programme sont les objectifs principaux et de santé tel que « favoriser la pratique d'une activité physique régulière, modérée et adaptée à l'état de santé des malades chroniques, dans une

²¹⁶ Pour le sociologue François Dubet, l'institution est en effet « un dispositif symbolique et pratique chargé d'instituer des sujets » et ce « programme institutionnel est d'abord défini par un ensemble de principes et de valeurs définis comme "sacrés", homogènes et n'ayant pas besoin d'être justifiés ». (2010).

optique de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé »²¹⁷ et qui sont exposés par le dispositif strasbourgeois (voir *Figure n*).

Objectifs

En lien avec le CLS II et le programme régional Prescri'mouv, la Ville de Strasbourg et les partenaires du dispositif ont identifié des problématiques de santé territoriales. Dans une optique de lutte contre les inégalités sociales et territoriales en matière de santé, Sport Santé sur Ordonnance est un moyen d'action et de prévention de certaines pathologies identifiées comme prioritaires et sur lesquelles la pratique d'une activité physique adaptée a un effet thérapeutique. L'expansion régionale du dispositif a ainsi permis d'étendre le champ d'action de Sport santé sur Ordonnance à de nouvelles pathologies.

Ce dispositif a pour objectif de favoriser la pratique d'une activité physique modérée, régulière et adaptée à l'état de santé des bénéficiaires. Il propose ainsi une prise en charge individuelle et collective sous forme de séances d'activités physiques adaptées aux maladies chroniques et aux personnes âgées considérées comme fragiles.

Il doit permettre à terme de modifier de façon durable les comportements défavorables à la santé, en luttant contre la sédentarité et en augmentant l'activité physique régulière, afin de valoriser l'adoption d'un mode de vie actif par le bénéficiaire.

Figure n Extrait du rapport d'activité SSO 2020

Le programme institutionnel comprend également une dimension symbolique et pratique, c'est-à-dire ce qui est réellement transmis ou les objectifs cachés comme la socialisation secondaire, la relation entre les éducateurs sportifs et les usagers... Au-delà du parcours prescrit, des arrangements, des appropriations ou encore des résistances apparaissent également dans le programme. Ils sont notamment liées à des stratégies individuelles, conscientes ou non, fonctionnant par intérêt (avec des individus s'emparant du dispositif pour sa gratuité par exemple) ou en partie rationnelle (portés par leur état de santé, leur parcours de vie). Ces stratégies sont une sorte d'anticipation de ce qu'on attend, elles ne sont détectées qu'après coup, dans une certaine cohérence mise en lumière par les discours des usagers.

Il s'agira dès lors dans ce chapitre de détecter le jeu ou les marges de liberté possibles permettant aux bénéficiaires de construire des stratégies individuelles de mise à l'activité physique, de poursuite

²¹⁷ <https://www.strasbourg.eu/sport-sante-sur-ordonnance-strasbourg>

de la pratique ou d'un désengagement de celle-ci. L'influence des encadrants sur le rapport des usagers à la pratique du sport-santé et au dispositif sera également mise en exergue.

Attentif à la parole des usagers, ce chapitre interroge le sens qu'ils donnent à leurs actions, leur expérience, leur mobilisation mais aussi leur « découragement » ou abandon de l'activité physique au sein du dispositif sport-santé sur ordonnance. Quels sont les raisons des freins ou au contraire des facteurs facilitant l'inscription dans l'action de santé publique ? Les résultats de l'enquête montrent que les expériences vécues au sein de SSO sont nombreuses, entre résistances et bénéfiques pour la santé. Au sein du programme, l'encadrement des activités de sport-santé agit également sur les expériences, les socialisations à l'AP et la « carrière » dans le dispositif. Ainsi, les compétences relationnelles et didactiques des éducateurs sportifs et les professionnels de santé influencent fortement le rapport des usagers au dispositif. Si les médecins prescripteurs en permettent l'accès²¹⁸, les éducateurs sportifs sont les garants du maintien des usagers dans le dispositif, ils sont considérés comme des « travailleur[s] sur autrui » (Dubet, 2002). Le chapitre sera également l'occasion d'analyser leur place et rôle dans les discours des usagers. « Entrepreneurs », « passeurs » de « valeurs » (Bergeron et al., 2013) ou encore « intervenants », ces experts professionnels du « sport-santé » (Perrin, 2021) sont au cœur des discours et contribuent à la socialisation sportive des usagers. Mais la relation entre ces deux catégories d'acteurs apparaît délicate. Les récits récoltés apparaissent ainsi comme « des supports d'analyse légitimes de l'action institutionnelle » (Demazière & Zune, 2019, p. 9).

Ainsi, les expériences individuelles du sport-santé strasbourgeois et les stratégies d'engagement seront analysées dans un premier temps. Nous verrons comment et pourquoi les usagers s'emparent du dispositif : certains appuient l'aspect gratuit de l'action public comme facteur d'engagement, tandis que pour d'autres, SSO constitue un moyen de s'extraire d'un environnement. Le regard porté sur les expériences subjectives permettra d'éclairer des singularités mais également de proposer des profils d'usagers selon les effets ressentis de l'activité physique de santé : des personnes socialement

²¹⁸ Voir partie sur L'entrée institutionnelle : des médecins promoteurs aux usagers « entrepreneurs ».

isolées n'éprouvent pas les mêmes besoins et ne constatent pas mêmes résultats que les individus pluripathologiques.

Ensuite, dans la deuxième partie du chapitre, notre réflexion glissera sur l'effet des « autres », c'est-à-dire, les pairs – les autres usagers –, ainsi que les éducateurs sportifs. La relation entre ces acteurs est prédominante et l'analyse des discours met en avant des attentes particulières envers les éducateurs sportifs mais remettent également en question leurs « compétences » renvoyant ainsi à leurs formations. A la fois facteur de motivation mais aussi de désengagement, les éducateurs sportifs ont une relation privilégiée avec les usagers. Celle-ci et l'étude des entretiens montrent une recherche d'autonomie de plus en plus forte chez les bénéficiaires de l'action strasbourgeoise, conduisant à des « négociations » et à l'émergence d'« usagers-experts ».

Enfin, la troisième partie s'intéressera aux activités physiques à la sortie et après le dispositif strasbourgeois et notamment aux modalités de celles-ci : pour et par quels motifs les usagers poursuivent-ils une activité physique ? Quel sens donnent-ils à la persistance de l'engagement dans ces pratiques physiques régulières ? Parfois, cet engagement tiendra d'une transformation de la socialisation primaire, d'autrefois d'une évolution de celle-ci. Les entretiens montreront également que le maintien dans un « mode de vie actif » ne tient pas seulement à la gestion de la maladie mais à une volonté de prendre soin de soi, à un moyen de se dépenser physiquement ou de se surpasser ou encore à une manière de s'extraire du milieu médical.

3. Stratégies et expériences subjectives des activités physiques de santé au sein du dispositif

Volontaires ou non, réfléchies ou non, conscientes ou non, les stratégies sont propres aux individus et sont en grande partie tributaires de leur habitus²¹⁹. Associées aux pathologies, ces stratégies conduisent à des expériences diverses et variées et traduisent « un habitus et une éthique, système de préférences et de penchants déterminés par la position sociale et l'histoire singulière » (Gasparini, 1993, p. 84) des usagers.

L'analyse des discours des anciens usagers met en exergue plusieurs de ces stratégies que nous allons illustrer ci-après en nous intéressant tout d'abord aux résistances et modalités d'entrée dans le dispositif. Nous verrons ainsi que le dispositif strasbourgeois n'est pas uniquement saisi pour pratiquer une activité physique adaptée : connaître d'autres sports, augmenter sa pratique physique gratuitement, éviter un traitement médicamenteux mais également s'extirper d'un environnement oppressant sont des finalités que l'on retrouve très souvent dans les stratégies des usagers.

3.1. Des résistances aux différentes modalités d'engagement

La prescription médicale d'activité physique est la « porte d'entrée » du dispositif strasbourgeois mais elle ne suffit pas à motiver le patient à intégrer Sport-santé sur ordonnance. En effet, comme pour la prise d'un traitement médicamenteux, recevoir l'acte médical ne certifie pas la consommation réelle ni la manière de consommer : un patient peut accepter l'ordonnance et ne jamais se rendre à la pharmacie pour chercher ses médicaments. La prescription permet une grande variété de conduites, dont le « non-recours » décrit par Warin (2008)²²⁰. De même, un patient peut débiter son traitement et l'arrêter, ou le prendre de manière irrégulière. La « consommation » de

²¹⁹ A l'opposé du calcul rationnel explicite et réfléchi d'une stratégie commerciale par exemple. La stratégie n'est en effet pas uniquement intéressée ou anticipée dans un but de résultats. Ainsi, Bourdieu ne la réduit ni au « produit d'un programme inconscient » ni au « résultat d'un calcul conscient et rationnel », mais la qualifie comme « une invention permanente, indispensable pour s'adapter à des situations indéfiniment variées » (Bourdieu, 1987).

²²⁰ Voir conclusion du chapitre II.

l'activité physique de santé suit la même logique. Dès lors, cette partie s'intéresse aux raisons invoquées par les usagers pour s'inscrire dans le dispositif et pratiquer mais également aux résistances et freins rencontrés dans leur expérience d'une activité physique prescrite.

3.1.1. Une année gratuite et une tarification « adaptée » : un facteur déterminant

Les séances de sport sur ordonnance prescrites aux patients atteints d'une affection de longue durée ne sont pas remboursées par l'Assurance maladie. La ville de Strasbourg a donc fait le choix, à l'aide des financements de ses partenaires, de proposer une première année gratuite et deux années supplémentaires soumises à une tarification solidaire²²¹. Si certaines mutuelles et complémentaires santé commencent à rembourser intégralement ou partiellement des séances à leurs assurés, ce n'était pas encore le cas au moment de la pratique des activités prescrites des usagers du corpus²²².

Comme l'ont montré d'autres études sociologiques, « beaucoup insistent sur le caractère déterminant de la gratuité de l'accès aux pratiques sportives » (Gasparini & Knobé, 2015). D'autres s'emparent de cette première année comme d'une possibilité de pratiquer encore plus. C'est le cas de Emma, employant un coach à domicile :

Emma : [...] c'était une façon de faire du sport en sport en plus et gratuite, faut pas... faut pas cracher dessus, parce que quand on voit le sport actuellement, si vous allez en salle ou quoi, ça a des coûts.[...] Le moindre sport, ben faut payer, donc ça a des coûts. Moi ça ne m'a pas personnellement choquée quoi. Moi je trouvais ça au contraire bien, pour aider les gens qui ont des soucis, pourquoi pas hein. Si ça peut en motiver certains à aller bouger...

De son côté, Mélanie apprécie de pouvoir s'engager dans une nouvelle activité gratuite, adaptée et encadrée²²³ (Lutrat & Gasparini, 2021) :

²²¹ Voir la partie « La prescription médicale d'activité physique strasbourgeoise : une action de santé publique locale ».

²²² Le décret étant paru en 2017 et nos entretiens ont majoritairement eu lieu cette même année.

²²³ Pour un approfondissement, voir Lutrat, F. & Gasparini, W. (2021). Sport sur ordonnance : de la prescription à l'engagement des bénéficiaires atteints d'une maladie chronique. *Santé Publique*, 33, 221-231. <https://doi.org/10.3917/spub.212.0221>

Mélanie : ... Parce que, je vais vous dire pourquoi je suis allée : c'était gratuit. Et c'est la première fois en... X années, que j'ai droit à quelque chose de gratuit! J'ai jamais rien eu de gratuit! [...] Franchement, c'était même pas les bienfaits que ça aurait pu m'apporter au départ [...], c'était pour essayer le sport, et pour une fois, c'était gratuit. Alors que, en y réfléchissant, c'était pas gratuit, étant donné que je paie des impôts locaux, des impôts sur le revenu !

Les deux années supplémentaires soumises à la tarification solidaire effectuée selon le quotient familial apparaissent également comme un argument à la poursuite de la pratique dans le dispositif. Ainsi, Zoé nous indique que son quotient familial n'est « pas brillant (rires) » et que cette adaptation financière est importante pour elle :

Zoé : Mais je, je trouve que c'est correct. Parce que 50 euros ça fait même pas 5 euros par mois, pour faire deux ou trois sports, vous voyez là je peux suivre. Par contre 200 euros pour aller à la piscine ça je peux pas. Ça coûte un bras, vous avez ça, vous avez l'entrée de la piscine et vous avez le cours de, de gym aquatique.

Les usagers davantage dotés en capital économique reconnaissent de leur côté l'importance de cette « aide », par exemple Joséphine, 73 ans, retraitée de l'industrie pharmaceutique :

Joséphine : moi j'ai trouvé ça très raisonnable comme coût hein, franchement ! Donc, c'est vrai que j'ai les moyens de payer le double. C'était cent euros, ou cent dix je sais plus bien.

Enquêteur : C'est selon votre quotient familial donc vingt, cinquante ou cent euros l'année.

Joséphine : Voilà, je peux pour deux cours par semaine payer deux cents euros par semaine sans problème. Bon tout le monde ne peut pas. Moi je peux. Donc voilà. Pour l'instant (rires) [...]. Donc j'ai trouvé ça très raisonnable. A l'ARES²²⁴, pour un cours par semaine d'une heure plus l'inscription, j'en ai pour deux cent cinquante ou deux cent soixante euros.

Enquêteur : Pour un cours par semaine ?

Joséphine : Pour un cours par semaine. Donc, c'est le double du prix parce que je suis obligée de prendre un deuxième cours. Enfin je suis obligée... je veux prendre un deuxième co... Il me faut ça moi au moins ! Et la ligue pour le cancer c'est gratuit mais on peut le faire que sur quelques mois ou quelque chose comme ça. A des périodes entre les traitements, etc.

²²⁴ L'ARES est un centre socio-culturel du quartier de l'Esplanade à Strasbourg. Il propose des activités diverses et variées (activités physiques, musicales, manuelles, etc.).

En revanche, Perrine, 71 ans, retraitée, auparavant employée dans un service du Département, estime avoir d'autres possibilités pour pratiquer une activité physique de manière gratuite comme au travers des séances proposées par la Ville de Strasbourg ou de façon autonome.

Perrine : En tout cas, je me suis dit allez bon je vais en profiter ! Pendant un an voir ce que ça donne. Mais je ne savais pas que c'était payant au départ. L'année suivante. Ou alors on me l'a dit mais ouh. J'ai entendu ce que je voulais. (rire)

Enquêteur : donc le fait de devoir payer vous a fait arrêter ?

Perrine : Oui voilà. Je me suis dit ben si c'est ça j'arrête. C'est que j'avais d'autres possibilités, je pouvais faire de la gym, je pouvais faire...D'autres choses gratuites ! Ceci dit c'est vrai que même cent euros c'est moins cher que les clubs ou les assos hein. Ah ouai non moi à l'époque c'est ça qui m'a arrêté. J'ai dit « si c'est ça, j'arrête. »

C'est le cas également de Gaëlle, retraitée de classe moyenne, qui estime, ayant eu un cancer « avoir le droit à plein d'activités gratuites », étant sénior aussi et donc d'avoir l'impression « d'avoir payé 100€ pour rien du tout ».

Gaëlle : Y a un problème de communication ! Donc, je me suis mise à sport santé en me disant qu'on va pouvoir me proposer des choses adéquates par rapport à ce que j'ai, et je m'aperçois que c'est un leurre. Une fois que j'ai payé les 100€, on me propose, pas grand-chose quoi. Vous voyez, on me dit : Bon vous payez 100€. Bon ok, je paye 100€ et après on dit : Bon ben on va voir : ça c'est pas possible, ça c'est pas possible. J'ai l'impression d'avoir été dupée à la fin.

Il ressort des entretiens que la gratuité de la première année de sport-santé sur ordonnance apparaît comme un facteur déterminant, notamment pour les personnes dont la situation financière ne leur permet pas de s'inscrire dans une salle de sport ou d'acquérir une licence sportive. Mais ce n'est pas la seule raison. En effet, certains bénéficiaires ne souhaitent pas payer pour continuer et ce ne sont pas forcément ceux ayant le moins de moyens comme le montre l'entretien de Perrine, aujourd'hui retraitée²²⁵.

Aussi, la mise en exergue par les usagers de la gratuité et de la tarification répond à deux stratégies. D'une part, les pratiquants issus des classes moyennes, retraités et souvent atteints d'une ou

²²⁵ Voir Le divorce : événement déclencheur de la re-mise à l'activité physique, p.178

plusieurs pathologies considèrent l'aspect financier du dispositif comme un frein car ils estiment avoir d'autres possibilités de pratiquer une activité physique gratuitement (en tant que seniors ou avec la Ligue contre le cancer par exemple). D'autre part, les usagers ayant déjà une pratique hors du dispositif ou n'ayant aucune maladie « s'emparent » du SSO qu'ils considèrent comme un moyen d'augmenter leur pratique physique de manière gratuite ou à tarification plus « attractive » que dans les salles de sports ou les associations sportives.

3.1.2. Bouger et se « soigner »

Si la gratuité apparaît comme une motivation à l'inscription, rares sont les usagers justifiant leur accès à sport-santé sur ordonnance pour simplement « pratiquer » une activité physique -en partie-gratuite. Pour ces malades chroniques, le dispositif strasbourgeois apparaît comme une plus-value à leur traitement thérapeutique, comme un moyen d'entretenir sa santé comme le souligne Arthur :

Arthur : Non, mais c'est important le sport. Y a plein ...avec l'âge. Parce que rien que le fait de travailler, ça ne suffit pas. Le travail ne suffit pas. Je vous avoue franchement dit. J'ai travaillé toute ma vie. Ça fait 50 ans que je travaille, ce n'est pas ça qui vous entretient, c'est de faire du sport, vraiment. Il faut faire du sport. Faut dénouer.

Parfois, il s'agit de se « remettre en forme » à la fois pour améliorer sa santé, mais également pour préparer son corps à une éventuelle rechute. C'est le cas de Gaëlle qui mentionne son cancer :

Gaëlle : Alors la raison pour laquelle je suis rentrée de nouveau dans ce dispositif, c'est que je suis quand même...disons, je suis en surpoids, j'ai un dos qui a été très esquiné, j'ai un cancer qui...peut toujours revenir. Je me suis dit que physiquement il fallait que je trouve la forme et ... donc c'est pour ça que je me suis inscrite au dispositif.

D'autres encore s'emparent de la possibilité de d'accéder à une activité physique encadrée comme d'un moyen d'éviter un traitement médicamenteux :

Béatrice : c'est là que ça a commencé... les hémoglobines glyquées... Oui, là ça commençait à augmenter, et... en 2012... là on m'a dit : « Ah, il faut faire attention, tout ça » parce que là j'étais quand même à 6,2... [...] Et puis, six mois après, j'ai dit : « Bon ben il faut que je me prenne en main », parce que là j'étais à 6,6 alors quand même... Et ce qu'il y avait... ils commençaient à me prescrire un traitement, et moi je suis anti-médicament.

Ainsi, pratiquer une activité physique prescrite constitue une stratégie de contournement pour éviter un traitement thérapeutique. Dans ce cadre, Béatrice est consciente que bouger et être physiquement actif participent à stabiliser certaines pathologies. La perte de poids est également l'une des raisons les plus souvent citées dans les entretiens. Ainsi en est-il de Zoé :

Zoé : Et le docteur m'a dit « madame, le poids il est là ». Quand on a vu comment je mangeais, hein le matin un café noir sans sucre, une tranche de pain complet, 20 grammes de fromage, un fruit. Rien jusqu'à midi. A midi, je mange normalement. C'est-à-dire, par exemple à midi, j'ai un coquelet et j'ai du riz. Donc je vais le manger comme ça. Je mange un fruit. Le soir avec mon mari on mange une pomme, un yaourt, des fois une soupe, un yaourt... Et je lui dis, « je ne peux pas moins manger que ça ». Moi, avoir faim, et avoir l'estomac qui fait crrrroutch, je peux plus. Je l'ai fait quand j'étais jeune, et je lui dis en plus quand j'ai faim, je vais manger n'importe quoi, je vais le manger vite et j'ai des ennuis d'estomac à me rouler par terre, donc j'ai dit non, je peux pas. Donc on a tout fait, on a pesé l'huile, on a pesé le sel, pour être sûrs pendant huit mois... Et donc il m'a hospitalisée 48h, et il m'a dit « madame, y'a qu'un truc, c'est de faire du sport pour brûler les calories ».

3.1.3. Sortir de chez soi et sortir du « quartier »

« Bien vieillir²²⁶ » sous-entend « pouvoir sortir de chez soi », conserver une certaine autonomie dans ses déplacements et dans ses occupations (Collinet & Delalandre, 2014; Crignon-De Oliveira, 2010; Toussaint, 2008). La retraite entraîne une réorganisation des activités en lien avec le vieillissement, pouvant être synonyme de déprise²²⁷ (Caradec, 2004). Pour Yves, retraité de 68 ans, s'engager dans Sport-santé sur ordonnance constitue alors une motivation à sortir :

Yves : Mais là franchement nous on est à fond pour ça. Ben oui parce qu'en fait il y a plusieurs attraits : il y a le fait de s'obliger à sortir de chez soi et de faire des choses, parce que la retraite c'est bien mais les premières années parce qu'on a plein de projets, on met à jour nos photos, nos bouquins, nos disques et tout... Enfin bref, on fait pas mal de choses, on joue de la guitare etc... Et

²²⁶ « Bien vieillir » relève d'une injonction, d'une construction politique du « problème » de la vieillesse, qui sous-entend une possibilité de « mal vieillir », traduisant des manquements individuels (dépendance, pauvreté, etc.) aux effets pouvant être collectifs (coût financier, impact sur le secteur économique, etc.) (Puijalon & Trincaz, 2014)

²²⁷ La déprise est un processus actif (Caradec, 2006; Meidani & Cavalli, 2018) « de réaménagement de la vie qui se produit au cours de l'avancée en âge, au fur et à mesure que les personnes qui vieillissent sont confrontées aux difficultés croissantes » (Caradec, 2009).

euh puis après il y a une espèce de faux rythme qui s'installe quoi. On n'est plus dans les mêmes motivations.

L'activité physique au sein du dispositif lui permet donc de sortir de la « routine » liée à sa retraite, après les premières années synonymes de multiplication des occupations. En effet, l'augmentation des activités dans les premiers temps de la retraite ne persiste pas sur une longue période impactant alors la santé physique (Holstila et al., 2017). Stanley et al. (2017) soulignent en effet que la retraite nécessite de pratiquer des occupations significatives et variées et qu'elle peut avoir des effets significatifs notamment sur la famille (Rosenkoetter & Ga, 2001). C'est l'une des motivations mentionnée par Yves, ancien directeur des achats²²⁸ : sa femme et lui étant à la retraite, ils passent maintenant la majorité de leur temps ensemble. Les activités du dispositif lui donnent alors la possibilité de prendre un moment « pour lui » :

Yves : Nous, tant qu'on a des activités qui ne sont pas forcément... pas du tout en même temps, qui ne sont pas dans les mêmes codes... ce qui fait que cela nous permet de respirer un peu quoi... Je veux dire d'avoir des activités sportives et d'avoir chacun un environnement différent.

Pour Yves comme pour d'autres retraités interviewés, SSO apparait comme un moyen non seulement de maintenir sa santé mais également de sortir de chez lui et d'échapper à une routine à la fois occupationnelle mais également spatiale et sociale. Mais d'autres hésitent à sortir. Ainsi en est-il d'Octavia. Adorant la marche à pieds (« j'aime bien faire ça. J'ai toujours aimé ça, même, il suffit de mettre les écouteurs, de la musique et c'est parti »), elle explique pourquoi elle n'ose pas quitter son domicile pour faire cette activité physique :

Octavia : Et puis, je me dis des fois aussi, alors ça peut être des fois des excuses bateau mais, je vais pas forcément faire du sport toute seule dans un parc, parce que je trouve pas ça sécurisant à l'heure actuelle en tant que femme, surtout chez moi. Et c'est des fois un frein qui m'énerve, mais qui est bien réel malheureusement.

²²⁸ dont la CSP correspond à la catégorie des cadres et professions intellectuelles supérieures.

Provenant d'un quartier prioritaire de la Ville de Strasbourg²²⁹, Octavia se confronte à un sentiment d'insécurité souvent partagé par les classes populaires et petites classes moyennes habitant dans les quartiers populaires des grandes villes (Vallet, 2019; Zauberman et al., 2013). Ce constat est très fréquent lorsqu'on est une femme²³⁰. Octavia est intéressée par SSO mais hésite à rejoindre les lieux de pratique, notamment lorsqu'ils sont éloignés²³¹.

Habitant ce même quartier, Mélanie relate le déclin de son environnement :

Mélanie : moi j'habite un quartier qui est devenu un quartier-fantôme [...]. On laisse pas un quartier sans... Sans supermarché, surtout qu'il y en avait un, sans banque [...]. J'y habite depuis très longtemps. C'est-à-dire moi j'ai connu, j'allais presque dire la gloire de l'Elsau, c'est-à-dire au moment où les gens ont construit leurs maisons, hein. Quand j'arrivai il y avait déjà des maisons construites. C'était un quartier fleuri, très dynamique...

Arthur et Charlène, un couple vivant également dans un autre quartier de Strasbourg classé QPV, décrivent également leur secteur d'habitation comme « un quartier entrain de délirer », coincé « entre les deux clans : cité Ober et HautePierre ».

Arthur : Ils ont aucun respect de rien. Ils n'ont pas de culture ! [...] Bientôt faut qu'on sorte la carte...non le passeport.

[...]

Charlène : Surtout y a deux semaines, où y'avait le GIGN²³² qui était là.

Les activités proposées (boxe, Pilates, ergocycle, aquagym entre autres) se déroulaient en dehors de leur quartier ce qui leur permettait de s'en extraire.

²²⁹ Le quartier de l'Elsau est reconnu comme un QPV. Il possède peu de commerces et de services publics. Il se caractérise par de grands ensembles sociaux, des maisons individuelles, des immeubles collectifs et notamment la maison d'arrêt de Strasbourg. C'est un quartier à la situation sociale défavorable où la pauvreté et les inégalités sociales sont très marquées (<https://www.grand-est.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-04/QP067014%20STRAS%20Elsau.pdf>).

²³⁰ En effet, « 60 % des femmes sont inquiètes de marcher seule dans leur propre quartier lorsqu'il fait noir » (Rouleau, 1997) car être une femme serait un « critère de vulnérabilité allant de soi » (Condon et al., 2005) et une étude montre que « le renoncement à sortir seul(e) de chez soi est plus ou moins fréquent selon les caractéristiques individuelles. Ainsi, cette réaction est plus répandue chez les femmes: plus d'un quart d'entre elles déclarent avoir recours à cette forme d'évitement (26%, contre 6% des hommes » (Hugo D'Arbois de Jubainville, 2018).

²³¹ Aucune activité n'était proposée dans ce quartier par le dispositif Sport-santé sur ordonnance lors du parcours d'Octavia.

²³² GIGN : Groupe d'intervention de la gendarmerie nationale

D'autres, à l'inverse, souhaitent pratiquer près de leur domicile. C'est le cas de Gaëlle, propriétaire de son logement et professeure retraitée de physique en lycée :

Gaëlle : Oui, y a aussi...de la gymnastique douce, ça m'irait aussi. Y en a justement en bas, dans le ... le...dans le nouveau centre, ils ont une salle de gymnastique douce. Tout ça, ça me conviendrait bien, mais tout ça est saturé. c'est dommage, c'est en bas de chez moi.

Ces personnes sont majoritairement âgées, seules, issues de classes moyennes et vivent dans des quartiers non considérés comme des quartiers prioritaires de la ville de Strasbourg.

On voit ainsi que le recours au dispositif SSO est socialement différencié. En effet, pour les personnes vivant dans un quartier populaire de la ville ou dans un QPV, le programme de santé publique constitue un moyen de sortir de cet environnement. Ceci s'observe encore plus dans la population féminine. Comme le montre Sayagh (2021), pour le vélo, les filles sont « moins enclines à se déplacer seules, à s'aventurer ou à occuper l'espace public » et « leurs possibilités réelles de s'engager dans des formes de pratiques variées s'en trouvent limitées ». Pour les habitants des autres quartiers et notamment à proximité du centre-ville, issus des classe moyenne, la volonté est de trouver une activité « en bas de chez soi » et éviter ainsi de se déplacer en transports en commun dans certains quartiers éloignés, souvent considérés comme des quartiers où « ça craint » (Gaëlle). Dans notre corpus, ces usagers sont majoritairement à la retraite et atteints d'une ou plusieurs maladies. Ce double statut de sénior et de malade leur permet de pratiquer gratuitement des activités physiques dans d'autres cadres que SSO. Pour eux, la tarification mise en place pour la deuxième et la troisième années est alors un facteur négatif tandis que pour les personnes ayant déjà une pratique physique ou n'étant pas malade, le dispositif est une manière de s'engager gratuitement ou d'augmenter leur pratique.

3.2. Des expériences singulières liées au profil des usagers

3.2.1. Des APA pas toujours adaptées

Le dispositif strasbourgeois propose et oriente le bénéficiaire « vers les activités physiques qui lui conviennent le mieux, les plus adaptées à sa pathologie, en fonction des recommandations du

médecin, d'une évaluation de la sédentarité et des habitudes en matière de pratique d'activité physique²³³ ». Or, les entretiens avec d'anciens usagers montrent que, de leur point de vue, les activités proposées ne sont pas toujours « adaptées »: pas assez exigeantes, trop difficiles par rapport à l'état de santé ou encore trop éloignées du domicile...

Par exemple Gaëlle s'est vu proposer l'activité ergocycle (du vélo en salle). Cette pratique est, à première vue, adaptée à son état de santé : en surpoids et avec des maux de dos, l'ergocycle à l'avantage d'être une pratique *non-weight bearing*, c'est-à-dire en décharge pondérale (comme les activités aquatiques) et donc de soulager le corps de son poids. Cependant, Gaëlle utilise quotidiennement son propre vélo comme moyen de locomotion, la pratique de l'ergocycle lui paraît donc inadaptée.

Gaëlle : Soit on m'avait proposé aussi de faire des séances de vélo en salle, derrière les Halles. Mais j'ai mon vélo ici. Si je vais, là au centre culturel de la Meinau, j'y vais à vélo. Si je vais à la Kibitzenau, j'y vais à vélo.

Prendre son vélo pour aller faire du vélo en salle est ironique à ses yeux. Aussi, le manque d'adaptation des activités aux pathologies est relevé par Yves :

Yves : Et en ce qui me concerne c'était un petit peu limite, d'ailleurs je l'ai dit [...] parce que je pense pas qu'ils connaissent nos euh nos antécédents médicaux, pour certains peut-être, j'en sais rien, moi on m'a pas trop posé la question. Et euh... savoir si c'est bien adapté ou pas quoi... Faire courir quelqu'un qui a un problème de dos euh ce n'est pas pareil que de lui faire-faire de la natation je veux dire hein. Bon voilà.

D'après lui, les éducateurs sportifs ne sont pas suffisamment renseignés sur ses « problèmes de santé²³⁴ », les conduisant à lui proposer des activités non pertinentes.

²³³ <https://www.strasbourg.eu/sport-sante-sur-ordonnance-strasbourg>

²³⁴ Au sujet du secret médical et des pathologies déclarées, voir conclusion du chapitre II.

Aussi, les lieux d'activités sont parfois trop éloignés de leur secteur d'habitation comme nous avons pu le voir auparavant avec Gaëlle²³⁵ empêchant des déplacements à vélo et en transport en commun :

Gaëlle : Mais y a deux inconvénients pour moi : déjà c'est que ce soit à Koenigshoffen²³⁶, alors chaque fois, je dois prendre la voiture pour y aller, alors si la voiture ne marche pas : comment j'y vais ? ... C'est pas évident. Et puis Koenigshoffen pour y aller, d'ici ! En tram, c'est ih de trajet. Y a deux semaines, j'ai pas pu y aller parce que ...j'avais des problèmes à la nuque. La semaine dernière, j'aurais pu y aller, mais j'avais pas de voiture.

Les horaires des créneaux de pratiques peuvent également se révéler problématiques pour certains bénéficiaires. En effet, si l'offre actuelle des activités est très large (106 séances hebdomadaires en 2019-2020) avec des créneaux tout au long de la journée, celle-ci était moins étoffée quelques années auparavant (74 créneaux par semaine en 2016-2017)²³⁷ :

Emma : Beh, ouais, ça j'aurais peut-être continué, franchement, mais bon voilà les horaires malheureusement ça ne coïncidait pas... donc ça j'ai fait, et donc après comme dit j'ai arrêté... voilà [...]. Le souci que j'ai, c'est que tous les sports qu'ils me proposaient, souvent les horaires ne correspondaient pas avec mon travail en fait. Donc moi les sports qui m'auraient intéressée, comme tout ce qui était aquagym, tout ça, malheureusement les horaires ne correspondaient pas. Alors ce que j'ai pu faire, j'ai pu faire la marche...

Employée dans une crèche, Emma travaille toute la journée « du lundi au vendredi de 8h à 18h ». Les créneaux du soir auraient pu lui convenir mais, séparée de son ex-conjoint, elle a la garde sa fille de 8 ans. Or, les parents de familles monoparentales consacrent moins de temps aux activités personnelles. En effet, chez les femmes, cheffes de famille monoparentale, « le sentiment est très net de toujours manquer de temps, de courir d'une tâche urgente à l'autre, tant et si bien que les seuls moments qu'elles considèrent comme totalement privés sont bien souvent des temps de récupération de leur énergie plutôt que de loisir ou de partage avec d'autres personnes » (Korosec-

²³⁵ Voir la partie « Sortir de chez soi et sortir du « quartier » ».

²³⁶ Koenigshoffen est un quartier à l'ouest de Strasbourg tandis que Gaëlle habite dans un quartier au sud de la Ville. Le réseau de transports en commun de Strasbourg ne propose pas de ligne directe entre ces deux localisations.

²³⁷ Voir les rapports d'activité du dispositif en annexes 2 et 3.

Serfaty et al., 2015). Ces femmes célibataires avec enfant manquent également de temps à consacrer à leurs pratiques de santé et d'activités physiques (Dumas, 1999) ce qui explique la difficulté de Emma à trouver une adéquation entre les créneaux proposés dans le dispositif et les sphères familiales et professionnelles.

Profitant de sa retraite pour mettre « en œuvre des stratégies de reconversion de [ses] activités » (Caradec, 2004), Gaëlle, 74 ans, a un emploi du temps chargé. Entre loisirs occupationnels et rendez-vous médicaux, les quelques propositions de créneaux ne conviennent pas.

Gaëlle : Oui, et puis je vous disais que je suis très active, peut-être je suis un peu trop active, en ce sens que ... ben oui je vais du bridge en compétition. Et je joue 4 après-midis par semaine, quand il y a pas de compétitions, parce que sinon ça rajoute encore. Donc ... et je fais de l'aquarelle, aussi en cours d'ailleurs. J'ai beaucoup d'occupation. Et puis sur les créneaux qui restent libres, il faut mettre l'équipe médicale, les séances de kiné, les...le coiffeur de temps en temps.

En effet, les entretiens montrent également une difficulté supplémentaire à gérer en termes de disponibilité : les créneaux sont souvent complets, réduisant la possibilité d'activités. Cependant, à cause des absences régulières de bénéficiaires, la moitié des places sont en réalité vacantes :

Camille : Et... À un moment donné, pareil. J'avais, je faisais de la marche nordique, j'ai dit « ben inscrivez moi à une deuxième séance de marche nordique ». « Ah non non non ça va pas ! Il y a trop de monde machin ». J'ai dit « et c'est quoi trop de monde ? ». Alors il me disait « il y a déjà 25 personnes d'inscrites ». T'y allais, on était entre dix et quinze.

Cette question revient fréquemment dans le discours des anciens usagers qui protestent alors de ne pas pouvoir faire des activités désirées à cause de ces absences. Parfois, les pratiques en deviennent même des séances individuelles, le bénéficiaire s'exerçant face à plusieurs éducateurs sportifs car « les gens ne se déplaçaient pas. Il suffisait qu'il y ait quelques gouttes qui tombent et t'avais plus personne » (Perrine).

Emma : Souvent je me retrouvais seule en plus.

Enquêteur : Dans le groupe ?

Emma : Dans le groupe ouais j'étais toute seule, donc... Ben non c'est pas motivant, donc vous aviez deux trois personnes [les éducateurs sportifs] qui étaient là à vous regarder faire vos tours de

terrain, bon. Voilà, j'ai pas trop... le contexte en soi honnêtement, je l'ai fait mais j'ai pas trop accroché quoi.

Finalement, Gaëlle suggère que la proposition des activités serait finalement faite par « défaut » plutôt que pensée comme réellement adaptée aux besoins et aux attentes des usagers.

Gaëlle : Et après cet...ce premier entretien, à la suite de ce premier entretien, il a fallu me trouver des activités. Et c'est là que ça a commencé à se gêner. Parce que le problème finalement, c'était de trouver de la place libre quelque part et pas du tout de s'occuper de ce dont j'avais besoin. Donc...on m'a ... après et la recherche c'était ça. À la limite, j'aurais eu leur catalogue sur internet, je pouvais mieux choisir, parce qu'il y avait... je suis très active, donc...y avait les activités qui correspondaient à des créneaux où j'étais pas libre. Et puis, y avait les activités qui auraient convenues parfaitement, mais dans lesquelles il n'y avait plus de place. Donc finalement, ... les activités... j'ai eu 2 activités qui m'ont été proposées. Qui correspondaient simplement au hasard...

Cette dernière, sans proposition d'activités adaptées à son état de santé, confie ne pas avoir vu de bénéfices physiques à sa participation à Sport-santé sur ordonnance. C'est le cas d'autres usagers qui, malgré une pratique régulière, n'ont pas observé d'impact sur leur état physique ou psychologique. En revanche, nous allons voir également que, pour certains bénéficiaires, la pratique physique prescrite dans le cadre du dispositif strasbourgeois s'est révélée bénéfique.

3.2.2. Des bénéfices physiques et psychologiques ressentis

Nombreux sont les auteurs à souligner les bénéfices des activités physiques régulières sur les plans physiologiques et psychologiques (Ardoin & Canot, 2019; Boiche et al., 2019; Inserm, 2008; Mercier et al., 2021; Nino, 2013; Païta et al., 2016; Vuillemin, 2012). Il ne s'agit pas ici de justifier les effets de la pratique au sein de SSO mais d'analyser les effets ressentis à partir du discours des usagers.

Plusieurs personnes interviewées soulignent les effets psychologiques de la pratique régulière de l'activité physique qui leur permet notamment de se « *vider la tête* ». Octavia souligne ainsi que l'activité au sein du sport-santé aide à « *se défouler, s'aérer l'esprit* » mais également « *de sentir bien dans soi, dans son corps, de faire le ménage* ».

Ainsi, même sans pathologie déclarée, des effets « psychologiques » sont exprimés. C'est le cas également pour Fanny, cette femme dont le parcours de vie comprend de multiples ruptures suite aux décès répétés dans sa famille dont sa fille²³⁸ mais qui n'a « *pas de problème de dos, ni de hanche, ni de genoux, ni de cœur* » :

Fanny : Le footing au bord du lac, la première fois c'était (wouf = épuisant), bon, mais finalement après on en ressent les bénéfices quand même de se dire, ah j'ai bougé ma carcasse, quoi. Le fait d'avoir là... de voir là un cygne par ci, un petit canard par là, c'était vraiment sympa [...]. Là, je peux pas vraiment dire que j'ai eu un plus, parce que c'était pas quelque chose de soutenu premièrement et deuxièmement, comme je n'ai pas de problème de dos, ni de hanche, ni de genoux, ni de cœur...Par exemple, vous voyez, je peux descendre mes escaliers 15 fois et les remonter 20 fois, je vais pas être essoufflée. Voilà, du coup, j'étais pas limitée. Y avait des gens qui disaient « oh non les gradins jusqu'en haut, on peut pas ». Moi j'y arrivais sans problème. Mais par contre, on faisait des départs arrêtés tout ça, vous voyez, j'arrivais à tout faire, mais par contre, je peux pas vraiment dire que je me sois surpassée. Parce que clairement, je n'ai pas eu de problème physique, le problème était surtout dans le mental et dans l'émotionnel. Voilà, mais ça m'a fait du bien, franchement ça m'a fait du bien.

Parfois, le parcours dans SSO semble être corrélé à une diminution d'un traitement médicamenteux. C'est le cas de Béatrice qui nous dit avoir cessé de prendre un médicament antidiabétique :

Béatrice : Concernant les bénéfices du sport-santé, il [le médecin] m'a donc fait commencer en septembre 2013 un traitement et quelques mois après le sport-santé. Bon, ce n'était pas très méchant, c'était 500 mg de metformine par jour et je me suis rendu compte que c'était assez bénéfique tout de suite. Enfin le traitement déjà est bon et pis je faisais toujours mon sport. Et puis un beau jour, le médecin m'a dit « si vous voulez on peut arrêter le médicament, le traitement ». C'était mon but effectivement. Le sport peut remplacer les traitements médicaux. Bon maintenant tout dépend, je pense, des pathologies mais voilà quoi. Moi, je m'en suis rendue compte.

En effet, l'activité physique régulière peut permettre de réduire la consommation de certains médicaments (Wing et al., 1988) notamment dans le cadre du diabète de type 2 en aidant à améliorer l'équilibre glycémique (Duclos et al., 2012; Raz et al., 1994). Certains usagers trouvent, à travers l'activité physique dans le dispositif, une stabilisation voire une amélioration de l'état de santé :

²³⁸ Voir la partie « La perte d'un proche, un point de rupture dans le parcours de vie ».

Lilia : parce que c'est, c'est à la portée de tout le monde, même pour les personnes qui n'ont pas je veux dire, l'habitude d'être très actives sportivement. Et donc ça me permettait, vraiment ça m'a fait énormément de bien. Surtout qu'après, quand j'ai commencé la deuxième année en fait, je me suis retrouvée, vraiment, dans une situation où j'avais une sorte de burn out donc j'ai dû arrêter le travail et j'ai continué à fréquenter surtout le Chi Gong et la marche nordique et ça, ça m'a énormément aidé. Franchement et par rapport à ma tension, le Chi Gong, là je peux le dire à tout le monde, ça m'a rétabli cette tension qui montait qui descendait, qui montait qui descendait.

Pour d'autres, les bénéfices perçus sont liés à la découverte d'une activité physique « coup de cœur », leur permettant ainsi de prendre du plaisir à se mettre en mouvement au-delà d'une volonté initiale de perte de poids. Ainsi en est-il de Sonia, employée dans un commerce de vins et en surcharge pondérale :

Sonia : ça m'a montré quel sport vers quel sport je pouvais aller. Parce que clairement moi je me dirigeais vers un sport pour perdre du poids. En fait, j'ai appris déjà que c'était dans la régularité que ça le faisait : ce n'est pas en faisant une fois tous les trois mois que j'allais perdre ce que je peux perdre. Et ensuite, ça m'a montré des sports que je connaissais pas : la nage avec palmes notamment. Bon je le voyais à la piscine mais voilà c'était pas évident et je fais ça en plus d'être super ludique j'ai trouvé ça assez complet. Et, en fait, moi j'adore l'eau sauf que là je faisais sans palmes, ça me faisait pas assez rapidement. Avec les palmes, c'est complètement différent. C'est beaucoup plus intense entre guillemets, c'est...c'était beaucoup plus bénéfique pour moi.

Cependant, Sonia mentionne ne pas avoir perdu du poids comme elle l'attendait. Pour Myriam, employée agent d'accueil, les activités proposées par les éducateurs du dispositif n'ont pas suffi à ralentir sa prise de poids²³⁹. Elle avait besoin d'une pratique encore plus régulière, « vraiment quelque chose de quotidien ». Emma, employée en tant qu'auxiliaire puéricultrice, n'a pas non plus ressenti d'effet particulier de la pratique dans sport-santé sur ordonnance et n'a pas non plus vu son poids bouger alors même qu'elle considère son surpoids comme « une épée de Damoclès » :

Emma : Après au niveau bénéfice, je peux pas dire que j'ai eu plus de bénéfices ou moins parce que bon ben, comme j'vous dis je suis déjà pas quelqu'un d'inactif, donc... c'est un plus quoi, mais j'ai pas, franchement c'était pas quelque chose de transcendant ce que je faisais donc je vous disais,

²³⁹ Voir la partie « Myriam et son apparence corporelle : d'une prise de conscience à une activité physique pour soi ».

c'est pas... je le faisais pour le faire parce qu'il fallait justifier du truc mais... honnêtement, non, voilà, j'ai pas... voilà.

Les entretiens mettent en lumière un profil d'usagers sensiblement identiques, même si l'une des personnes est physiquement active alors que les deux autres sont plutôt sédentaires. Agées entre 33 et 36 ans, Emma, Sonia et Myriam font parties des « jeunes » du corpus dont la moyenne d'âge est de 57,2 ans. D'autre part, elles ne présentent pas de maladie particulière mais ont intégré l'action strasbourgeoise sur le critère de l'IMC >35 et donc du surpoids. Ces trois femmes sont également toutes restées une seule année dans le dispositif. D'autres profils peuvent également être décrits selon les effets physiques et/ou psychologiques ressentis.

Tableau 10 Profils d'usagers selon les bénéfices ressentis de l'activité physique prescrite

Profil d'usagers	Bénéfices ressentis	Exemple du corpus
Jeunes employés en surcharge pondérale 1 année dans SSO	Pas de bénéfices déclarés	Myriam, Sonia et Emma
Personnes isolées, relativement jeunes et en surpoids	Principalement sociaux et psychologiques	Fanny, Octavia
Retraités, mariés avec au moins une pathologie	Physiques avec effet ressentis sur la maladie ou la gestion de celle-ci	Béatrice, Zoé, Lilia, Yves, Céline, Marcel
Personnes isolées avec au moins une pathologie	Multiples aux niveaux physique, psychologique et/ou social	Lilia, Sandra, Nathalie, Fatima

Cette partie permet de mettre en exergue des profils sociologiques en fonction des effets ressentis de l'activité physique dans le dispositif. Ainsi, les personnes isolées (célibataires, proches absents ou

éloignés, arrêt de travail, etc.) font part de bénéfiques au niveau social²⁴⁰. Le dispositif les met en relation avec d'autres pratiquants et avec les éducateurs. Ils sortent, momentanément, de chez eux et de leur isolement. Parmi ces personnes, il y a les jeunes, en surpoids, comme Octavia (dont la famille vit au Togo) ou Fanny (dont le parcours est marqué par de multiples décès). Un deuxième groupe de personnes isolées se détache également mais ce sont les personnes avec au moins une pathologie. C'est le cas de Lilia, Sandra, Nathalie ou encore Fatima qui font état de ressentis à la fois physiques, psychologiques et sociaux. Nathalie, par exemple, exprime une diminution de ses douleurs articulaires liées à la chimiothérapie et le bienfait de la pratique en groupe. Sa maladie, un cancer du sein (avec ablation de sa poitrine et tentatives de reconstruction) constitue un fait social à part entière (Derbez & Rollin, 2016) qui se répercute sur la sphère professionnelle avec une « sortie de l'emploi [...], volontaire (départ à la retraite anticipé, inactivité) ou non (arrêt de travail, invalidité, chômage... » (Pourtau et al., 2011).

Nathalie : Je trouve que c'est bien parce que moi ça m'a permis de faire du sport, de plus être toute seule aussi, parce que quand on est en arrêt de travail, ou quand on est en arrêt maladie, les amis sont là le soir, mais la journée y'a personne, donc... Donc ça m'a permis de voir des gens aussi, alors côté psychologique c'était pas mal...

Comme le souligne Vidal-Naquet (2009), « dans une maladie devenue si longue²⁴¹, les désynchronisations de diverses temporalités sont fréquentes » (Vidal-Naquet, 2009). En effet, l'arrêt de travail constitue ici une rupture de temporalités conduisant à l'isolement social de Nathalie, qui, de plus, vit seule étant célibataire et sans enfant.

Ce profil d'usagers (isolés avec au moins une maladie) est le groupe où les bénéfiques rapportés apparaissent les plus complets. Un troisième profil sociologique comprenant des retraités ayant une vie de famille et au moins une pathologie révèle des bénéfiques principalement physiques avec des

²⁴⁰ Le « sport » serait en effet créateur de lien social, facteur d'intégration et de socialisation (Inserm, 2008)

²⁴¹ Pour une compréhension de la chronicisation du cancer, voir par exemple Derbez, B., & Rollin, Z. (2016). *Sociologie du cancer*. La Découverte ou encore Lionel Pourtau, Agnès Dumas et Philippe Amiel, « Les individus face à l'événement « cancer » », *Temporalités* [En ligne], 13 | 2011, mis en ligne le 01 juillet 2011, consulté le 11 février 2022. URL : <http://journals.openedition.org/temporalites/1531> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/temporalites.1531> et Baszanger, I. (1986). Les maladies chroniques et leur ordre négocié. *Revue française de sociologie*, 3-27.

résultats de la pratique prescrite sur la maladie et/ou la gestion de celle-ci (stabilisation de l'état de santé, diminution voire arrêt d'un traitement, etc.). Enfin, le dernier profil social regroupe les jeunes, d'une CSP d'employés, en surpoids comme Sonia, Myriam ou Emma qui ne rendent pas compte de bénéfices ressentis à aucun des niveaux physique, psychologique ou social et qui quittent le dispositif après la première année gratuite.

Des modalités d'engagement et des expériences souvent liées aux dispositions individuelles

S'engager dans la pratique physique prescrite au sein de SSO ainsi que les effets sur l'état de santé apparaissent comme liés aux dispositions individuelles (Lahire, 2005). En effet, les modalités d'entrée dans le dispositif, au-delà d'avoir bénéficié d'une prescription médicale écrite du médecin, sont différentes selon les individus. Les retraités des classes moyennes tendent à se saisir de l'action strasbourgeoise pour rompre une monotonie²⁴² et « entrer dans une période de loisirs, de consommation et d'activités » (Dirn et al., 1984) de la retraite. Ils estiment qu'ils ont également d'autres moyens d'être physiquement actifs. Ces mêmes personnes sont généralement atteints d'une ou plusieurs pathologies et considèrent l'activité physique comme réellement bénéfique. Cela est d'autant plus marqué chez les individus possédant une socialisation sportive antérieure assez forte (comme Alexandre par exemple). Cependant, ils souhaitent rester à proximité de leur domicile contrairement aux personnes vivant dans les quartiers prioritaires de la Ville. Pour ces dernières, notamment les femmes et les personnes âgées, le dispositif constitue un moyen de s'extraire temporairement de ces quartiers populaires dans lesquels ils ne se sentent pas en sécurité. Elles ont en effet une vision plutôt négative du quartier liée à des incivilités et à l'insécurité. Et si « l'environnement potentiellement hostile peut amplifier la tentation du repli sur le foyer » (Wittmann, 2003), elles souhaitent toutefois en sortir. En effet, les personnes âgées des quartiers populaires sont moins repliées sur leur domicile que des catégories de retraités de classes moyennes vivant dans des autres quartiers (Lalive d'Epinay, 1991).

²⁴² Puisque « avoir des obligations, se donner des horaires et des objectifs, quels qu'ils soient, permet donc de préserver une forme de structuration du quotidien qui maintient dans la société » (Wittmann, 2003).

Le dispositif semble également apporter des résultats divergents selon le profil des bénéficiaires. Les personnes isolées trouvent au sein de celui-ci une plus-value sociale leur permettant de rompre momentanément leur isolement dévoilant une certaine « intégration » par le sport (Falcoz & Koebel, 2005; Gasparini, 2012, 2018). Les personnes malades ressentent des effets positifs sur la ou les maladies (ou du moins sur l'impact physique de celle(s)-ci sur leur corps ou sur leur gestion). Mais les jeunes femmes en surcharge pondérale ne trouvent pas la perte de poids désirée en participant à l'action publique strasbourgeoise, l'activité physique prescrite ne se suffisant pas à elle-seule. Elles quittent alors le dispositif avant de devoir s'y investir financièrement. Employées de différents secteurs professionnels et locataires de leur appartement, leur situation socioéconomique ne leur permet pas de s'engager financièrement sans certitude de résultats.

L'analyse des modalités d'engagement montrent qu'elles semblent donc inévitablement liées aux dispositions individuelles. Celles-ci amènent à la construction d'usages différenciés de l'activité physique (Génolini et al., 2013; Mennesson et al., 2016) dans le dispositif selon que les personnes soient plus ou moins âgées, isolées, et malades ou qu'elles habitent en quartier prioritaire de la Ville ou à proximité du centre-ville et enfin que leur classe sociale soit plus ou moins élevée. Cette pluralité des usages sociaux et ces disparités sociales des usages du dispositif marquent ainsi des expériences multiples.

4. Le dispositif comme lieu de socialisation secondaire

« La socialisation secondaire s'exerce sur des individus qui sont déjà dispositionnellement constitués, pas sur une page blanche mais sur une page déjà écrite et déjà froissée par les expériences antérieures » (Darmon et al., 2018).

Précédemment, nous avons en effet mis en lumière des socialisations antérieures, telles les socialisations sportives primaires et les socialisations à l'âge adulte comme celles induites par les conjoints ou par le lieu de travail. D'une part, cet « héritage », ces dispositions acquises par le passé, ces manières d'agir incorporées peuvent avoir une influence sur la façon dont les individus

s'emparent du dispositif strasbourgeois. D'autre part, ces socialisations ont été intériorisées sous forme de dispositions qui peuvent être réactivées, perturbées voire inhibées lors d'une confrontation avec un nouvel espace socialisateur comme le programme sport-santé sur ordonnance et ses agents de socialisation. En ce sens, nous allons ci-après prêter attention à l'effets des « autres » sur l'expérience au sein de SSO et sur l'engagement dans une AP.

4.1. Les autres usagers : une hétérogénéité au service de la mixité sociale et culturelle ?

Le dispositif Strasbourgeois accueille des individus avec des pathologies diverses (diabète, maladies cardiovasculaires, cancers en rémission, etc.) mais également de générations différentes : ainsi, en 2017, le plus jeune bénéficiaire avait 19 ans et le plus âgé avait 88 ans. L'ensemble des catégories socio-professionnelles sont représentées (des étudiants aux retraités en passant par les employés et les cadres) tout comme les usagers proviennent des divers quartiers de Strasbourg. Les chiffres concernant la tarification solidaire permettent également de montrer que différentes classes sociales sont touchées par le dispositif²⁴³. Ce dernier favorise donc la mixité sociale au sens large, c'est-à-dire tant au niveau des états de santé que des classes sociales, des genres, des quartiers, des cultures ou encore des générations mais également des niveaux de pratique.

Camille : Je trouve que c'est toujours très intéressant de rencontrer des gens. Moi, j'aime bien. Je suis plutôt curieuse, plutôt sociale. Et le ... j'aime bien, je veux dire j'ai une curiosité, que les gens soient différents, tout ça, je trouve ça très bien. Après je veux dire, le public, si j'ai aucune affinité avec le public, y a un moment où ça me ...voilà. Donc à voir, je veux dire, a priori, non, je trouve ça toujours très, très bien. Ce n'est pas une attente de rencontrer des gens, ça ne fait pas partie de mes attentes. Voilà, c'est un plus ! C'est un plus, parce qu'on ne sait jamais, où qu'on aille si on aura des affinités avec les gens. Voilà, oui, bon. Moi j'aime bien, ça fait partie du truc...voilà, on peut toujours échanger des mots. [...] Quand vous allez faire du sport, souvent, j'ai fait pas mal de chose, les ... les gens vont dans le vestiaire s'habillent et s'en vont. Les gens sont très difficiles en sport, contrairement à ce que l'on peut imaginer. Peut-être qu'en sport collectif après c'est différent. C'est très compliqué... je veux dire, vous avez un cours de gym, mais vraiment, les gens

²⁴³ Rapport d'activité 2017 de dispositif Sport-santé sur ordonnance, Ville de Strasbourg (annexe 2).

s'habillent et s'en vont. Je veux dire, pour quelqu'un qui est en manque, c'est peut-être bien le sport-santé.

Sport-santé sur ordonnance possède par exemple un rôle central dans la constitution de groupes de pairs en proposant des activités à plusieurs. Le dispositif permet alors un élargissement de la sphère sociale pour des personnes isolées. C'est le cas pour Nathalie par exemple qui, au travers de sport-santé, se constitue de nouvelles ressources sociales et où l'activité physique devient ainsi un outil d'augmentation du capital culturel²⁴⁴ des individus afin de rompre l'isolement²⁴⁵. Le dispositif apparaît donc comme un cadre de développement d'un lien social : d'autres usagers ont également gardé un contact entre eux en formant notamment des groupes de pairs pour continuer une activité physique ensemble en dehors du dispositif :

Fatima : On a continué entre nous, on fait de temps en temps des marches populaires. On marche, on rejoint les groupes. Des fois, c'est le vendredi, le mardi. On sait c'est quel groupe qui va marcher. Des fois, on est avec, des fois, on est sept.

Cependant, les relations développées dans le dispositif restent plus souvent superficielles et cloisonnées, internes à la pratique dans l'action strasbourgeoise créant une forme « "d'être seuls ensemble" traduisant un lien social « détaché » qui conduit vers une sociologie de la relation sans contrainte²⁴⁶ » (Ernst & Pigeassou, 2005). D'âges et de milieux sociaux différents, d'origine et de professions divergentes, de rapports à l'activité physique et à la santé dissemblables, les séances d'activités physiques au sein de l'action publique strasbourgeoises créent des groupes d'usagers hétérogènes.

²⁴⁴ Bourdieu, P. (1979b). Les trois états du capital culturel. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 30(1), 3-6. <https://doi.org/10.3406/arss.1979.2654>

²⁴⁵ Sur la socialisation par le sport, voir les travaux de Menesson ou encore Augustini, M., Duret, P., Irlinger, P., & Louveau, C. (1994). Pratiques sportives des enfants et rôle socialisateur du sport. *Enfance*, 47(2), 171-185. <https://doi.org/10.3406/enfan.1994.2097> ou Bois, J., & Sarrazin, P. (2006). Les chiens font-ils des chats ? Une revue de littérature sur le rôle des parents dans la socialisation de leur enfant pour le sport. *Science & Motricité*, 57, 9-54. <https://doi.org/10.3917/sm.057.09>

²⁴⁶ A propos de la sociologie de la relation sans contrainte, voir Bernier, L. (1998). La question du lien social ou la sociologie de la relation de contrainte. *Lien social et Politiques*, (39), 27-32. <https://doi.org/10.7202/005058ar>

Gaëlle : Moi, j'ai trouvé que c'était sympa sport sur ordonnance. Bon, il y a un public assez euh, c'est très diversifié. On est tous à la même enseigne, on est logés à la même enseigne, c'est génial. Il y a pas de discrimination, quelle qu'elle soit.

Se constitue alors comme un sentiment d'appartenance entre des individus vivant, chacun à leur manière, l'expérience de la maladie.

Fanny : Et le sport là-bas, c'était chouette avec une bonne ambiance. Une bonne ambiance et des gens de tous les horizons.

Au-delà de la mixité sexuelle (s'observant également dans l'encadrement avec des éducateurs sportifs des deux sexes), une certaine mixité²⁴⁷ culturelle et ethnique se développe lors des activités physiques permettant de surpasser des « préjugés » :

Arthur : On cause, hein. Après il y a des gens qui sont coincés.

Charlène : Après nous on est ouvert aussi, que ça soit mon mari ou moi, on est très ouvert. Il y avait un partage comme ça. Des rencontres.

Arthur : Tu te rappelles la marocaine qui ne parlait pas au début.

Charlène : Ouais, je sais [Rires]. Mais finalement, elle était agréable.

Arthur : En fin de compte, elle était sympa.

Charlène : C'est clair que quand vous rentrez dans un dispositif pareil, vous avez vos préjugés.

Arthur : Non ! Il n'y a pas de préjugés !

Charlène : Chacun a ses préjugés.

Arthur : Non, mais d'un milieu comme ça. Mais culturellement, c'est différent, aussi.

Charlène et Arthur : voilà !!

Charlène : Mais chacun a ses préjugés.

Cependant, ce lien social créé dans les activités ne va pas de soi. Arthur et Charlène expliquent ainsi l'isolement de certains usagers durant les pratiques.

Arthur : Au vélo, ...au vélo, il y en avait des coincés. Mais oui, après ils s'y mettent. Quand il en a 5-6 qui mettent de l'ambiance, après les autres ils s'en...ou ils prennent le cours en marche ou alors ils restent en retrait.

²⁴⁷ Aussi, la mixité sociale renvoie « aux relations entre individus appartenant à des classes sociales différentes », la mixité ethnique aux origines nationales et la mixité religieuse ou sexuelle aux mariages dits mixtes et à la parité (Schnapper, 2005).

Charlène : Ouais, ils restent isolés.

Arthur : Après, ils restent isolés.

Charlène : Après il en a toujours l'un ou l'autre qui restait isolé. Mais bon...

Pour Nathalie, propriétaire et cadre supérieure dans l'informatique, les séances lui permettent de découvrir un brassage social au contact d'une population d'un milieu différent :

Nathalie : on parlait pas mal, surtout quand on était à la piscine. Oui oui, moi je trouve que ça m'a permis de rencontrer des... je veux pas être péjorative hein, alors j'essaie de choisir mes mots, mais... (rires). Des classes sociales différentes en fait. Des classes sociales que j'ai, une mixité que je vois jamais. Moi je vois toujours à peu près le même genre de personnes... Je suis cadre... voilà, cadre, tout ça. Et du coup, j'ai rencontré des personnes formidables des cités, que je connaissais pas, parce qu'on a toujours l'impression qu'on a peur de tout, alors que c'est quand c'est différent de soi qu'on a peur en fait (rires). Et puis, qui avaient vraiment des problèmes financiers aussi... qui se posaient la question pour s'acheter des lunettes de piscine parce qu'elles avaient pas assez d'argent, alors que moi, bon voilà... C'est peut-être aussi pour ça que j'ai arrêté le Sport Santé aussi. Je me suis dit, je suis pas légitime, par rapport à... je trouve que y'avait d'autres personnes qui étaient plus... qui n'avaient pas les moyens financiers en fait de payer une inscription à des clubs, des choses comme ça. Mais effectivement, ça m'a permis... c'est une vraie mixité sociale.

En revanche, la mixité intergénérationnelle est régulièrement pointée du doigt car elle traduit bien souvent une différence de niveau de pratique liée à un écart de l'état physique, même si Yves conçoit que « *c'est un inconvénient mineur fin, ça dépend du type d'activité. Le brassage des générations, c'est plutôt bien mais c'est vrai qu'on se retrouve souvent entre vieux quoi hein* ».

Le fonctionnement du dispositif combinant des activités physiques proposées par les éducateurs de la Ville de Strasbourg et des pratiques sportives menées par des associations partenaires constitue également une mixité bienvenue et encouragée par les usagers. Bénéficiaires du sport-santé sur ordonnance côtoient alors des licenciés d'un club.

Yves : Quand on est au contact d'activités euh du type marche nordique que j'ai fait au début à l'Orangerie ou c'était un club, donc elle avait... la ville avait quelques dizaines de personnes là-dedans donc on trouve des gens de tous les milieux, de tous âges. Et on était injecté là-dedans. Et là je trouve que c'est vraiment la formule la plus intéressante plutôt que d'être associé systématiquement à des animateurs de la ville et à être ... enfin, il faut aussi faire vivre les autres associations.

Ainsi, l'activité prescrite strasbourgeoise constitue un lieu de rencontre, formateur de groupes de pairs qui parfois continuent à pratiquer ensemble en dehors de SSO. Les séances d'activités physiques au sein de l'action publique encouragent les échanges interculturels et intergénérationnels et participent à la socialisation des usagers. Si cet aspect « social » est souvent souligné par les individus, c'est principalement la relation avec les éducateurs sportifs qui est mis en avant. Ces professionnels endossent une forte « responsabilité » dans le parcours des usagers. A la fois perçus comme experts et comme « prof », ils font partie intégrante du processus de socialisation des bénéficiaires mais la relation entre ces deux acteurs apparaît complexe.

4.2. L'effet de la relation éducateurs sportifs – usagers sur le rapport à l'activité prescrite

« L'environnement social direct – incluant le corps médical, les professionnels supervisant la pratique de l'activité physique, les pairs, la famille – peut ainsi jouer un rôle plus ou moins favorable, en fonction des messages adressés et des comportements adoptés. Les explications, les encouragements, l'individualisation des contenus, le partage d'expérience apparaissent comme facilitateurs. Les comportements directifs, la pression ou la surprotection sont à l'inverse néfastes. À noter que le fait de pratiquer non pour soi mais pour faire plaisir à autrui, en réponse à une pression sociale, est un facteur défavorable à long terme » (Carré et al., 2021).

Les « éducateurs sportifs » du dispositif – c'est-à-dire les fonctionnaires et contractuels de la filière sportive employés par la ville de Strasbourg dans cette action publique, mais également les professionnels du sport exerçant dans les associations sportives partenaires – sont nombreux et proviennent de formations diverses et variées : ETAPS, BEES, DEUST, licence ou master STAPS²⁴⁸, etc. Leur travail, au travers du dispositif, consiste à « développer une pratique durable autonome qui ne se confonde pas avec celle de la rééducation » (Perrin et al., 2020). Seuls interlocuteurs des

²⁴⁸ ETAPS : Éducateur territorial des activités physiques et sportives ; BEES 1 : Brevet d'état d'éducateur sportif 1er degré ; DEUST : Diplôme d'études universitaires scientifiques et techniques ; STAPS : Sciences et techniques des activités physiques et sportives

usagers dans l'action publique, ils, notamment les fonctionnaires, possèdent des fonctions d'orientation (vers telles ou telles activités physiques), d'encadrement de l'activité physique, d'adaptation (à l'état de santé des bénéficiaires) et d'évaluations (tests physiques et progression). Ils sont donc des acteurs majeurs qui agissent sur l'expérience et la participation des usagers. Ces derniers développent alors des rapports particuliers avec ces professionnels du sport. Entre acteurs motivationnels mais également facteurs d'un désengagement du dispositif, la relation usagers-éducateurs apparaît prédominante dans les entretiens tout comme « des médecins, des malades et des situations organisent des relations médecins-malades » (Carricaburu & Ménoret, 2005).

4.2.1. Attentes des usagers et interactions avec les éducateurs

Les rapports sociaux sont réguliers entre les usagers et les éducateurs. De l'entretien d'inclusion aux rendez-vous individuels en passant par les séances hebdomadaires, ces deux groupes d'acteurs du dispositif se côtoient fréquemment. Par exemple, l'humour tient une place particulière dans les rapports (effectifs ou attendus) entre les usagers et les éducateurs sportifs. L'humour, possédant des enjeux sociaux (O. H. Lynch, 2002), ne sert pas « qu'à faire rire²⁴⁹ » : c'est un outil, « outil de communication et qui se fabrique. Outil de protection ou outil destiné à l'attaque, outil ciselé, il a une finalité » (Besson, 2010).

Joséphine : Super, mais vraiment super. Une bonne ambiance et puis on rigolait. Oh ! Ecoutez, c'était bien. Je ressortais de là même le moral était beau ! Et ça c'est énorme pour nous.

En effet, à la fois un moyen de créer du lien social mais également de « dédramatiser » la maladie, l'humour et le rire sont bénéfiques tout comme une atmosphère joyeuse est estimée importante dans la relation aux soignants dans le cadre hospitalier par exemple (Patenaude & Hamelin-Brabant, 2006).

Anny : Il est très très gentil. Il y a pas de... Et puis euh quand il me disait : « Qu'est-ce que tu fais là ? » Alors j'ai dit, à un moment donné il fallait courir dans l'eau, alors j'ai dit « Mais je cours. »

²⁴⁹ Dans une relation thérapeutique entre soignant et soigné, l'humour aide à faciliter les soins par exemple (Panichelli, 2008) tandis qu'il sert comme une ressource pour l'action dans le cadre des luttes sociales (Besson, 2010).

Alors j'ai dit « Je fais les soldes ». Alors il me dit « Ça c'est les soldes de luxe que tu fais ! ». J'ai dit « Ouai faut d'abord que je regarde hein ! ». Bon c'était le, comment dirais-je ? C'est vraiment pour vous mettre à l'aise

L'empathie et la bienveillance sont aussi des sentiments attendus des éducateurs.

Sandra : Dans mon expérience, j'ai eu des animateurs plutôt... favoriser, plutôt un regard bienveillant, en fait... Ils étaient plutôt dans cette démarche-là, donc forcément, ils l'ont insufflée au groupe... Moi j'ai pas senti, de la part des animateurs, un truc de compétition, de machin... ou alors... bien, pas de la compétition malsaine, qui pouvait se mettre entre les gens, mais plutôt quelque chose de sympa, qui nous booste, donc forcément ça s'est reporté sur le groupe, quoi. Dans les groupes où j'étais, en tout cas.

Cependant, une majorité des enquêtés pointe du doigt la question du manque de communication.

Camille : [...] Après y a eu, un autre problème. C'est que, par exemple, bon moi je me suis retrouvée avec, je m'apprêtais à démarrer je veux dire, et puis, ... y a eu tous les problèmes de santé de ma mère. Donc je partais beaucoup et ... donc j'essayais désespérément d'appeler et d'envoyer un message à ce monsieur. Il m'a dit : « pas la peine d'appeler, je ne réponds pas, vous m'enverrez un mail ». J'ai envoyé plein de mails, il n'y a jamais personne qui répondait. Ça, je ne trouve pas normal non plus. Je veux dire pour moi, l'intérêt aussi de ce dispositif, c'est que c'est l'accompagnement. Le suivi, l'accompagnement. Et là. ... ben je...j'avais beau et puis...comme je trouve un peu que les gens le prennent à la légère et que je ne le prenais pas à la légère, parce que je voulais bien que ça...me...que ça se développe, donc je ne voulais pas avoir l'air...je m'en fous et puis proposez, je verrai si je dispose ou pas. Je ne voulais pas du tout ça. Et je voulais joindre quelqu'un et m'assurer qu'il y avait bien quelqu'un au bout. Et il n'y a jamais rien eu.

En proposant un rendez-vous d'inclusion, un entretien à un mois puis un bilan tous les six mois, le dispositif ne semble pas favoriser la communication, notamment avec l'éducateur « principal ».

Gaëlle : effectivement, je trouve que ... et le suivi, je trouve que si je ne vais pas vers eux...j'ai un rendez-vous dans 6 mois je crois. Un rendez-vous tous les 6 mois, mais y a rien entre les deux, même pas un coup de téléphone pour savoir si ça marche, si ça convient, rien du tout. Si moi je ne vais pas vers eux, eux ne viennent pas vers moi. Du tout.

De même, Perrine suggère qu'un temps soit accordé aux échanges lors des séances : par exemple, il s'agirait de profiter des étirements de fin de séances pour favoriser la communication inter-

bénéficiaires et avec les éducateurs. Cet échange, pour elle, devrait durer cinq à dix minutes maximum et permettrait de développer les interactions. Perrine aurait ainsi apprécié ce temps, il lui aurait permis de poser des questions sur certaines activités physiques, sur des mouvements, sur le contenu des séances, mais aussi de rendre les échanges plus simples avec les pairs. Tout comme dans le cadre de l'enseignement, l'éducateur sportif « se trouve alors face au problème non seulement de la communication à établir lui-même, mais surtout à la communication à entretenir dans le groupe de la classe, pour que chacun puisse écouter et comprendre l'autre » (Postic, 2001c).

Les bénéficiaires semblent donc désirer une vraie relation avec les éducateurs notamment avec l'éducateur principal qui assure le suivi. Or, il apparaît que cette relation n'est souvent qu'une interaction, c'est-à-dire, « des rencontres significatives entre individus, mais qui restent ponctuelles, alors que les relations sont une accumulation d'interactions entre individus qui durent et qui impliquent des attentes, des affects et des représentations spécifiques » (Formarier, 2007). Ainsi, la relation est empreinte d'un sens social alors que l'interaction suppose une succession d'échanges. Cette divergence entre interaction effective et relation attendue peut entraîner des « conflits de perspectives » (Friedson, 1961) entre les usagers et les éducateurs qui sont mis en avant dans certains entretiens. En effet, ces deux acteurs peuvent avoir des attentes différentes : souvent les éducateurs sportifs, dans leur rôle professionnel, restent dans les interactions alors que les usagers attendent une vraie relation à la fois pourvue de confiance et d'empathie mais également basée sur une communication stable.

Finalement, les usagers attendent une certaine « relation éducative²⁵⁰ » et où « chacun se sente reconnu à l'égal des autres ; donc, dans la mesure où il s'identifie à sa communauté et à la culture sur laquelle elle vit, que celle-ci soit légitimée, c'est-à-dire estimée aussi valable que les autres » (Camilleri, 1990). En effet, les entretiens reconnaissent et remettent en cause une relation hiérarchisée, « fondée sur des différences de statuts, bloquant la réciprocité des échanges et

²⁵⁰ La relation éducative est « l'ensemble des rapports sociaux qui s'établissent entre l'éducateur et ceux qu'il éduque, pour aller vers des objectifs éducatifs, dans une structure institutionnelle donnée, rapports qui possèdent des caractéristiques cognitives et affectives identifiables, qui ont un déroulement, et vivent une histoire » (Postic, 2001a).

l'instauration d'un dialogue » (Postic, 2001b). Or, ils souhaitent recevoir des conseils et des informations sans autant dépendre d'une « autorité ». Cette question de l'autorité est un ressenti subjectif et déclaré par certains usagers comme Lilia :

Lilia : d'ailleurs moi Sylvain une fois je lui ai dit « écoutez on n'est pas des gamins », je lui ai dit « est ce que vous avez, j'ai l'impression que vous avez travaillé avec des jeunes », parce qu'il nous, il nous.... Comment vous dire... il nous engueule. « Ah mais vous savez pas remonter le truc ? », j'ai dit « écoutez. Le, le vélo moi j'en ai pas chez moi, je sais pas comment il fonctionne, vous nous l'expliquez tranquillement et peut être c'est à vous de le manipuler, c'est pas à moi parce que si chaque malade manipule son vélo et ben ça risque d'être détérioré, vaut mieux que ce soit quelqu'un qui sache le faire ». Moi j'ai dit « écoutez, on est des adultes ».

Ou encore Arthur et Charlène :

Arthur : Bon, il y en a juste une personne que je ne peux pas voir, bon après c'est...

Charlène : Mais, ça personne peut la voir.

Arthur : Je crois que dans l'ensemble, c'est ça. Ah non, moi je me le suis dit tout de suite, le premier jour.

Enquêteur : D'accord... Et c'est cette personne qui gérait vos rendez-vous, aussi ?

Arthur : Ah non, non, surtout pas !

Charlène : Ah non, non, non, non.

Arthur : À la première rencontre, je suis allé voir un autre et je lui ai dit : « C'est quoi ce con ?! ». Il n'a aucun savoir vivre.

[...]

Arthur : Mais avec tout le monde, on avait des affinités, juste pas avec lui ! Non, mais il a...il a une façon... une façon de parler, je sais pas moi...

Charlène : ...impolie, sévère, autoritaire !

Rares sont les bénéficiaires qui tolèrent cette relation d'aspect asymétrique, comme Zoé :

Zoé : C'était avec Matthieu. Alors y'a beaucoup de gens qui ne l'aiment pas, parce qu'il est un peu pet sec, mais moi j'estime qu'il a raison, on peut pas se faire marcher dessus, et puis les gens il faut aussi qu'ils soient un petit peu disciplinés, nan ? Je trouve que, il a raison, si il met des règles en place, c'est pas pour que tout le monde fasse ce qu'il a envie hein ? Moi je m'entendais très bien avec, parce que le caractère ressemble au mien (rires). On a la même façon de réagir si vous voulez, je trouvais que les gens exagéraient et il est super sympa, moi j'ai trouvé qu'on avait bien progressé et tout hein, j'étais vraiment très très contente.

Les usagers attendent ainsi une relation de confiance avec les éducateurs. Celle-ci doit se baser sur des explications et un accompagnement complet comme l'explique Lilia :

Lilia : il est détaché, j'veux dire, on est là sur le truc, si on pose pas de question, on a pas de, y'a aucune explication, ni rien du tout. J'veux dire de temps en temps il te prend, il te dit « oh allez on va faire te prendre ta tension ». Mais y'a pas d'accompagnement, ni on sent pas qu'il y a une connaissance de, des problèmes de santé.

Parlant d'un autre éducateur, Lilia poursuit :

il prend le temps, avec chacun [...], il nous explique ce que chaque geste... a comme effet sur notre organisme. Et c'est une personne qui connaît j'veux dire l'organisme, la physiologie, donc elle sait. La respiration, il explique aux personnes même si tout le monde sait mais bon c'est pas évident pour tout le monde, hein de cette histoire d'oxygène, de qui, qui... voilà et ça, déjà on est en confiance, y'a le fait que on est respecté, on se sent respecté, on se sent écouté. Et bien sûr que l'effet ne peut être que positif de cette activité.

Le sentiment de confiance, « l'une des forces de synthèse les plus importantes au sein de la société » (Simmel et al., 2013), est attendu par les usagers qui considèrent les éducateurs comme des experts de l'activité physique et de la santé. Comme dans toute relation, la confiance dépend des « dispositions » des professionnels mais également des usagers et à la capacité de l'expert à garantir qu'il exerce ses talents avec impartialité, compétences et dans l'intérêt du public (Cresson, 2000).

Fatima souligne ainsi que « SANTÉ donc y a bien le mot qui va avec, Il n'y a pas que le sport. Il y a le sport SANTÉ. Chacun a son problème. Chacun gère comme il peut » et Lilia attend que « les animateurs aient une formation d'écoute hein de, de cette relation à l'autre, ça c'est fondamental ». Cela se traduit également dans le discours de Zoé qui déplore la posture de « coach sportif » d'un éducateur qu'elle a rencontré lors d'une activité.

Zoé : en Sports et Santé on m'avait donné de l'aviron, et... c'est très beau, j'en ai fait quand j'étais jeune, mais là c'est trop dur, surtout sur des machines parce qu'il y a une force d'inertie qui est assez conséquente, et comme j'ai eu des problèmes avec les épaules et tout euh, j'étais... j'ai quand même fait deux années, mais j'ai dit, le gars m'a dit « ah, tu progresses pas » alors j'ai dit mais tu t'rends pas compte j'suis au taquet, j'étais violette ! c'est un gars qui était très bien pour des jeunes qui veulent s'améliorer. Et dans mon cas, d'ailleurs 60% des gens partaient de ce cours, parce que

justement, on avait pas la compréhension qu'ont les autres moniteurs en disant « tu fais c'que tu peux. C'est pas important, ne te flingue pas le dos, ne fais... » tandis que lui, il voulait nous faire progresser.

Les usagers ne sont ni des patients, ni des athlètes. Ainsi, ce n'est pas tant la performance qui doit être visée et un éducateur avec un profil d'entraîneur sportif ne correspond pas aux attentes des individus.

Entre le besoin d'une relation symétrique basée sur l'empathie, la communication, la confiance et les attentes concernant des compétences envers un public particulier, se pose alors la question de la formation des éducateurs sportifs intervenant dans le dispositif strasbourgeois.

4.2.2. La formation des éducateurs intervenants, une question actuelle

Tout comme dans le monde du handicap (Bouttet, 2013), le monde sportif traditionnel et le monde de la santé/médecine tendent aujourd'hui à se rapprocher. Cette association tient à la fois de la transformation des rapports au corps et à la maladie mais aussi au développement de politiques publiques sportives en direction des populations atteintes de maladies chroniques (Perrin et al., 2020) ainsi qu'à l'émergence de textes de lois favorisant la « santé par le sport ».

Face à cette diversification, la prise en charge de ces publics singuliers semble revenir à l'ensemble des éducateurs sportifs de la Ville de Strasbourg et des associations partenaires du dispositif. Cette situation pose d'une part la question de la formation des éducateurs en matière d'activités physiques adaptées et de maladies chroniques et, d'autre part, la question du rôle des organismes de formations et de leurs formateurs dont le champ d'activité se transforme aussi. Ce changement est d'autant plus compliqué que ces formateurs sont rarement préparés à aborder l'encadrement des personnes atteintes de maladies chroniques. Comme le note Martel à propos du handicap (2010), les formateurs sont eux-mêmes « initialement non formés à cette question pour une grande majorité d'entre eux » (Martel, 2010, p. 247).

Formations par les facultés de sciences du sport, par les fédérations sportives, par des organismes privés, par les CREPS... Lorsqu'on regarde les divers diplômes autour de l'encadrement des activités

physiques, chaque contenu, chaque organisation et chaque procédé sont différents. Les types de pathologie varie de généralités à des affections particulières. Les volumes horaires sont inégaux tout comme les parties théoriques et les parties pratiques. Une formation peut durer une journée comme plusieurs mois ou années.

Par exemple :

- Une formation « Accompagnement vers l'activité physique en cas de maladies chroniques » est ainsi proposée par le CNAP Istna, Institut scientifique et technique de la nutrition et de l'alimentation, sur une session de deux journées de sept heures²⁵¹.
- La fédération française de basket-ball propose une formation de spécialisation « animateur basket santé » de 38h30 abordant les thématiques « publics spécifiques, pathologies », « programme de prévention » ou encore « connaissance et compréhension du public »²⁵².
- Le CREPS des Pays de la Loire encadre une formation continue de quatre jours en présentiel avec un module « Activité Physique et Maladies Chroniques (APMC) » dont les « pathologies retenues sont les suivantes : les maladies cardiovasculaires, métaboliques, respiratoires, psychiques, neurologiques, les cancers et les pathologies liées à l'appareil locomoteur »²⁵³.
- Le CDOS 87 (Comité Départemental Olympique et Sportif de Haute-Vienne) a mis en place une formation "Activité Physique et Diabète" de 6 heures pour permettre aux professionnels d'avoir des « connaissances complémentaires et d'adapter l'accueil et les séances pédagogiques aux personnes diabétiques »²⁵⁴.

²⁵¹ <https://www.cnam-istna.fr/formations-du-catalogue/presentiel/education-et-prevention-/accompagnement-vers-l-activite-physique-en-cas-de-maladies-chroniques-1003712.kjsp>

²⁵² <http://www.ffbb.com/formations>

²⁵³ <https://www.creps-pdl.sports.gouv.fr/formation.fiche-FC-APMC>

²⁵⁴ <https://hautevienne.franceolympique.com/art.php?id=77933>

- Tandis que la faculté des sciences du sport de Strasbourg propose une spécialisation en « Activités physiques adaptées et santé » de 410 heures d'enseignement et 170 heures de stage en Licence²⁵⁵.

Au départ de SSO, les principaux professionnels du dispositif étaient des ETAPS, c'est-à-dire ceux qui exercent « les fonctions d'éducateurs sportifs ou de maîtres-nageurs sauveteurs [dont la mission est] de coordonner sur le plan administratif, sécuritaire, pédagogique et éducatif, les APS de la collectivité » (Bernardeau Moreau, 2011) et titulaires de BEES (correspondant au BPJESP aujourd'hui) ou de Master STAPS, sans formations spécifiques sur les maladies chroniques.

Camille : j'ai peut-être un esprit trop critique. Je reconnais bien. Mais j'ai l'impression qu'il manque un côté formation chez eux. Je veux dire...j'ai trouvé ça presque même choquant qu'on ait choisi ces personnes-là.

Cette question de la formation des éducateurs du dispositif est également soulevée par Joséphine qui estime l'un d'eux comme « pas adapté, pas adapté à nous [les personnes malades] ».

Joséphine : Il ne pense pas aux vrais problèmes. Parce que effectivement il y avait une dame qui travaillait avec moi qui faisait pas d'efforts. C'était très clair. On sentait qu'elle n'y allait pas. Moi c'était pas mon cas en plus. Puis j'me fais engueuler puis j'lui dis : à 73 ans se faire engueuler quoi... c'est agressif quoi. Il ne sait pas se mettre à la place des autres. Il manque d'empathie. Parce qu'il ne sait pas se mettre à la place des gens. C'est vrai que c'est un sportif. Question kiné, il n'y connaît rien du tout et ça c'est un petit peu embêtant. Parce que finalement quand on a des pathologies... C'est vrai qu'on est pris en charge pour le diabète, pour le cœur et pour le... Et il faudrait qu'il apprenne quelles sont les difficultés dans ces cas-là des personnes et comment y aller progressivement. Voilà.

Or, ce manque de formation spécifique à ce public semble s'ajouter à certaines façons de faire ou manières d'être des éducateurs du dispositif relevées par les usagers.

Mélanie : il m'a engueulée. "Vous ne vous mettez pas comme il faut". Mais je lui dis "mais ça me fait mal !". Il m'a forcée sur un ballon, j'ai hurlé. Moi j'hurle pas d'habitude.

²⁵⁵ <https://f3s.unistra.fr/formations/licence-staps/activite-physique-adaptee-et-sante>

Plus qu'une simple posture de « coach sportif » proposant des exercices physiques, les usagers attendent des professionnels qu'ils soient des éducateurs- « enseignants » :

Camille : Mais il faudrait des coachs un peu plus à l'écoute, ou un peu plus formés à ça. Je veux dire, c'est des anciens profs de gym, je suppose, je ne sais pas. Mais ... c'est ça. Et...et on ne vient pas pour faire prof de gym et « tu vas voir là, je vais te faire avancer ». ...Non, moi je sais me faire avancer toute seule, je veux dire, je venais pour apprendre par rapport à mes problèmes de santé. Et ça moi je l'ai vécu comme un sketch, je ne vous dis pas combien... y a pas... par moments, j'avais envie de rire, je...c'est... y a d'autres personnes qui auraient été déstabilisées, qui l'auraient mal pris, franchement.

Les bénéficiaires souhaitent que les éducateurs soient formés à l'encadrement de publics atteints de maladies chroniques et ayant un bon sens relationnel envers des individus dont les parcours de vie sont marqués par des ruptures biographiques.

Lilia : Et alors l'autre, l'autre aspect qui m'a moi le plus dérangé, heureusement que c'.. c'était pas tous les animateurs, mais parmi les animateurs que j'ai eu, eh ben y'a ceux dont moi je considère que, parce que le public c'est pas n'importe quel public. c'est un public, y'a des vieux, y'a des malades, y'a des malades euh psychologiques. Donc euh y'a la manière de faire et ça, c'est le gros problème. Y'a des professionnels, heureusement que c'est pas très général, voilà. Euh... mais y'a des fois de gros problèmes de, de, de manière, de la relation à l'autre et qui est très très gênante. C'est, c'est, moi je trouve que c'est le point négatif et c'est dommage qu'une action telle que celle-ci euh soit tâchée par des personnes qui... qui sont pas à leur place en fait. Ou bien, moi je me dis, ou bien euh dans ce cas-là à la limite on prend des professionnels dans le domaine sportif, mais c'est important qu'il y ait un complément, une formation de relation à l'autre. cette relation à l'autre elle est souvent, c'est dans certains domaines, c'est quand on travaille avec l'autre qu'on a des formations spécialement pour ça.

Les éducateurs sportifs du dispositif se sont ainsi, au fil des années, formés à l'encadrement « sportif » des malades chroniques et aux activités physiques adaptées (notamment avec des modules spécifiques « maladies chroniques », des formations en interne, etc.) et les modalités de recrutement de nouveaux professionnels ont mis l'accent sur la nécessité de posséder une formation spécifique pour ce public. Du côté des associations, le partenariat avec le dispositif est une question en débat encore actuellement même si une évolution des critères et de l'intérêt portés aux formations s'observe dans les appels à projet du contrat local de santé intégrant le dispositif Sport-

santé sur ordonnance (voir annexe 5 et 6). Comme le montre les figures ci-après, les « critères » de formation professionnelle apparaissent bien plus développés et spécifiques dans l'appel à projet le plus récent.

Critères de sélection spécifiques :

- L'activité physique doit être hebdomadaire et continue sur l'année en dehors de la période des vacances de Noël.
- Lors de la commission de sélection, une attention particulière sera portée sur le niveau de formation en cohérence avec la(les) pathologie(s) des bénéficiaires (mention obligatoire dans le formulaire).

Figure 12 Extrait concernant la formation des encadrants de l'appel à projet nutrition 2016-2017 Contrat local de santé

- Du **personnel encadrant formé** aux caractéristiques du public concerné, avec des professionnels présentant des compétences et connaissances en lien avec le public accueilli ; pour Sport santé sur ordonnance, qualifications référencées dans le décret du 30 décembre 2016 relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée. Nous retenons les mêmes critères pour l'obésité chez les enfants, les adolescents et les adultes, l'hypertension artérielle et les personnes âgées.

⇒ L'encadrant du créneau doit obligatoirement être soit :

- masseur kinésithérapeute
- titulaire d'une licence STAPS APAS
- titulaire d'un brevet* ou d'un diplôme* d'État délivré par la DRAJES
 - Initiation et animation : BPJEPS
 - Initiation et Pratique Entraînement-Perfectionnement : DEJEPS
 - Fonction de direction et système d'entraînement performance sportive : DESJEPS
 - Brevets d'État : BEES 1er, 2ème et/ou 3ème degré.
- titulaire d'un titre à finalité professionnelle ou d'un certificat de qualifications professionnelles (CQP)*
- titulaire d'une certification délivrée par une fédération sportive agréée **

Les formations sport-santé délivrées par le CROS Grand Est et nécessaires pour pouvoir encadrer un créneau :

Niveau 1 : tronc commun ayant pour objectif de former l'éducateur à comprendre et animer l'activité physique quel que soit l'âge ou l'état de santé du pratiquant. Lors de ces 16h de formation, les compétences développées, fondées sur les données scientifiques relatives à l'activité physique adaptée, concernent la posture neutre de l'intervenant, sa capacité d'empathie, la conception d'un projet APS et santé, l'accueil, la prise en charge, et la mise en confiance du pratiquant.

Niveau 2 : module spécifique «Pathologies Chroniques» spécialement développé pour former les éducateurs professionnels aux affections de longue durée prises en charge dans le protocole Prescri'mouv. Le participant développe les compétences relatives aux spécificités de 8 pathologies, à leur impact sur la pratique physique et sportive, aux principaux bénéfices liés à l'APS dans le cadre de la spécificité, à l'adaptation de son activité et à la programmation d'une séance. Il sera capable de prendre en charge une personne atteinte d'une ALD et de l'inscrire dans une activité physique adaptée et durable. Cette formation est d'une durée de 36h. Pour en savoir plus sur ces niveaux de formation : dates, coût, système d'équivalence... vous pouvez vous rapprocher du CROS Grand Est

!! Le niveau 2 peut être proposé à la carte dans l'hypothèse où l'éducateur serait d'ores et déjà formé sur certaines pathologies ou dans le cas de figure où il souhaiterait ne prendre en charge que certaines pathologies.

- ☛ L'intervenant doit être en possession d'une CARTE PROFESSIONNELLE D'EDUCATEUR SPORTIF en cours de validité et doit dans le cadre de ses activités intervenir dans le strict respect des prérogatives liées aux diplôme(s) dont il est titulaire, il convient de fournir la copie de la carte incluant les diplômes (disponible via le site <https://eaps.sports.gouv.fr> et le QR Code de la carte)
- ☛ Dans le cas contraire, l'intervenant doit en faire la demande sur le site <https://eaps.sports.gouv.fr>, dans les plus brefs délais
- ☛ Être à jour de **secourisme** PSE1 ou PSC1 ou équivalent
- ☛ **L'adéquation de la réponse** par rapport aux spécificités des dispositifs présentés ci-après dans les deux parties
- ☛ Un projet prenant en compte les **critères d'évaluation** et de suivi de/des l'action(s) proposée(s).

Figure 13 Extrait concernant la formation des encadrants de l'appel à projet 2021-2022 Sport-santé sur ordonnance

Cette évolution de l'attention prêtée aux formations dans les appels à projet fait suite à la parution du décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016 sur la prescription médicale d'activité physique adaptée pour les personnes en affection de longue durée et qui précise les professionnels concernés par l'encadrement de ces séances.

Mais comme le montre Camille ci-après, les usagers n'attendent pas seulement que les éducateurs leur proposent une activité en adéquation avec une pathologie.

Camille : Ah oui, et comme j'ai une arthrose très importante, je me suis dit que le yoga ou le Pilate aurait été très bien pour moi. Et en fait, il me fait faire de la natation. J'ai un problème de main, je ne peux pas nager par exemple, ça me fait très très mal. C'est une douleur permanente. Qui m'empêche de dormir. Je mets des orthèses la nuit. Je ne peux pas éplucher de pommes par exemple. Ya des tas de mouvements, je ne peux pas tourner une clé. C'est lié à l'arthrose, et puis à une chute que j'ai faite, enfin voilà. Donc j'ai essayé désespérément de lui dire que la natation ce n'est pas mon truc, mais je crois que c'est le sien.

D'une part, les recommandations concernant l'arthrose renvoient à une prise en charge « non pharmacologique et en particulier la pratique régulière d'une activité physique » (Coudeyre et al., 2021) et d'autre part, la natation semble être une activité adaptée aux personnes atteintes d'arthrose (Coudeyre et al., 2021; Rintala et al., 1996; Semble et al., 1990). Cependant, le discours de Camille montre bien que l'activité doit être adaptée à la personne dans son intégralité et pas uniquement réduite à une maladie (dans le cas de Camille, les douleurs liées à l'arthrose peuvent être une limite à certaines activités pourtant en adéquation « sur le papier »).

C'est sur ce point que les éducateurs du dispositif doivent développer leurs compétences. Et, il ne s'agit pas que d'une question de diplômes puisque dans leurs travaux sur les éducateurs médico-sportifs, Chantelat et Perrin définissent les compétences de manière sociologique comme des « "qualités et capacités des travailleurs", c'est-à-dire des savoirs et des savoir-faire qu'ils mobilisent dans les situations concrètes de travail pour exercer correctement leur métier. Ces compétences dépassent donc les savoirs validés par une formation ou un diplôme » (Chantelat & Perrin, 2009).

Pour Perrin et ses collaborateurs, trois compétences sont nécessaires à l'encadrement de ces publics atteints de maladies chroniques : adapter à la pathologie, son traitement et son évolution ; encadrer des APS et éduquer pour la santé. Or, ce sont « les compétences développées dans les formations universitaires en APA » (Perrin et al., 2020). Ces professionnels, appelés enseignants en activités physiques adaptées (EAPA²⁵⁶), présentent « l'avantage de résulter d'une formation longue, ancrée

²⁵⁶ Barbin, J.-M., Camy, J., Communal, D., Fodimbi, M., Perrin, C., & Vergnault, M. (2016). *Référentiel d'activité et de compétences de l'Enseignant en Activité Physique Adaptée*. Société Française des Professionnels en Activité Physique Adaptée. Disponible à <http://sfp-apa.fr>

dans la recherche scientifique, tout à fait cohérente avec les besoins d'un public fragilisé par la maladie chronique et en phase avec le niveau de qualification des soignants » (Perrin, 2021).

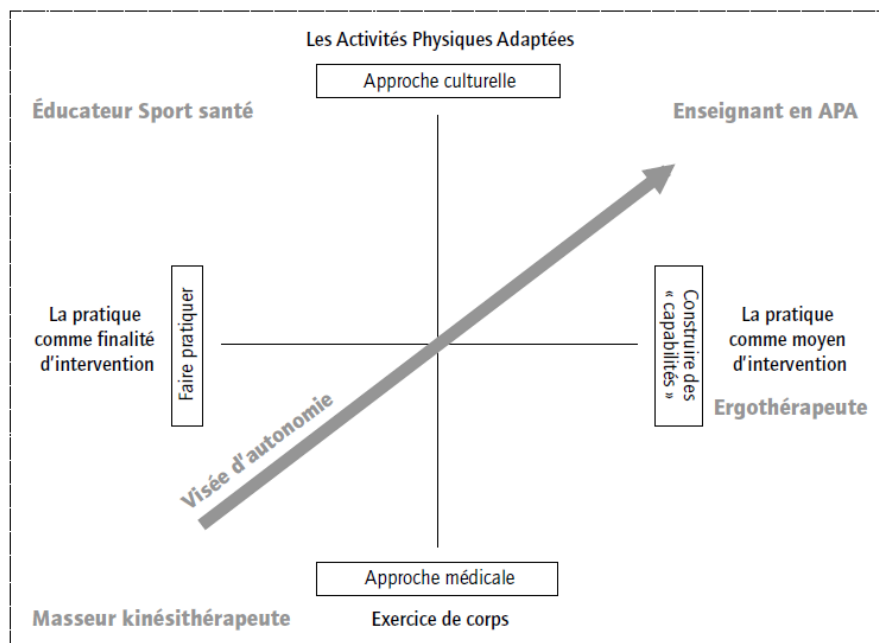


Figure n Espace des territoires professionnels concernés par l'activité physique (Perrin, 2016)

Ces enseignants en APA, issus des filières STAPS APAS, ont intégré petit à petit le dispositif strasbourgeois (formation continue d'un ETAPS, stagiaires en formation initiale, recrutement, etc.). Cependant, ces professionnels sont souvent amalgamés aux des éducateurs sportifs et les « dynamiques collaboratives étudiées sur les terrains de l'intervention se transforment en conflits de juridiction quand elles rencontrent l'arbitrage des institutions (phase critique d'élaboration du décret relatif à l'article 144 de la nouvelle loi de santé » (Perrin et al., 2020). Perrin explique ainsi que les enseignants APA sont confondus avec les éducateurs sportifs mais également avec les éducateurs médicosportifs (Perrin, 2016). De ce fait, tout comme le handicap, la prise en compte des maladies chroniques apparaît d'une part comme une « logique sociale par le devoir d'accueillir l'ensemble des personnes » et, d'autre part, « en tant que logique économique puisque [...] peut aujourd'hui être à la base de nouveaux créneaux d'activités au sein d'un club et donc être source de revenus pour l'éducateur professionnel » (Bouttet, 2013, 2015).

Au-delà de ce constat d'un territoire professionnel en tension, il s'agit également de répondre aux besoins du terrain et aux attentes des usagers du dispositif concernant des professionnels de l'activité physique adaptée à l'individu dans sa globalité, à son état de santé et avec des compétences relationnelles et éducatives sans pour autant glisser vers l'autorité d'un enseignant. Un désaccord entre le bénéficiaire et le professionnel, ou entre un agent socialisateur et un individu socialisé -ou en voie de socialisation-, peut engendrer des effets inverses à ceux attendus par l'action publique.

4.2.3. Les éducateurs, comme vecteur d'engagement ou non dans une activité physique

Pierron décrit la relation thérapeutique comme une forme de coopération où le patient et le médecin ne se confrontent pas mais se « réconcilient » (Pierron, 2007). Aussi, les usagers de SSO attendent une relation à double sens avec les éducateurs sportifs, symétrique, dépassant les simples interactions. De la même manière « qu'une meilleure communication dans la relation médecin-consultant améliore le suivi des traitements, les résultats cliniques et la qualité de vie des patients » (Fournier & Kerzanet, 2007), une bonne communication et des bonnes relations entre les protagonistes du dispositif strasbourgeois sont synonymes de motivation, de satisfaction et de participation.

Charlène et Arthur, couple ayant participé ensemble au dispositif, explique ainsi que « *si vous rencontrez des gens qui ne vous mettent pas à l'aise, forcément ça crée des blocages* ». Cette relation usagers-éducateur est donc importante et agit notamment sur l'engagement dans sport-santé sur ordonnance. Gaëlle explique qu'elle aurait quitté le dispositif si elle ne s'y était pas engagée financièrement :

Gaëlle : à sens unique, ça a un inconvénient, c'est que si on est pas très satisfait du dispositif, on peut en arriver à le quitter, simplement par manque de communication. Par manque de communication, c'est-à-dire, faute d'avoir l'interlocuteur en face, on peut finir par le quitter. Si j'avais pas eu le Pilate en plus...bon si j'avais pas eu le Pilate, et puis 100€ dont il faut que je me dise que j'en tire quelque chose, vous voyez ce sont des raisons idiotes.

Certains usagers placent l'éducateur sportif au rang d'acteur motivationnel, comme Anny :

Anny : Euh je trouve, bon Matthieu est quelqu'un, bon maintenant je parle pas des autres je les connais pas hein. Je connais que Matthieu et quelqu'un de vraiment très sympa, il vous met à l'aise. Il y a pas de... Il s'occupe de vous. C'est rassurant.

Mais, une majorité de discours dévoilent une certaine « relation négative » entre les bénéficiaires et certains éducateurs sportifs, du moins des usagers envers ces professionnels. C'est le cas par exemple de Mélanie :

Mélanie : Voilà Sylvain est bienveillant ! Parce que... je suis désolée de vous dire ça mais Matthieu n'est vraiment pas bienveillant hein... [...]. C'est quelque chose, c'est vraiment quelque chose ! Il m'a fait quitter d'ailleurs le, le... au bout de deux ans... [...] Parce que voilà ça allait plus. Il me donnait des cours qui n'avaient plus, plus de sens [...] Il m'a forcée... [...] Ca c'est mal passé à la fin de la deuxième année. Voilà. (silence) Donc j'étais un petit peu déçue. Et il m'a dit : "bon bah c'est pas la peine on continue plus".

Charlène nous explique de son côté que l'expérience avec un éducateur lors d'une séance l'a conduite à ne plus retourner dans cette activité :

Charlène : Cette cloche, elle m'a pris les jambes. J'avais la tête au sol, il m'a soulevé. J'ai cru que ma cage thoracique, tout...tout allait péter ! Donc j'étais une semaine et demie en arrêt - merci - [Rires]. Bin oui, j'avais mal au dos, je ne pouvais pas bouger ! il m'a soulevé comme un bananier. Il était rachitique comme ça, mais il m'a soulevé avec mes 85 kilos, sans problème. Et j'étais scotchée ! Du coup, je n'y suis plus retournée.

Cette tension ressentie par les usagers les amène parfois à tenter des « stratégies » de contournement avec l'aide du médecin traitant. Mélanie a ainsi demandé l'intervention de son médecin qui « a envoyé un mot, en disant que [Mélanie] pouvait changer de coach sportif ». Cette relation d'acteurs apparaît donc complexe et certains bénéficiaires quittent le dispositif sous l'effet des altercations et des divergences. Fatima est l'une d'entre eux :

Fatima : [...] Donc j'ai arrêté, je suis allé le voir : « pour le moment, je ne peux pas encore faire le test, parce que je ne sais pas ce que j'ai ». Voilà. Donc, je sais ce que je lui ai dit. Il m'a dit : « bah écoutez, allez-y, mais quand vous aurez votre certificat médical - ce qui est logique (Fatima commente) - vous revenez me voir et on va prendre un rendez-vous ». Et depuis, tous les rendez-vous, je les reporte, c'est la 3ème fois ou la 4ème fois. J'ai un rendez-vous, je ne sais pas quand d'ailleurs, je crois que c'est en janvier. Je ne sais pas pourquoi, mais avec tout le monde. On ne sait pas quand

il est bien, et on ne sait pas quand il va sauter du mur ! On ne sait pas. Il ne veut pas mettre dans sa tête qu'il a à faire à des malades. Oui, voilà, mais Bastien²⁵⁷, il était professionnel. Par rapport à son âge et son expérience, il regardait et disait : « Non, ne levez pas le pied. Si quelqu'un a mal, il ne lève pas le pied. Si on a mal à l'épaule, on ne lève pas la main ». Si on a mal à ceci. Voilà, très bien. Lui, [en parlant d'un des éducateurs de la ville], une fois, qu'il a remplacé un autre, il a fait le stretching, il a vu que ... moi j'ai un dos cassé, depuis toujours. Alors il a dit : « Mais c'est quoi ce dos, mais c'est quoi ce dos ? Ah non, ce n'est pas comme ça ». Je ne peux pas faire moins. Je ne peux pas faire un défilé de mode ou je ne sais pas quoi. Moi j'essaye de me maintenir c'est tout. Voilà, voilà. Vous n'avez, vous ne pouvez pas redresser mon dos. Bah, on fait avec. On essaye, mais c'est vrai quand on voit de loin, mon dos, on voit qu'il est bousillé mais ce n'est pas la peine de crier. Ah non, ce n'est pas comme ça, le dos il n'est pas bien (imite l'éducateur). Mais on le sait, ce n'est pas comme ça. Mais c'est foutu.

Quatre personnes ont ainsi mis en avant ce « conflit » pour expliquer leur sortie du dispositif SSO. Or, la confiance a un impact sur l'expérience au sein du dispositif tout comme son rôle a été mis en évidence dans le succès des « traitements, à travers leur impact sur la satisfaction, l'adhérence aux traitements » (Safran et al., 1998), mais également sur la motivation des athlètes. En effet, dans le milieu sportif, la relation entraîneur-athlète est l'une des influences les plus importantes sur la motivation des athlètes (Mageau & Vallerand, 2003).

Arthur : Après c'est vrai que c'est les profs quand même...

Charlène : C'est les profs qui... Ça passe ou ça casse, ce n'est pas compliqué. Ça passe ou ça casse. Non, mais je veux dire, à « sport santé », si on prend des profs...coincés, ben ils n'ont pas leur place ici, je ne sais pas.

Dans la relation usager-éducateur, l'utilisateur peut avoir des préférences pour certaines activités qui peuvent être différentes de celles de l'éducateur sportif. De la même manière que le changement de comportements des patients peut être en partie tributaire de l'évolution de la relation avec le professionnel de santé (Fainzang, 2005), une situation de « conflit », liée à un désaccord (exprimé ou non) quant à l'activité prescrite, peut être à l'origine de relations difficiles et influencer négativement l'expérience de l'utilisateur voire même entrainer son engagement sportif dans et/ou en dehors de sport-santé sur ordonnance.

²⁵⁷ Pseudonyme donné à un éducateur sportif d'une association partenaire.

Concernant les personnes nous ayant signifié avoir quitté le dispositif à cause de ce conflit relationnel, l'étude de leur parcours et de leur expérience ainsi que leurs dispositions – autant les socialisations sportives passées que leur classe sociale par exemple – ne permettent pas d'en tirer un profil général ou une typologie. En revanche, et contrairement à ce qui pourrait être imaginé, les usagers rendant compte de désaccords avec un ou plusieurs éducateurs sportifs ou d'une mauvaise expérience avec l'un d'entre eux restent finalement longtemps dans le dispositif SSO²⁵⁸. Une majorité sont ainsi allés jusqu'aux trois ans (voire plus) du programme. Ceci peut s'expliquer, d'une part, par le fait que les usagers ne sont que rarement avec le même éducateur. Généralement, l'éducateur référent, c'est-à-dire celui qui oriente l'utilisateur vers les activités, est la personne avec qui il y a mésentente. La rencontre entre l'utilisateur et celui-ci est donc assez exceptionnelle : tous les six mois habituellement, pour réaliser le bilan, une éventuelle réorientation et des tests physiques. Et d'autre part, ces usagers sont globalement ceux qui constatent des effets de la pratique physique régulière sur leur état de santé²⁵⁹ (comme Zoé ou Lilia), ce qui les pousse à rester investis dans l'activité physique prescrite. Des activités « coup de cœur » ainsi que l'investissement financier les encouragent également à poursuivre dans le dispositif afin de ne pas « perdre de l'argent » comme l'a expliqué Gaëlle par exemple²⁶⁰.

De plus, il va de soi que le parcours des éducateurs agit sur leur travail (Gasparini & Pichot, 2009) et que « plusieurs dimensions de l'identité, en plus de la trajectoire professionnelle et personnelle des acteurs influencent les pratiques professionnelles et leurs représentations du travail (le genre, l'origine ethnoculturelle, la croyance religieuse, les goûts culturels et sportifs...) » (Bouttet, 2015). Notre travail portant principalement sur la parole des usagers, nous ne pouvons pas développer ce point. Néanmoins, il aurait été intéressant de croiser les discours des bénéficiaires et ceux des éducateurs sportifs. La relation usagers-éducateurs sportifs serait à étudier de manière plus

²⁵⁸ Deux personnes ayant quitté le dispositif pour raison « relationnelle » sont également resté longtemps : l'une a bénéficié du dispositif pendant plus de trois ans contre deux années pour l'autre.

²⁵⁹ Voir partie « Des bénéfices physiques et psychologiques ressentis ».

²⁶⁰ Elle affirme en effet que : « Si j'avais pas eu le Pilate en plus...bon si j'avais pas eu le Pilate, et puis 100€ dont il faut que je me dise que j'en tire quelque chose, vous voyez ce sont des raisons idiotes ».

approfondie comme un système complexe dans lequel s'articulent des interactions, des motivations, des conflits sociaux, des trajectoires et des représentations.

Pour conclure sur le rapport des usagers aux éducateurs sportifs, nous finirons sur cette citation de Carré et de ses collaborateurs : « les explications, les encouragements, l'individualisation des contenus, le partage d'expérience apparaissent comme facilitateurs. Les comportements directifs, la pression ou la surprotection sont à l'inverse néfastes. À noter que le fait de pratiquer non pour soi mais pour faire plaisir à autrui, en réponse à une pression sociale, est un facteur défavorable à long terme » (Carré et al., 2021).

4.3. Vers des usagers « acteurs » de leur expérience et de leur pratique

Certaines activités peuvent être contre-indiquées selon les pathologies et d'autres être plus adaptées. Ces connaissances « scientifiques et professionnelles » des activités sportives mettent l'éducateur « dans une position de pouvoir où leurs expériences et leur jugement relèguent l'avis des patients au second plan » – tout comme le serait un médecin concernant le choix d'un traitement – (Senghor, 2017). Mais dans le monde des activités physiques adaptées et donc dans le dispositif strasbourgeois, ce ne sont pas les usagers qui doivent s'adapter à une activité (c'est-à-dire que ce n'est pas uniquement l'état de santé qui définit vers quelles activités se diriger) mais ce sont les activités physiques qui doivent être adaptées à chaque individu. Ainsi, les contre-indications qu'on pourrait observer d'ordinaire (dans un créneau « normal », non spécifique aux malades chroniques) n'existent pas. Les usagers peuvent et doivent alors avoir la possibilité de « négocier » avec les éducateurs la pratique sportive. Certains usagers endossent alors un rôle de « collaborateurs » et se « conforment » aux activités choisies par les éducateurs sportifs. Ils acceptent et s'ajustent alors aux attentes des professionnels. Tandis que d'autres, en revanche, apparaissent plutôt « bricoleurs » et témoignent d'une certaine « résistance » témoignant d'une recherche d'autonomie.

Camille : pour les gens qui veulent se lancer pour la première fois dans le sport... Faut leur donner envie, faut les mettre en confiance. Faut aller dans leur sens. Voilà. Moi, c'est le ...le reproche essentiel. Ce monsieur n'est peut-être pas particulièrement pas diplomatique, quoi.

Ce désir de négociations²⁶¹ est présent dans une majorité d'entretiens. Camille poursuit ainsi en expliquant avoir essayé gratuitement quelques séances de yoga pour néo-retraités hors sport-santé sur ordonnance, et qu'elle aurait souhaité expérimenter le Pilates dans le dispositif avant d'investir « dans une centaine d'euros pour un truc qui ne va pas fonctionner » et « parce qu'on m'avait dit aussi que le Pilate, c'était très, très bien ça vous musclait le tout ».

Camille : C'est le choix de l'activité et moi j'en attendais beaucoup, je me suis dit : « Oh peut-être on va m'orienter, peut-être vers autre chose ». Et moi je pensais éventuellement au yoga, j'aurai bien testé. J'en avais déjà fait une fois et puis les cours étaient hyper chers, même quand on avait demandé à la personne, qui nous avait fait les ... enfin ces 3 séances. On lui avait demandé : « mais on peut s'inscrire où, quelles séances, on peut faire ? - Ah oui, mais dans ce cas, comptez au moins 500€ ». Et ce que j'ai cherché, c'est ça, et donc si ça ne me convient pas... C'est pourri quoi. C'est ... Et donc surtout que ça fait cher, donc...bon. Sport-santé, je trouvais ça formidable, c'est l'occasion de se voir, de se tester aussi, et d'être orientée avec nos idées [...]. Je l'agaçais parce que j'interrompais, j'essayais de caser un truc. Et je sentais que je l'agaçais et après je me suis dit : « laisse tomber, tu attends le prochain rendez-vous et tu en rediscutes ».

Elle souligne cependant ne pas avoir été écoutée par l'éducateur lors du rendez-vous et s'être vu inscrire dans des activités inadaptées à ses yeux : « Moi c'est juste que y a des choses que je ne sais pas faire et y en a d'autres que je sais faire. Alors voilà, c'est de trouver ce que je sais faire. Mais si on me fait faire que des choses que je ne sais pas faire, la cardio, je veux dire, vous tapez sur les pieds, j'en aurai été incapable, incapable ». Cette absence d'écoute et de possibilité de négociation ont participé au désengagement sportif de Camille²⁶². En effet, les usagers souhaitent plus des propositions que de « prescriptions » de l'éducateur sportif. Ils veulent pouvoir exprimer leurs réticences, leurs préférences et que celles-ci soient prises en compte. C'est le cas également dans le milieu médical où il existe une nouvelle conceptualisation du patient. S'il était autrefois passif et dépendant, comme l'indique Parsons dans *The Social System* (1951), avec une relation médecin-patient (relation thérapeutique) asymétrique en faveur du médecin, le patient d'aujourd'hui désire participer

²⁶¹ Une négociation entre deux parties correspond à « toute situation où l'une et l'autre mettent en oeuvre leur pouvoir respectif pour influencer une décision » (Reynaud, 2003)

²⁶² Sa sortie du dispositif strasbourgeois ne tient pas uniquement de l'absence négociation mais également à un parcours de vie semé de ruptures biographiques (voir la partie « Parcours chaotiques et corps « meurtris » : les cas de Clarisse, d'Anny et de Camille.»).

activement aux décisions concernant sa santé (Coulter & Ellins, 2007). En effet, la relation de confiance réciproque n'est « ni immédiate ni assurée : elle a besoin d'être construite et entretenue » (Bizouarn, 2008). Cette dernière se construit notamment par l'autonomie donnée à l'utilisateur, en lui permettant d'être un acteur à part entière dans le dispositif strasbourgeois.

Les usagers semblent donc être demandeurs de certaines libertés de choisir tout en restant dans un certain cadre afin d'être plus motivés à pratiquer une activité physique dans SSO. Cette possibilité de « choix » et son impact sur la motivation sont couramment étudiés en psychologie. Par exemple, Dwyer a montré que la possibilité de choisir la musique dans des cours de danse augmente la motivation intrinsèque (Dwyer, 1995) ou encore, une autre étude²⁶³ a démontré qu'une méthode d'enseignement où les décisions sont prises par l'enseignant en éducation physique et scolaire soutient moins la motivation intrinsèque qu'un choix d'activités laissé aux élèves. Soutenir l'autonomie serait ainsi « *an individual in a position of authority (e.g., an instructor [or a coach]) takes the other's (e.g., a student's [or an athlete's]) perspective, acknowledges the other's feelings, and provides the other with pertinent information and opportunities for choice, while minimizing the use of pressures and demands* » (Black & Deci, 2000). Une étude sur les patients diabétiques a démontré que ceux qui possèdent une certaine autonomie dans la prise de décision font preuve d'une relation de confiance avec l'équipe soignante et d'une meilleure satisfaction (Lee & Lin, 2011)²⁶⁴ : ceci intervient donc en faveur de « l'individualisation d'une relation médecin-malade qui favoriserait l'autonomie » (Boissier, 2012).

Les éducateurs sportifs de SSO devraient donc favoriser la participation active des usagers aux décisions concernant le choix des pratiques. Il ne s'agit pas de laisser libre choix mais de se tourner vers une prise de décision partagée tout en conservant la dimension « pédagogique et préventive » du dispositif. Tout comme la confiance et la relation positive entre les deux acteurs, la capacité des

²⁶³ Goudas, M., Biddle, S.J., Fox, K.R., & Underwood, M. (1995). It Ain't What You Do, It's the Way that You Do It! Teaching Style Affects Children's Motivation in Track and Field Lessons. *Sport Psychologist*, 9, 254-264.

²⁶⁴ Cela exercerait une influence sur la qualité de vie et serait prouvé par des références quantitatives. La maladie serait alors mieux contrôlée.

éducateurs à favoriser la participation des usagers aura un effet positif sur leur implication et leur satisfaction comme c'est le cas dans le milieu médical entre médecin et patient (Bell et al., 2002; Hubbard et al., 2008) ou dans le milieu éducatif entre enseignant et apprenant. Cependant, Génolini et ses collaborateurs (2011) notent que « la difficulté réside dans la saisie de cette double tension entre ce qu'Ogien caractérise comme "la dureté des formes sociales établies et la labilité des échanges" (Ogien, 2005, 1) ». L'utilisateur attend donc que l'éducateur sportif « transforme le réseau de communication entre acteurs de l'enseignement et de l'apprentissage, [afin] de passer d'un réseau d'échanges centrés sur l'enseignant à un réseau d'échanges multidirectionnels, de passer d'un réseau hiérarchisé de type maître-élève à un réseau non hiérarchisé de co-acteurs de l'enseignement/apprentissage » (Loiseau, 2003).

Cependant, conscients d'être dans SSO pour pratiquer une activité physique adaptée à leur état de santé, les usagers n'attendent pas non plus une prise de décision informée (Bekker et al., 2003), où ils seraient les seuls décideurs après avoir reçu des informations du professionnel les accompagnant, mais bien une prise de décision partagée. Cette dernière, dans le milieu médical, est considérée comme « au centre d'un continuum avec d'un côté, le modèle paternaliste ou dit "de l'expert" et de l'autre, celui du consommateur de soins de santé » (Légaré, 2009) permettant de dépasser l'asymétrie des échanges (Bruneau et al., 2021; Génolini et al., 2011).

Entre usagers-experts et professionnels paternalistes, il s'agit de faire se rencontrer deux spécialistes : « celui qui apporte des informations fondées sur le meilleur niveau de preuves scientifiques [l'éducateur sportif formé aux activités physiques adaptées] et celui qui connaît ce qui est le plus important pour lui-même [l'utilisateur] ». Ainsi, la mise en place d'un « ordre négocié » (Baszanger, 1986; Strauss et al., 1982) dans le dispositif strasbourgeois permettrait aux éducateurs sportifs de trouver un « compromis acceptable entre l'efficacité qu'ils recherchent et l'acceptabilité du patient » comme le ferait un médecin dans le choix d'un traitement (Castel, 2005). Plus que des

coachs sportifs ou que des enseignants, c'est une transformation vers des « éducateurs-pairs²⁶⁵ » qui est attendue.

Certains usagers adoptent donc une position d'experts dans laquelle ils sont spécialistes de leur maladie mais également de leur expérience dans le dispositif sport-santé sur ordonnance.

Joséphine : Mais après quand j'avais cours qu'avec Matthieu, c'était la catastrophe. C'était pas adapté pour moi ! Il nous faisait tout le temps faire des trucs où il faut... c'est plus de la coordination et de l'équilibre alors que moi j'ai besoin de travailler le souffle, de travailler l'endurance, de, de, de... voilà de, de... les problèmes de dos. Voilà.

Octavia, par exemple, rend compte de l'importance du partenariat de la Ville de Strasbourg avec les associations sportives locales :

Octavia : Alors que là je trouve qu'il y a un réel accompagnement, et ça ça a toute sa valeur. Donc, franchement moi fin je remercie la ville, je trouve ça génial. Parce que ben, c'est au niveau de la ville. Et moi je trouve ça plus intéressant que ce soit mis en place au niveau de la ville, parce que du coup, de un je pense que la ville a plus les moyens de mettre ça en place, qu'une, par exemple, qu'une association qui a des moyens plus limités à mon avis, et d'autre part c'est tout à fait bénéfique aux associations sportives, puisque ça leur fait de la publicité et que si elles collaborent avec ce dispositif, elles se font connaître, et elles mettent en valeur, ben, tous les bénéfices de leur activité. Donc je trouve ça vraiment très intéressant.

Ces usagers souhaitent même parfois que leur expertise et leur expérience soient reconnues en participant notamment aux réunions de « pilotage » de l'action publique par exemple, afin que leurs avis soient pris en compte. Comme l'explique Lilia dont la volonté aurait été de pouvoir accéder aux comptes-rendus de ces réunions :

Lilia : Les bilans ça aurait été intéressant. Moi je sais que j'ai... Un jour, on a eu une invitation à des réunions, j'ai pas pu y aller mais après y'a pas eu un retour... par... parce qu'on, on reçoit régulièrement euh par exemple des informations par rapport aux activités en été, ou pendant les périodes de vacances. Ça aurait été intéressant si y'a eu des bilans, qu'on puisse recevoir des

²⁶⁵ En référence au « médecin-pair » qui tend à remplacer le médecin « père » (Pierron, 2007).

comptes rendus aussi, euh, voilà... y'a eu telle réunion, voilà ce qui s'est dit. A la limite ça pousse les autres à dire aussi, à donner leur avis un peu.

Elle poursuit en expliquant qu'on lui avait parlé de la constitution éventuelle d'un groupe d'usagers :

Lilia : Alors, un jour, y'avait justement, une commission là de sport santé qui était passée avec le docteur Feltz et il disait, il nous disait qu'il avait l'intention de, de, de... d'inviter les gens, ceux qui ont... pratiqué, enfin bénéficié de ça, de créer une association. Donc moi j'avais laissé mon nom me disant que j'étais intéressée de m'impliquer bénévolement dans cette association. Bon jusqu'à maintenant j'ai pas, je sais pas si elle a été créée ou pas mais j'ai pas eu de nouvelles. Mais n'empêche qu'il y avait cette idée d'association de gens qui ont bénéficié et j'ai trouvé intéressant parce que ça permettait peut-être de venir euh.... Un peu être.... Un peu garantir de, de, de dire a oui il faut, c'est le moment de faire un bilan, c'est le moment de faire le suivi, c'est le moment... je, je, je sais pas, je me disais que cette association... De faire parler par le bas.

Volontaire pour s'y engager, elle n'a malheureusement pas eu de nouvelles. Aujourd'hui, avec la construction de la maison sport-santé à Strasbourg, un comité des usagers (commun entre sport-santé sur ordonnance et le dispositif PRECCOSS²⁶⁶) est en train d'être constitué. Ce comité devrait permettre à certains usagers de partager leur expertise à la fois de l'activité physique dans le cadre de sport-santé sur ordonnance mais également de la maladie. En trois ans d'activité physique prescrite, Lilia a ainsi accumulé de l'expérience quant à la pratique sportive adaptée et ses effets sur sa maladie : l'hypertension artérielle. Elle connaît mieux son corps ainsi que les activités ou les mouvements à réaliser – ou inversement à éviter. Elle a acquis ce qu'on pourrait appeler un « savoir expérientiel » (Boudier et al., 2012), faisant d'elle un usager-expert.

²⁶⁶ Le programme PRise En Charge Coordonnée des enfants Obèses et en Surpoids de Strasbourg a été créé par la ville de Strasbourg en 2014. PRECCOSS « offre gratuitement aux enfants inclus dans le programme, une prise en charge avec un suivi individuel et des ateliers collectifs d'activité physique [...]. S'ils ont été dépistés – par la médecine scolaire ou la médecine de ville, pédiatrique et générale – comme étant en surpoids ou obèses, les enfants scolarisés à Strasbourg sont orientés via une prescription médicale vers le dispositif PRECCOSS » (Grassler, Knobé, et al., 2019).

Encadré 8 Du patient-expert à l'usager-expert en activités physiques adaptées de santé

L'augmentation de la prévalence des maladies chroniques, l'institution de la démocratie sanitaire²⁶⁷, l'élaboration législative de l'Éducation Thérapeutique du Patient²⁶⁸ ont participé à la naissance de « patients-experts²⁶⁹ » (Boudier et al., 2012; M. Chauvin, 2017; Gross & Gagnayre, 2014; Sarradon-Eck, 2019) liés à une professionnalisation de la maladie (Friconneau et al., 2020; Grimaldi, 2010; Tourette-Turgis & Pereira-Paulo, 2018) et à l'émergence de l'autonomie du patient (Ménoret, 2015).

D'une relation inégalitaire et asymétrique au profit du médecin « débouchant sur une relation médecin/patient obéissant à un modèle paternaliste où le patient, considéré comme très fragile, ne se voit fournir que très peu d'informations par le médecin » (Dodier, 2004), les patients deviennent actifs et « sachants » (Noël-Hureauux, 2010). Ils accumulent des informations sur leur affection et des expériences liées à leur maladie -majoritairement chronique- et à ses effets sur leur quotidien (Pomey et al., 2015). Ils « apprennent à développer un partenariat avec les soignants, de discuter, voire de contester leurs propositions » (Grimaldi, 2010).

Dès lors, l'usager-expert en APAS est un double expert : il est à la fois un expert de lui-même, c'est-à-dire de sa vie avec la maladie, mais aussi expert d'une ou des activités physiques adaptées à son état de santé par l'observation de son corps et des réactions de celui-ci pendant et après des séances de pratique physique. Il accumule un « savoir expérientiel (issu de la connaissance de la maladie [et de l'activité physique] *in vivo*) » (Boudier et al., 2012).

²⁶⁷ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

²⁶⁸ Article 84 - LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

²⁶⁹ De multiples appellations existent comme patient-éducateur, expert profane, patient-ressource, patient-intervenant, patient-partenaire, etc.

Ainsi, l'utilisateur-expert en APAS conçoit orienter et être associé aux décisions de l'éducateur sportif, en fonction de sa maladie et de ses capacités dont il est le seul expert, tout en prenant en compte les connaissances du professionnel. Il s'agit bien ici d'un « partenariat » usager-éducateur et d'une collaboration où sont « respectées les disparités de chacun ; en l'occurrence, la disparité des savoirs » (Barrier, 2016): sportifs et scientifiques pour l'éducateur formé aux APAS, expérientiels et existentiels pour l'utilisateur.

Dans le milieu médical, la Haute Autorité de Santé délimite l'action des patients-experts et les réduit « au rôle de simples consultants, sans aucun pouvoir décisionnel » (Barrier, 2016). Le programme SSO, n'étant pas un dispositif médical, a donc la possibilité de donner plus d'autonomie et de « pouvoir » à ses usagers dans un registre moral (Ménoret, 2015). C'est sur cette volonté que se construit le « comité des usagers » des dispositifs strasbourgeois de la nouvelle maison de santé²⁷⁰. Il s'agit notamment de reconnaître l'expertise des usagers. Ces derniers pourraient avertir de certaines « problématiques » au sein du sport-santé sur ordonnance, proposer des pistes d'amélioration et avoir un « poids » sur les décisions, tout comme la collecte des expériences de malades, à travers des associations de malades, permet d'apporter une réflexivité voire une contre-expertise aux savoirs des professionnels (Dalgarrondo, 2007).

De la même manière que les patients-experts peuvent avoir plusieurs rôles (Friconneau et al., 2020) et au-delà d'être expert pour eux-mêmes, ils peuvent l'être pour d'autres. Ainsi, l'utilisateur-expert peut être un pair-aidant ou pair-émulation (Gardien, 2010) qui partage son expérience du sport sur ordonnance²⁷¹, un usager-formateur qui participe à la formation des professionnels (médecins, éducateurs sportifs, etc.), un usager-ressource en tant que

²⁷⁰ Sur ce sujet, voir les travaux en cours de Pauline Blanc portant sur la Maison Sport-Santé de Strasbourg et les acteurs de celle-ci notamment ces « usagers-experts » : Blanc, P. (en cours). *Promouvoir la santé et prévenir les maladies chroniques par l'activité physique : La « maison du sport-santé » comme nouvel outil d'une action publique locale. L'exemple de Strasbourg* [STAPS Sciences sociales du sport, Université de Strasbourg]. <http://www.theses.fr/s270148>

²⁷¹ A l'exemple de la participation de certains usagers aux Assises du Sport-santé sur Ordonnance de Strasbourg, en tant que spectateurs ou « conférenciers » (annexe 4). Ces usagers partagent leur expérience du dispositif local et transmettent leurs savoirs aux individus présents (majoritairement des étudiants ou des professionnels de la santé, du sport et du social).

représentant des autres usagers dans l'organisation et les réunions du dispositif ou dans certaines instances publiques concernées par le sport sur ordonnance²⁷². Dans une autre mesure, les usagers-experts en APA pourraient également être mobilisés auprès des usagers potentiels. Leur expérience de l'activité physique de santé et du dispositif strasbourgeois appuieraient l'ordonnance médicale du médecin auprès d'un public cible.

Si certains auteurs indiquent que l'expérience des patients n'est pas transmissible, d'autres pointent du doigt la question de l'objectivation et de la généralisation d'une « expertise » basée sur une expérience et un parcours individuels (Grimaldi, 2010) où « le patient-expert n'est expert que de lui-même » (Reach, 2009, p. 92). De même, l'activité physique n'a pas le même effet selon les individus, selon leur(s) pathologie(s) et selon leur parcours de vie – notamment leurs socialisations sportives passées et leur rapport au corps –. L'idée d'une généralisation d'une expérience de sport-santé par des usagers-experts semble donc délicate. En revanche, leur expérience de l'activité physique avec la maladie et du dispositif peut être transmise et partagée sans pour autant être généralisée. De même que tous les usagers ne sont pas des usagers-experts et tous les malades ne sont pas des patients-experts. Certains vont devenir experts d'une activité physique en particulier, d'autres de l'impact général du « sport » sur leur maladie, leur corps ou leur quotidien ou encore de la relation avec les éducateurs sportifs.

Tout comme les patients-experts font état d'un sentiment d'efficacité personnel (Gross & Gagnayre, 2013), les usagers-experts en APA sont les individus globalement satisfaits de leur expérience du dispositif. Se pose alors la question de la légitimité du comité des usagers qui laisse apparaître une « certaine tension entre le fait de vouloir recruter des patients authentiques (Towle et al., 2016), définis comme des patients qui ressemblent à ceux vus au quotidien au cours de l'exercice médical, et des patients plus engagés, plus

²⁷² Dans le milieu médical, « ces institutions ou associations recherchent toutes des patients-experts et affichent leur volonté de mettre les malades au centre des dispositifs, pour garantir un minimum de démocratie sanitaire et éviter de lourdes erreurs » (Friconneau et al., 2020).

efficaces, mais soupçonnés de porter une voix plus militante, et moins représentative de tous les patients » (Gross & Gagnayre, 2017) . Les usagers-experts « recrutés » et les membres du comité des usagers ne seraient-ils pas des individus choisis pour leur discours « positif » et leur « bonne » expérience du dispositif ? Dès lors, leur expertise et leurs savoirs seraient en effet non généralisables car ils ne seraient pas ou moins représentatifs de la population générale de l'action publique strasbourgeoise. Néanmoins, l'ONAPS souligne que « le rôle des patients est important pour le développement de ces dispositifs²⁷³ » dans le sens où ils peuvent « impulser une dynamique collective stimulante autant pour les professionnels en charge des dispositifs que pour d'autres usagers » (Gasparini & Knobé, 2021).

Ainsi, nous assistons à l'évolution d'une éducation « à » la santé par l'activité physique à l'éducation « pour » la santé via le dispositif conduisant à une recherche de l'autonomie dans la prise en charge par les individus de leur propre santé. Cependant, nous l'avons vu précédemment, le passage et le parcours dans SSO ne garantit pas un engagement dans une pratique physique régulière après le programme et les modalités du maintien de l'engagement sont différentes.

5. Les activités physiques post-dispositif : sortir du programme et poursuivre ou non une pratique de sport-santé

Tout comme un patient choisit de ne pas consommer un médicament prescrit, les individus n'utilisent pas tous la prescription médicale d'activités physiques reçue²⁷⁴. Ils peuvent également y recourir plus ou moins longtemps en restant dans Sport-santé sur ordonnance quelques mois à quelques années. Ensuite, il leur appartient la décision de poursuivre ou non l'activité physique en

²⁷³ Charles, M., Larras, B., Bigot, J., & Praznoczy, C. (2019). *L'activité physique sur prescription en France : État des lieux en 2019. Dynamiques innovantes et essor du sport sur ordonnance* (p. 84). Observatoire national de l'activité physique et de la sédentarité/Pôle ressource national sport santé bien-être

²⁷⁴ Cette question de la « non-utilisation ou [...] non-consommation » (Warin, 2008) n'est pas étudiée dans ce travail mais nous l'avons questionné précédemment (voir Conclusion du chapitre 2 : Interroger les effets sociaux de la prescription médicale sur les usagers).

dehors du programme. Cette continuité de pratique physique dans-hors SSO est différente selon les individus. Parfois, la logique tient de la transformation d'une ancienne socialisation ou de sa prolongation par exemple. Le dispositif modifierait ainsi la manière de « consommer » une activité physique mais également les raisons de la pratique en dehors de celui-ci. Dans cette partie, les interrogations portent sur ce qu'il reste du dispositif « après » : qu'est-ce que les usagers retiennent finalement du passage dans ce programme institutionnel ? une manière d'être ? une technique au sein d'une pratique sportive ? la gestion de leur maladie avec une activité physique ? De plus, cette partie interroge les modalités de pratique post-SSO : pourquoi certains usagers se dirigent vers des associations de droit commun et d'autres dans des associations « sport-santé » ?

En premier lieu, le regard portera sur le fait que la participation à SSO semble notamment susciter la réactivation de dispositions développées au cours de socialisations antérieures ou encourager des bifurcations » (Knobé & Lutrat, 2022). Ceci permet de présenter trois profils d'usagers : les usagers n'ayant jamais pratiqué une activité physique, ceux qui se saisissent du dispositif pour se remettre à l'activité physique et enfin les bénéficiaires qui poursuivent une pratique régulière au travers SSO et après celui-ci. Ensuite, les différentes modalités de pratique seront abordées. Ceci concernera non pas les moyens techniques des activités physiques mais plutôt les manières et raisons de consommer des pratiques physiques et/ou sportives. Entre soin de soi, passion du sport ou éloignement du milieu médical, chaque usager s'approprie ses activités physiques.

5.1. Entre transformation ou prolongation des socialisations sportives passées

Nous avons pu voir dans les chapitres précédents que les socialisations sportives passées comme les événements biographiques constituent les dispositions à entrer dans sport-santé sur ordonnance et à poursuivre ou non la pratique physique à la sortie du programme. Certains usagers arrêtent donc la pratique d'une activité physique après leur passage dans sport-santé sur ordonnance et d'autres continuent. Certains se désengagent mais d'autres s'engagent ou se réengagent « sportivement » : c'est-à-dire que, parfois, le dispositif constitue une remise au sport par la réactivation d'une ancienne socialisation sportive alors que pour d'autres usagers, il s'agit d'une transformation ou d'une prolongation d'une expérience sportive passée. Enfin, certains usagers témoignent d'un état tout

nouveau affirmant une mise à l'activité physique « tardive ». Le contexte du dispositif SSO viendrait ainsi renforcer la socialisation initiale (Mennesson, 2004) ou la modifier.

5.1.1. Les « late bloomers » : le dispositif comme initiateur à l'activité physique

Parmi les usagers, certains font état d'une socialisation sportive quasiment, si ce n'est totalement, inexistante²⁷⁵. Ces personnes ont intégré le dispositif strasbourgeois pour s'initier à la pratique sportive dans le but de d'améliorer leur état de santé ou de perdre du poids. C'est le cas par exemple de Fatima qui après trois ans dans SSO a quitté le dispositif mais poursuit entre pair l'activité marche nordique dans laquelle elle a investi par l'achat de bâtons. Parmi ces usagers, on retrouve également Hassiya, d'origine turque, qui n'a pas pratiqué d'activité physique pendant sa petite enfance du fait de l'interdiction de son père et de sa culture, puis de sa migration en France²⁷⁶. Cherchant à perdre du poids, elle intègre le dispositif en 2013 sur incitation de son médecin : elle va rester trois ans dans le dispositif. Aujourd'hui, elle poursuit la pratique physique au travers d'une activité aquatique auto-organisée. Ces deux cas témoignent de l'engagement dans une activité physique régulière en dehors du dispositif et ce, sans socialisation sportive passée. Lilia, sans expérience sportive passée est, depuis sa sortie du dispositif, inscrite dans une association pour « pratiquer du qi gong et a investi dans des bâtons de marche nordique puisqu'il s'agit de "*deux sports [qu'elle ne] trouve pas agressifs, et qui [lui] font du bien*" » (Lutrat, 2021).

Ainsi, ces individus peuvent être considérés comme des « late bloomers » (Diogini, 2015) au parcours « continu tardif » (Hénaff-Pineau, 2010) : ils deviennent actifs physiquement sur le tard et ils poursuivent leur pratique physique régulière au sein d'une association ou en autonomie. Pour ces « néo-sportifs », le dispositif strasbourgeois constitue « *la première marche de l'escalier* » (Myriam), c'est-à-dire une instance de socialisation secondaire, créant un environnement favorable à la mise à l'activité physique et à l'engagement dans de nouvelles habitudes de vie actives. Et, « l'engagement

²⁷⁵ Toutefois, les déplacements actifs peuvent être présents « soit par nécessité (dans une ville comme Strasbourg où l'utilisation de la voiture est complexe), soit par habitude (souvent initiée, dès l'enfance, par les parents) » (Knobé & Lutrat, 2022).

²⁷⁶ Voir la partie « Des effets de la « culture d'origine » sur les socialisations primaires ? ».

dans une pratique physique régulière relève [...] d'une transformation profonde du rapport au corps, du mode de vie, et de l'identité du sujet » (Marcellini et al., 2016).

5.1.2. Les « rekindlers » : le dispositif comme levier pour se remettre à l'activité physique

Une socialisation sportive passée n'implique pas automatiquement la poursuite de l'activité physique après le passage dans SSO. C'est le cas par exemple de Fanny ou Octavia qui présentent toutes deux une expérience sportive passée mais se sont désengagées de l'activité physique, suite à des événements biographiques²⁷⁷, dès leur sortie du dispositif. Toutefois, ce dernier peut engendrer une remise à l'activité physique abandonnée ou même inédite.

Le chapitre 5 nous a montré qu'une majorité des enquêtés ont des dispositions à la pratique sportives. Alexandre, Yves et Zoé ont par exemple été socialisés pendant leur enfance et leur vie de jeune adulte. Multisocialisés (Lahire, 1998) et physiquement actifs, leurs parcours professionnels, leur vie familiale ou leur état de santé ont entraîné l'arrêt de l'activité physique à un moment donné de leur vie. Cependant, après leur passage dans le dispositif strasbourgeois, ces individus poursuivent une pratique initiée dans le programme ou trouvent une autre activité physique auto-organisée ou dans une association. Ils se sont ainsi saisi du dispositif comme d'un levier pour se remettre à l'activité physique. Zoé marche ainsi huit à dix kilomètres par jour et Alexandre et Yves poursuivent une pratique en autonomie. Ces usagers sont ce qu'on peut appeler des « rekindlers » (Diogini, 2015), c'est-à-dire des individus qui, « à un âge avancé, ravivent une pratique d'AP commencée plus tôt dans le parcours de vie puis mise en état de friche » (Tulle, 2018). Ils ont déjà été socialisés aux pratiques sportives plus tôt et SSO constitue un outil pour se remettre à l'activité physique avec un corps qui n'est plus le même sous l'effet de la maladie et de l'avancée en âge.

²⁷⁷ Le terme « décrocheurs » pourrait être attribué à ces exemples d'individus socialisés à l'activité physique mais abandonnant la pratique malgré le passage dans le programme strasbourgeois.

5.1.3. Les « continueers » : le dispositif pour poursuivre à pratiquer

Certains usagers étaient déjà physiquement actifs à leur entrée dans SSO. Par exemple, Béatrice, peu socialisée à la pratique sportive pendant son enfance, a commencé à pratiquer après la rencontre avec son mari vers ses vingt ans. Socialisée tardivement grâce à son conjoint, elle pratique, entre autres, le ski avec ce dernier puis la gymnastique grâce à son travail. Elle intègre le dispositif strasbourgeois pour ralentir l'évolution d'un diabète de type 2 et tenté de diminuer le traitement associé ainsi que ses effets. Depuis sa sortie de l'action publique et désormais retraitée, elle poursuit toutefois la pratique de la gymnastique avec son ancien travail dans un « contexte de pratique connu et perçu comme rassurant » (Knobé & Lutrat, 2022). Pour d'autres actifs, SSO permet une modification de leur pratique en les initiant à des activités physiques nouvelles pour eux. C'est le cas de Mélanie qui intègre le dispositif pour sa gratuité et poursuit aujourd'hui la pratique régulière de la marche nordique qu'elle a découvert dans le programme.

Les usagers « continueers », dont le parcours sportif est « continu et engagé depuis la jeunesse » (Hénaff-Pineau, 2010), s'emparent généralement du dispositif comme d'une occasion de multiplier leurs activités sportives à moindre coût grâce à la première année gratuite et à la tarification solidaire. Il s'agit donc d'une intensification de l'activité physique mais parfois également d'une diversification par la rencontre avec de nouvelles pratiques initiées dans le dispositif. SSO entraîne ainsi parfois une accentuation et/ou une transformation d'une ancienne socialisation sportive (primaire et parfois secondaire) et apparaît comme une « instance de socialisation à d'autres activités physiques ou sportives que celles pratiquées auparavant » (*Ibib.*).

Parmi les anciens usagers ayant poursuivi une activité physique régulière à la sortie du dispositif SSO, trois profils d'usagers sont mis en lumière par les entretiens. Ils traduisent trois formes principales d'appropriation du dispositif qui se différencient selon le « degré de socialisation sportive antérieure des bénéficiaires et les effets socialisateurs de la participation elle-même » (*Ibib.*). Le groupe des « rekindlers » constituent l'ensemble des individus qui renouvellent une ancienne expérience de « sportifs » en se remettant à l'activité physique avec SSO et en restant engagés dans une pratique régulière à sa sortie. Ces personnes ont été faiblement socialisées à

l'activité physique par le passé et SSO apparaît comme une instance de socialisation secondaire réactivant des dispositions oubliées. Le deuxième profil rassemble les individus n'ayant jamais été socialisés à l'activité physique, éloignés de la culture sportive et s'emparant de l'action strasbourgeoise pour impliquer une activité physique régulière dans leur quotidien. Pour ces « late bloomers », le dispositif constitue une instance de socialisation secondaire engendrant une mise à l'activité physique témoignant que « le passé n'est pas nécessairement garant de l'avenir » (Dumas, 2004). Enfin, le troisième profil est constitué des « continueers », ces usagers qui, au travers du dispositif, ajoutent des pratiques à d'autres « activités physiques déjà présentes et offrent aussi l'occasion d'en découvrir de nouvelles » (Dumas, 2004). Ils sont généralement multisocialisés et SSO permet de prolonger leur socialisation voire de la compléter.

5.2. Appropriation différenciée et modalités de pratiques différentes des pratiques post-SSO

Les usagers poursuivant une activité physique régulière à leur sortie du dispositif SSO font donc état d'une mise à l'activité physique, d'une remise à celle-ci ou encore d'une amplification de la pratique selon leurs socialisations sportives passées et leur parcours d'activité physique. Au-delà, les modalités de cette persistance de l'engagement après le programme strasbourgeois sont variables et traduisent les représentations des usagers liées à l'activité physique, à la santé et au vieillissement de leur corps de manière volontaire et en dehors de l'institution. Par exemple, Hénaff-Pineau explique qu'il existe une reconversion qui « consiste à s'orienter vers une pratique nouvelle qui est davantage compatible avec le vieillissement (sport d'endurance, pratiques douces...) » (2010). « L'adaptation des modalités de pratique » consiste à pratiquer de manière différente : par exemple, on retrouve ici la réduction l'activité physique ou des séances entre pairs avec les mêmes « capacités » physiques. Enfin, l'amplification de la pratique consiste pour les seniors à augmenter la régularité de leurs activités physiques ou bien les diversifier afin de répondre aux sensations croissantes de vieillissement. Nous allons donc porter notre regard sur ces raisons et ces modalités de pratique des anciens usagers poursuivant une activité physique à la sortie du dispositif

strasbourgeois. A quel titre s'engagent-ils dans une activité physique régulière après les activités prescrites ?

5.2.1. Rester dans le « sport-santé »

Certains usagers continuent de pratiquer une activité physique en restant dans le « sport-santé », c'est-à-dire en rejoignant notamment des associations sportives dédiées aux activités physiques adaptées ou des clubs proposant des créneaux « sport-santé ». Ces personnes s'y engagent pour conserver voire améliorer leur santé avec une ou des pratiques physiques adaptées à leurs pathologies comme la gymnastique douce ou la marche nordique notamment. Plus que par respect pour les recommandations en matière d'activités physiques, les usagers admettent la pratique de l'activité physique « au service de leur santé » et « le sens qui est alors progressivement accordé à la pratique dépasse largement les espérances du corps médical » (Barth et al., 2021). Généralement, ces usagers souhaitent rester entre pairs : entre « malades » ou entre séniors par exemple. En effet, ces personnes plus âgées ne souhaitent pas être confrontées avec des pratiquants plus jeunes, signe d'un processus d'autodisqualification de la part des seniors (Roncin & Feillet, 2006).

Ces personnes font généralement partie des « late bloomers », sans socialisation sportive préalable, elles s'engagent dans une activité physique régulière grâce au dispositif strasbourgeois et restent engagées à la sortie de l'action publique. Trois de ces usagers pratiquent aujourd'hui dans le cadre associatif, et cinq autres pratiquent régulièrement de manière autonome et auto-organisée. Les discours montrent ainsi que « ces personnes continuent la pratique dans une optique de "gestion de la santé". Comme dans le cadre de la mucoviscidose, ces personnes s'emparent de l'activité physique comme un "outil thérapeutique"²⁷⁸ (Lutrat, 2021). Fatima continue ainsi la marche nordique tout comme Lilia qui pratique également le Qi Gong. Ces deux activités lui permettent de rester active tout en préservant sa santé puisqu'elle les considère comme « deux sports [...] pas agressifs, et qui font du bien » (Lilia). Privilégiées par les « séniors », la marche nordique et les gymnastiques douces

²⁷⁸ Voir Fuchs, A. (2014). Activités physiques adaptées et mucoviscidose. La « voix » des patients. *Movement & Sport Sciences - Science & Motricité*, 84, 111-119. <https://doi.org/10.1051/sm/2013076>

constituent une pratique physique « "adaptée à leur âge", d'intensité modérée, peu exigeante sur le plan technique, qui ne réclame pas de pré-requis, [que ces personnes] choisissent alors, dans un double objectif de santé et de convivialité » (Henaff-Pineau, 2012).

Les motifs d'engagement dans les activités physiques après SSO sont, pour la majorité des personnes restant dans un objectif de santé, parfois dans l'idée de se conformer aux recommandations médicales du « ni trop ni trop peu » d'activité physique. Hénaff-Pineau (2012) montre que la stratégie mise en lumière réside dans le fait de pratiquer régulièrement sans « trop en faire », en gardant l'essentiel (Caradec, 2004), c'est-à-dire garder un mode de vie actif en adaptant la pratique ou les modalités de pratique. Fatima, par exemple, choisit et adapte le nombre de kilomètre en marche nordique selon son état de santé du moment. Lilia, quant à elle, reste sur des parcours « plats ». De la même manière que dans les dispositifs « à et via l'APA » des diabétiques de type 2 étudiés par Barth et ses collaborateurs, l'expérience acquise dans le dispositif strasbourgeois est « rapidement assimilée à une action de gestion de la maladie » (Barth et al., 2021) mais dépasse cet aspect dans la persistance de l'engagement. A travers le sport-santé post-SSO, les usagers ne cherchent plus seulement à améliorer le vécu d'une maladie chronique mais plutôt à « s'auto-santer » (Andrieu, 2012) pour « être mieux dans son corps par une mise en rapport du corps vivant avec sa perception » (Andrieu, 2019).

Certains, grâce à leurs efforts physiques, s'autorisent alors à compenser leur dépense énergétique par un « plaisir » alimentaire. Fatima explique ainsi « *rééquilibrer la balance* » en marchant :

Fatima : Je fais mon marché, je mange, je mange pas normalement le sucre mais de temps en temps, je me fais un petit plaisir. Mais quand j'ai envie de manger une glace, je pars d'ici et je vais à Kehl²⁷⁹ à pied ! Je vais là-bas, je mange la glace.

Enquêteur : Et après vous revenez ?

²⁷⁹ Située en Allemagne dans le land de Bade-Wurtemberg, la ville de Kelh constitue une partie de l'agglomération Est de Strasbourg. Le tramway relie les deux villes frontalières et une passerelle piéton-vélo permet l'accès de l'une à l'autre sans voiture.

Fatima : Après je reviens [...]. On a fait 17 km une fois. En s'arrêtant à Kehl, pour manger une glace. Et après on est allé jusqu'à Kaufland²⁸⁰, on a pris un café et après, le retour. Quand c'est interdit, et bien on se dit, il faut marcher pour manger.

Parfois au sein d'associations sportives avec des créneaux « sport-santé », les individus continuant à pratiquer régulièrement pour leur santé s'engagent principalement dans des activités auto-organisées. Ces pratiques autonomes permettent d'adapter et de gérer l'activité à son rythme et à son état de santé général. Les connaissances acquises dans le dispositif SSO comme les techniques de marche avec bâtons et les adaptations à la pathologie constituent un socle solide pour s'engager dans ces activités auto-organisées tout en restant « maître » de sa pratique. Les usagers choisissent ainsi librement de parcourir plus ou moins de kilomètres par exemple : ces activités apparaissent moins coûteuses et moins chronophages. Dans ces conditions, l'individu dispose « d'une large possibilité de pratique, diversifiée, flexible, imposant peu de contraintes telles que l'accompagnement, l'assiduité, la ponctualité ou la routine » (Ernst & Pigeassou, 2005) et il y a peu voire pas de contraintes vis-à-vis d'un éducateur ou d'un coach. Les activités auto-organisées et notamment la marche (normale ou nordique) sont également favorisées par une politique publique locale forte concernant les aménagements urbains et les déplacements actifs « favorisant le développement d'une urbanité ludique²⁸¹ » (Bourbillères et al., 2020).

Ainsi, pour les usagers restant dans des activités « sport-santé », l'inscription dans ces dernières semble ainsi « contribuer à l'établissement d'un lien entre santé et loisirs inhérent au statut de malade chronique, comme malade acteur » (Ferez et al., 2014). La pratique physique aide à prendre soin de soi et devient alors un « outil de préservation de la qualité de vie et de sa santé. Naît ainsi le paradoxe de loisirs « adaptés » et « contraints », dont l'organisation renvoie aux devoirs, sinon aux prescriptions, d'une carrière de malade » (Ferez et al., 2014).

²⁸⁰ Supermarché allemand situé au sud-est de Kehl.

²⁸¹ L'Eurométropole de Strasbourg présente par exemple 200 km de parcours répartis en 29 Vitaboucle. Ces circuits permettent « d'emprunter des zones calmes, agréables et vertes comme les cours d'eau et les parcs naturels et [facilite] à toutes et à tous la pratique d'une activité physique gratuite, en plein air » (<https://www.strasbourg.eu/parcours-vitaboucle>)

5.2.2. Du « sport-santé » vers le sport ordinaire

Pour certains usagers, s'engager durablement dans une activité physique signifie « adhérer à un nouveau mode de vie, de "changer de vie", c'est-à-dire aussi d'activités, de relations, de plaisirs, de goûts, de valeurs. Cette construction d'un nouveau soi, d'un nouvel habitus, est éminemment sociale. Elle implique de nouvelles inscriptions sociales, qui autoriseront la construction d'une nouvelle identité personnelle et sociale » (Marcellini et al., 2016). C'est le cas par exemple de Myriam qui, à sa sortie du dispositif est entrée dans un « sport-passion » à travers de l'activité CrossFit. Cette pratique « coup de cœur » a totalement modifié les représentations de Myriam concernant le sport et les activités physiques. Aujourd'hui, elle s'investit totalement dans cette activité et y dépense une somme conséquente entre le prix de l'abonnement et les équipements :

Myriam : Mais je trouvais ça bien de se dire, en plus c'est gratuit ! C'est super ! Après je sais que le sport sur ordonnance, il était question quand on était dans la deuxième année de payer un petit complément mais qu'est-ce que c'est par rapport à un abonnement ? Et finalement aujourd'hui euh ce que ce que je dépense au CrossFit, parce qu'au CrossFit j'ai en plus ajouté une option : j'ai mes cours de CrossFit normaux et j'ai pris l'option « Hit » donc euh le le truc Haute Intensité, le cardio. Finalement, en une séance, c'est une option qui me coûte 12 euros 50 de plus par mois, en une séance, c'est rentabilisé. Mais mon abonnement de CrossFit à l'heure actuelle, parce que bien sûr CrossFit c'est plus cher du fait qu'il y ait ça, 12 personnes etc., l'encadrement, ça me revient en tout à, c'est du jamais vu hein je pensais jamais payé ça pour du sport, 91 euros 50 par mois. La base c'est 79. Moi j'ai rajouté euh le... Non 80,50 je fais un mauvais calcul. Je dis des bêtises. Mais finalement avant tout ça je le fumais...avant j'aurais jamais dépensé ça. Non non pas du tout, jamais j'aurais acheté des chaussures spéciales.

Contrairement aux individus restant dans des activités adaptées du « sport-santé » et malgré un dégoût pour les activités physiques jusqu'à il y a peu, Myriam, tout comme les adeptes du CrossFit, revendique désormais une « "culture de l'intensité" contre celle du "faut-pas-trop-forcer" » (Quidu, 2017),

Pour d'autres, s'éloigner du « sport-santé » ne signifie pas pour autant devenir adepte du sport et de la culture de la performance. Par exemple, sortir du « sport-santé » peut montrer un désir de s'écarter du monde de la santé et du médical. Questionnée sur son droit à des activités physiques adaptées gratuites, Nathalie explique vouloir « oublier la maladie » :

Nathalie : On me l'a pas proposé, mais je sais que dans certains, oui effectivement, j'aurais pu demander en fait, peut-être. J'aurais peut-être pu demander, parce que j'ai vu... ou c'était peut-être après, parce que j'ai vu qu'on pouvait faire effectivement un peu de gym douce, ou des choses comme ça, dans le cadre, fin dans l'hôpital en fait. Ou justement du Pilate, je crois que le Pilate c'était pas trop mal. Je sais qu'on a accès à des psys, tout ça, mais... Ouais, moi ils m'ont pas vraiment proposé. Enfin moi je trouve que quand on est dans le truc médical, c'est vraiment, l'objectif c'est pas le corps en entier, c'est vraiment la maladie, et puis... on veut sortir un peu de tout ça, oublier la maladie.

Touchée par un cancer du sein, Nathalie a longtemps côtoyé le milieu hospitalier. De ses chimiothérapies aux tentatives de reconstruction mammaire, elle a passé des années à côté des blouses blanches, sur un lit d'hôpital et avec d'autres malades. A travers son discours, Nathalie exprime alors son envie et son besoin de revenir dans une association de droit commun, c'est-à-dire dans une pratique sportive ordinaire, hors du milieu hospitalier et du milieu médical. Aujourd'hui, Nathalie s'est inscrite dans une association hors parcours « sport-santé » :

Nathalie : La marche nordique, j'en fais minimum deux fois par semaine, une heure et demie, deux heures. Et le yoga c'est une heure et demie. Et ça c'est toutes les semaines. Après, je peux rajouter de la marche nordique... et dans l'idée j'aimerais bien faire aussi, aller à la piscine.

L'activité physique semble ainsi s'inscrire davantage dans les loisirs appréhendés « comme un temps libéré des contraintes professionnelles – lorsque l'activité a été maintenue après le diagnostic – (Yonnet, 1999), mais aussi de celles liées [...] à la carrière de « malade chronique » (Ferez et al., 2014).

Ainsi, les activités physiques dans l'action publique strasbourgeoise apparaissent à la fois « adaptées » et « contraintes » avec l'incorporation quotidienne d'un conseil. La contrainte à l'activité physique peut renvoyer à la fréquentation de SSO à une inscription dans le « sanitaire ». Ainsi, la sortie du dispositif vers des activités physiques hors « sport-santé » renvoie au refus d'une « carrière de malade » ou d'une réduction à celle-ci. C'est le cas principalement des personnes uniquement en surpoids comme Emma ou Myriam qui, une fois leur parcours dans sport-santé sur ordonnance terminé, sortent totalement des activités physiques adaptées. Ceci peut être notamment en lien avec la question de la surcharge pondérale considérée comme une maladie à part entière par les politiques publiques et renvoie à la médicalisation du surpoids et de l'obésité.

Cette partie dévoile ainsi différentes évolutions des expériences d'activités physiques et plusieurs modalités de pratiques après SSO: certains usagers s'engagent dans des associations sportives de droit commun pour s'éloigner des APA de santé tandis que d'autres restent dans le « sport-santé » et s'investissent dans des activités auto-organisées pour pouvoir adapter leur pratique du jour à leur état physique. Pour ces personnes, l'activité physique correspond davantage à une préoccupation principalement sanitaire.

Conclusion du chapitre VI

L'activité physique prescrite au sein de Sport-santé sur ordonnance, considéré comme une action publique et un « programme institutionnel » (Dubet, 2010), engendre des effets propres à chaque usager et liés principalement aux dispositions individuelles (Lahire, 2005).

Ce chapitre montre ainsi qu'il existe des usages socialement différenciés de l'activité physique (Knobé, 2019a; Mennesson et al., 2016, 2021; Nicaise et al., 2020): les stratégies ou motifs d'entrée dans le dispositif dépendent de la classe sociale, de l'activité professionnelle, de l'état de santé, des socialisations sportives primaires et de l'environnement du lieu de vie. SSO apparait alors à la fois comme des activités physiques de loisir à pratiquer proche de chez soi pour les retraités ou au contraire comme moyen de s'extraire d'un quartier populaire ou d'un environnement jugé non sécuritaire pour les jeunes femmes et habitants des QPV de Strasbourg mais également comme une possibilité d'améliorer ou de préserver un état de santé fragilisé par la ou les maladies ou encore d'augmenter son quota de pratique physique effective en se saisissant de la gratuité de la première année. Ces différentes stratégies sont rarement réfléchies au moment de l'entrée dans le dispositif (qui est souvent accordée au fait d'être malade et d'avoir le droit à la prescription d'activités physiques) mais font surface à la lecture des entretiens. Elles sont généralement inconscientes et ne sont dévoilées qu'après coup.

De même, le chapitre apporte un regard sur les différents profils d'usagers selon les résultats subjectivement observés. L'isolement social se trouve rompu pour les personnes seules que ce soient des célibataires sans enfants mais également des individus mis longtemps en arrêt de travail et donc éloignés de toute sphère sociale. Ceci renvoie notamment à l'idée que le sport est un acteur dans l'intégration et l'inclusion des individus²⁸². Les usagers sans pathologie particulière, généralement

²⁸² Ceci renvoie au sport comme vecteur d'intégration sociale dont certaines études « donnent corps à la croyance du sport intégrateur ou, au contraire, [...] l'invalident » (Gasparini, 2008). En effet, si le sport peut être considéré comme un espace de socialisation et d'intégration, il peut également « paradoxalement mener à l'isolement social » comme le

les jeunes femmes en surpoids, ne rapportent pas d'impact de l'activité prescrite, celle-ci n'étant pas assez intensive pour engendrer une perte de poids alors que pour les individus présentant un état de santé déstabilisé, la pratique au sein de SSO semble conduire à une meilleure gestion des effets secondaires de la maladie (douleurs articulaires, équilibre, stabilisation) et parfois même stabiliser la pathologie (ou son traitement médicamenteux). Le manque de résultats observés est corrélé à une situation socioéconomique plutôt faible et cela entraîne généralement la sortie précipitée hors du dispositif – à la fin de la première année gratuite – comme c'est le cas pour les jeunes employées en surcharge pondérale.

Au regard des entretiens, le dispositif SSO constitue une instance de socialisation secondaire. En effet, plusieurs points permettent de valider cette hypothèse. D'une part, de manière générale, « le sport est un espace de socialisation secondaire qui actualise un rapport au corps, des manières de bouger, des postures, un rapport à l'effort, au collectif...acquis au cours de l'enfance » (Gasparini, 2018). Ainsi, à travers la socialisation secondaire, l'individu intègre de nouvelles représentations et acquiert un nouveau rôle. Les expériences vécues de l'activité physique prescrite sont plurielles et individuelles. Elles permettent cette modification des représentations de l'activité physique et du sport facilitant une évolution des modalités de pratique. Ces expériences dépassent parfois les valeurs acquises, les dispositions formées par les socialisations primaires sous l'effet d'une nouvelle situation, la maladie ou l'incitation « à modifier son style et ses habitudes de vie » (Perrin et al., 2002). Dans ce cadre, le dispositif strasbourgeois propose une nouvelle forme de socialisation

montrent Marcellini et ses collaborateurs (2003) dans leurs travaux sur les personnes handicapées. Sur la question du sport et de ses valeurs d'intégration ou d'inclusion sociale, voir également : Falcoz, M., & Koebel, M. (Éds.). (2005). *Intégration par le sport : Représentations et réalités*. L'Harmattan ; Gasparini, W. (2012). Penser l'intégration et l'éducation par le sport en France : Réflexions sur les catégories d'analyse sociale et politique. *Movement & Sport Sciences*, n° 78(4), 39. <https://doi.org/10.3917/sm.078.0039>; Gasparini, W., & Knobé, S. (2005). Le salut par le sport ? : Effets et paradoxes d'une politique locale d'insertion. *Déviance et Société*, 29(4), 445. <https://doi.org/10.3917/ds.294.0445>; Gasparini, W., & Vieille Marchiset, G. (2008). *Le sport dans les quartiers. Pratiques sociales et politiques publiques*. Presses Universitaires de France; Cairn.info. <https://www.cairn.info/le-sport-dans-les-quartiers-9782130569718.htm>; Koebel, M. (2010). L'intégration par le sport : Une croyance durable. *Empan*, 79(3), 28-39. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/empa.079.0028>; Marcellini, A., Lefèvre, N., De Léséleuc, E., & Bui-Xuan, G. (2000). D'une minorité à l'autre...Pratique sportive, visibilité et intégration sociale de groupes stigmatisés. *Loisir et Société / Society and Leisure*, 23(1), 251-272. <https://doi.org/10.1080/07053436.2000.10715612>; Marcellini, A., Leselec, éric D., & Gleyse, J. (2003). L'intégration sociale par le sport des personnes handicapées: *Revue internationale de psychosociologie*, Vol. IX(20), 59-72. <https://doi.org/10.3917/rips.020.0059>

(socialisation secondaire, dite de la vie « adulte ») qui permet alors à l'individu de s'adapter à sa nouvelle condition de malade ou aux recommandations médicales portées par l'ordonnance d'activités physiques adaptées.

Pour Berger et Luckmann, la socialisation secondaire peut prendre le pas sur la socialisation primaire si l'individu se retrouve confronté à plusieurs bifurcations biographiques (P. Berger & Luckmann, 1990). Certains usagers interviewés restent sur leur socialisation primaire (par exemple en ne pratiquant pas d'activité physique à la sortie du dispositif), d'autres vont faire évoluer leur pratique grâce à la socialisation secondaire. Le dispositif strasbourgeois permet, chez les personnes continuant l'activité physique à la sortie du programme, une évolution vers des activités dites « douces » et accessibles : gymnastiques douces, marche nordique, etc. Cette évolution consiste soit en une transformation de pratiques où les parcours de vie indiquent des rapports passés à l'activité physique intensive, sportive et/militaire, soit en la création de dispositions à l'activité physique de santé. Ainsi, trois profils sont mis en avant : les « rekindlers », faiblement socialisés au sport, réactivent une ancienne expérience de « sportifs » via le dispositif strasbourgeois et poursuivent la pratique à la sortie de celui-ci, les « late bloomers », sans socialisation sportive conséquente au préalable et globalement éloignés de la culture sportive, se mettent à l'activité physique régulière et y restent engagés après SSO. Enfin, les « continuers » complètent un rapport déjà existant à l'activité physique à travers le dispositif strasbourgeois et modifient ou amplifient ainsi leurs pratiques physiques.

En revanche, dans certains cas, il apparaît que la socialisation secondaire à travers le dispositif ne suffit pas à modifier la socialisation primaire ainsi que les dispositions incorporées malgré un intérêt momentané pour l'activité physique prescrite et une expérience du programme satisfaisante. Ceci est en lien avec la divergence entre les différentes socialisations. Dans d'autres situations, la contradiction entre les socialisations est réduite par l'usager en adaptant la pratique (Lahire, 1998) : par exemple, sans se lancer dans une pratique physique régulière, il adopte toutefois de nouveaux comportements à travers les déplacements actifs.

Ainsi, les activités physiques dans l'action publique strasbourgeoise apparaissent à la fois « adaptées » et « contraintes » avec l'incorporation quotidienne d'un conseil. La contrainte à l'activité physique peut renvoyer la fréquentation de SSO comme une inscription dans le « sanitaire ». Ainsi, la sortie du dispositif vers des activités physiques hors « sport-santé » renvoie au refus d'une « carrière de malade » ou d'une réduction à celle-ci. L'étude resitue les évolutions des expériences d'activités physiques et fait apparaître différentes modalités d'engagement. D'une part, on assiste à des engagements dans des associations sportives de droit commun pour sortir du « sport-santé » et d'autre part, certains individus restent dans les activités physiques adaptées pour une prise en charge de soi, liée à la maladie chronique et à une recherche de liberté. Pour ces personnes, l'activité physique devient un accompagnement à la santé et elles pratiquent majoritairement de manière auto-organisées afin de pouvoir pleinement adapter l'AP à leur état de santé.

En revanche, pour certains usagers, le dispositif permet de développer un sentiment d'appartenir à un nouveau groupe social. La participation au programme entraîne la constitution de certains groupes de pairs de « malades chroniques pratiquantes d'APA » (Barth, 2012) dans et hors dispositif favorisant ainsi le maintien de l'engagement dans une activité physique régulière et aussi de « cultiver un ensemble de manières de penser et d'agir » ensemble. Mais ce sont les experts du dispositif, c'est à dire les éducateurs sportifs, qui apparaissent comme les acteurs clefs de l'expérience sport-santé sur ordonnance et de cette socialisation secondaire. Les discours des usagers éclairent alors sur les attentes de leur relation avec ces professionnels du « sport-santé » et généralement mettent en lumière des situations de « conflit » lié à un désaccord (exprimé ou non) quant à l'activité prescrite. Ceci engendre un impact négatif sur l'expérience de l'utilisateur. Néanmoins, ces situations « conflictuelles » ne suffisent pas à entraîner, à elles seules, les désengagements sportifs dans et/ou en dehors de sport-santé sur ordonnance. En effet, les individus déclarant quitter l'action publique à cause des éducateurs sportifs sont parfois ceux dont les parcours de vie sont les plus fragiles et les plus marqués par des ruptures biographiques (Osman et Camille par exemple)²⁸³.

²⁸³ Voir la partie intitulée « Les « perdus de vue » : des démissionnaires face à l'activité physique ? ».

Il serait donc réducteur d'attribuer les désengagements uniquement à la relation avec les éducateurs sportifs. En revanche, cette relation conduit parfois les bénéficiaires à user de stratégie : certains font ainsi appel à leur médecin pour changer d'éducateur référent, d'autres évitent les activités physiques encadrées par le professionnel avec qui il y a un conflit, etc. Ces situations conflictuelles, du point de vue de l'utilisateur notamment, viennent principalement des attentes de leur relation avec les éducateurs. En effet, les bénéficiaires recherchent une relation basée sur l'empathie, la confiance et le partage. Or, les discours montrent que la relation est soit basée sur de simples interactions échanges soit souvent sur une relation verticale où l'éducateur dirige l'utilisateur sans forcément lui laisser la possibilité de s'exprimer (sur les activités physiques proposées par exemple). Ceci engendre une contradiction entre les attentes et la réalité de cette relation. Les usagers soulèvent également la question et la légitimité de la formation des encadrants à la suite de propositions d'activités physiques qui ne sont pas toujours en accord avec leur état de santé perçu. Ce chapitre montre ainsi que les usagers de SSO sont souvent réduits à la pathologie pour laquelle ils sont inclus dans le dispositif et que la personne n'est pas toujours prise dans sa globalité. L'état de santé perçu par l'utilisateur tout comme la maladie avérée médicalement doivent être considérés. De plus, favoriser l'autonomie des usagers en matière d'activité physique est l'un des objectifs du dispositif. Il paraît alors nécessaire de promouvoir cette autonomie dès l'entrée dans le programme en invitant les usagers à prendre part au choix des activités physiques. La question de la formation des éducateurs sportifs de SSO apparaît donc centrale et pourrait expliquer certains points apportés par les discours : les formations « sport-santé » sont souvent spécifiques à une pathologie ou à une activité physique adaptée tandis que, issus d'une formation longue en STAPS, « les professionnels de l'APA expriment le souci d'impliquer la personne à chaque étape de l'intervention d'enseignement, du bilan éducatif partagé initial à la co-construction d'un projet qui a du sens pour elle. [...], 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 » (Perrin, 2016). Au travers du sport sur ordonnance, il ne s'agit pas de « faire pratiquer » une activité physique à des malades dans le seul but de les rendre physiquement actifs, mais d'amener l'individu à « construire

de nouvelles normes de relation avec son corps et avec le monde, pour lui permettre d'entrer en mouvement dans des situations qui ont du sens pour lui » (Perrin, 2016). Convenir des activités physiques en partenariat avec l'utilisateur et le reconnaître expert non seulement de sa maladie mais aussi de lui-même conduiront certainement les bénéficiaires à s'engager plus durablement et à devenir usager-expert en APA.

Conclusion générale

Des campagnes d'incitation à « bouger plus » et « manger mieux » à la prescription médicale d'activité physique, les instruments d'une nouvelle action publique de « sport-santé » se développent progressivement en France pour prévenir l'obésité et le surpoids, les maladies cardiovasculaires, l'hypertension artérielle, le diabète de type 2, le cancer du sein et du colon, l'asthme... Les questions sur le nouveau champ du « sport-santé » se multiplient depuis quelques années et le sport sur ordonnance – c'est-à-dire les activités physiques sur prescription médicale – fait partie intégrante de cette nouvelle catégorie d'action publique (Gasparini & Knobé, 2021). Ainsi, la genèse, l'évolution et la diffusion des politiques publiques en matière de prévention et de promotion de la santé par l'activité physique ont déjà fait l'objet d'approches socio-historiques des problèmes de santé publique (Andrieu, 2021; Defrance et al., 2021; Favier-Ambrosini, 2020; Radel, 2012). Ces travaux mettent en avant tant la construction de la sédentarité comme un problème public –et l'usage des APS pour y remédier– que l'évolution des représentations du corps, du sport et de l'activité physique et celle des maladies chroniques. C'est en ce sens que notre premier chapitre revient sur les effets que produisent ces transformations du rapport aux pathologies de longue durée et à l'activité physique²⁸⁴ (Carré et al., 2021; Marcellini & Fortier, 2014; Nino, 2013; Perera et al., 2019; Perrin et al., 2020; Poulain, 2004) et sur l'intérêt grandissant des sciences sociales sur ce sujet (Barth et al., 2014; Barth & Lefebvre, 2016; Fuchs, 2011, 2014; Fuchs et al., 2018; Marcellini et al., 2016; Perrin et al., 2008). De nombreux rapports et recommandations révèlent au grand public les risques provoqués par le « sédentarisme chronique »²⁸⁵. L'activité physique se voit progressivement présentée comme une nécessité sociale et la sédentarité s'impose comme un facteur de risque sanitaire majeur. L'argumentaire dépasse les seules références physiologistes et s'ouvre aux sciences sociales en prenant en compte les dispositions des individus assujettis à leurs conditions d'existence (Gasparini, Knobé, 2021). Plus précisément, le « sport sur ordonnance » (label conçu par la ville de

²⁸⁴ Des numéros spéciaux de revues ont également été consacrés à ce sujet comme le montrent Gasparini et Knobé dans l'introduction générale de leur ouvrage *Le sport-santé, de l'action publique aux acteurs sociaux* (2021).

²⁸⁵ Radel, A. (2020). Inculquer la santé ? *Mondes Sociaux*. <https://sms.hypotheses.org/278>

Strasbourg) a progressivement été le centre de travaux relevant de la sociologie de l'action publique²⁸⁶ mais également celle de l'innovation²⁸⁷, de la santé publique et de la médecine²⁸⁸.

Cependant, malgré leur intérêt, peu d'études questionnent la réception sociale de ces programmes de sport sur ordonnance auprès des bénéficiaires ni le rapport des usagers aux activités de sport-santé. Ainsi dans ce travail de production de connaissance sur les usages, rapports et processus d'appropriation différenciés des activités physique prescrites, la première question centrale portait principalement sur les conditions sociales favorables – ou non – à la persistance de l'engagement dans une activité physique dans et après une période de pratique de sport sur ordonnance tel que le dispositif local Sport-santé sur ordonnance à Strasbourg (dont son analyse est proposée dans le deuxième chapitre de la thèse). Le deuxième point principal concernait la manière dont les usagers s'emparent du dispositif, s'approprient l'activité physique dans et hors celui-ci et construisent des arrangements. Cette conclusion générale permettra un retour sur ces interrogations initiales par une synthèse des principaux résultats mais propose également de discuter des limites de la recherche et d'en dégager des perspectives.

Les usagers du sport sur ordonnance : expériences de l'activité prescrite, appropriations du dispositif et (dés)engagements socialement différenciés

²⁸⁶ Marsault, C. (2017). Le sport-santé, un objet médical, social ou sportif? Le dispositif strasbourgeois « sport-santé sur ordonnance » comme objet politique transversal. *Sciences sociales et sport*, 10(1), 21. <https://doi.org/10.3917/rsss.010.0021> ou encore Perrier, C. (2022). Inscrire l'AP dans le code de la santé publique. Analyse d'une construction collective française. In C. Perrin, C. Perrier, & D. Issanchou, *Bouger pour la santé! Analyses sociologiques d'une injonction contemporaine* (p. 115-124). Presses Universitaires de Grenoble

²⁸⁷ Honta, M., & 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. <https://doi.org/10.3917/inno.pr2.0068>

²⁸⁸ Weber, A., Herzog, F., Lecocq, J., Feltz, A., & Pradignac, A. (2014). P057 : « Sport-Santé sur ordonnance ». Évaluation du dispositif strasbourgeois. *Nutrition Clinique et Métabolisme*, 28, S97-S98. [https://doi.org/10.1016/S0985-0562\(14\)70700-9](https://doi.org/10.1016/S0985-0562(14)70700-9); Bauduer, F., Vanz, E., Guillet, N., & 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. <https://doi.org/10.3917/spub.183.0313>; Carré, F. (2017). Sport sur ordonnance, comment faire? *La Presse Médicale*, 46(7-8), 745-750. <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2017.06.012>; Krim, F., Perwez, T., Gignon, M., Bréchat, P.-H., & Leprêtre, P.-M. (2022). Prescription de l'activité physique en médecine générale : Point de vue des médecins généralistes Picards. *Science & Sports*, 37(1), 37-44. <https://doi.org/10.1016/j.scispo.2021.02.010>; Rivière, D. (2017). Le concept de prescription de l'activité physique. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 201(4), 869-878. [https://doi.org/10.1016/S0001-4079\(19\)30468-6](https://doi.org/10.1016/S0001-4079(19)30468-6)

Grâce aux données de terrain, la thèse a tenté de dresser différents profils d'usagers du sport sur ordonnance. Pour cela, l'intérêt a été porté sur des moments du parcours vers, dans et hors du dispositif strasbourgeois. L'analyse des parcours de vie, des stratégies d'engagement au sein du sport-santé sur ordonnance et de la persistance de cet engagement en dehors du dispositif interroge le poids des dispositions individuelles, des socialisations sportives et des événements de la vie. En effet, afin de mettre en exergue les conditions favorables à l'engagement pérenne dans une activité physique, l'articulation et la cohérence des dispositions mobilisées par l'individu ont été étudiées. Si nous avons mis en évidence le poids des socialisations passées, celles-ci ont été contextualisées selon le parcours de vie, l'environnement, les opportunités offertes par des dispositifs, les dispositions sociales et l'état de santé. Ce travail permet ainsi de mettre en avant des profils ou des « type-idéaux », c'est-à-dire « une construction intellectuelle obtenue par accentuation délibérée de certains traits de l'objet considéré » (Coenen-Huther, 2003). Nous reprenons ainsi Dubar (1998) lorsqu'il affirme que « le corpus des entretiens recueillis et des schèmes construits à partir d'eux permet de dégager, de manière inductive, des types d'argumentation, des agencements typiques, des configurations spécifiques de catégories... ». Or, ces rapports et configurations ne sont pas figés mais diffèrent selon les moments analysés à l'intérieur du dispositif et du parcours de soin. L'objectif de ce travail de catégorisation était de présenter la diversité des usagers tout en mettant en lumière des profils émergents. Cela montre comment les usagers s'inscrivent dans un dispositif d'activités physiques sur prescription médicale et la manière dont ils s'emparent de la pratique dans et hors du dispositif. Nos résultats issus de l'étude des parcours de vie ont relevé ainsi plusieurs profils ou parcours d'usagers et des profils de pratiquants d'APA après le dispositif (*Figure 14 De profils d'usagers vers des profils de pratiquants d'APA*).

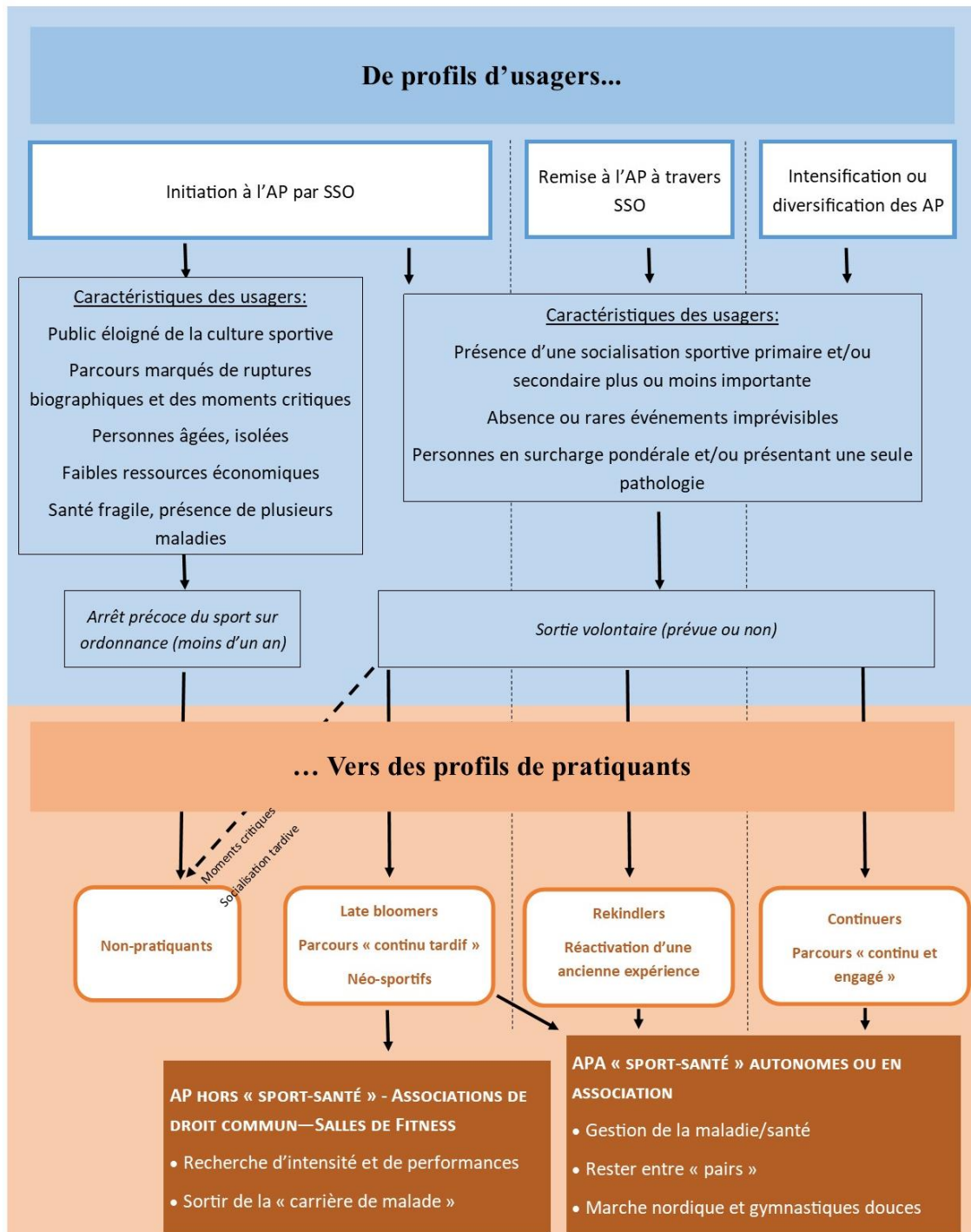


Figure 14 De profils d'usagers vers des profils de pratiquants d'APA

Des profils d'usagers dans SSO

- Les bénéficiaires aux parcours de vie sinueux, marqués par des tournants²⁸⁹ ou des ruptures biographiques sont généralement ceux qui sont déjà éloignés de la culture sportive du fait de l'absence d'une socialisation sportive primaire (pas de transmission familiale, enfance dans un pays où l'éducation physique n'est pas obligatoire, etc.). Ils présentent de faibles ressources économiques et relationnelles et sont généralement des personnes âgées, isolées et à la santé fragile. Ces individus intègrent majoritairement le dispositif sur conseil de leur médecin et se désengagent du dispositif assez rapidement (avant ou à la fin de la première année) mais aussi de toute activité physique.
- Les « usagers-entrepreneurs » restent plus longtemps dans le dispositif. Ils sont considérés comme entrepreneurs car intègrent SSO à leur initiative auprès du médecin. Ce sont les personnes en surpoids ou présentant une pathologie unique. Elles sont généralement socialisées à la pratique sportive et présentent un parcours de vie avec peu d'événements imprévisibles. Elles s'engagent durablement dans une activité physique après SSO en intégrant des associations sportives ou en pratiquant de manière auto-organisée. Une socialisation sportive tardive ou des moments biographiques critiques intervenant pendant le programme SSO peuvent conduire à l'arrêt total de la pratique physique.

Des profils de pratiquants d'APA – après SSO

- Les *continuers* sont les individus ayant globalement eu une activité physique régulière tout au long de leur parcours et qui s'emparent du dispositif pour pratiquer autrement ou davantage.

²⁸⁹ Au sens de *turning-point*, c'est-à-dire des événements qui nous sortent « d'un schéma antérieur pour entrer dans une nouvelle trajectoire » où la « direction a véritablement changé » (Abbott, 2009). Le *turning point* est donc défini par ce contraste entre un avant et un après (Abbott, 2001; Hareven & Masaoka, 1988).

- Les *rekindlers*, physiquement actifs à un moment de leur parcours, réactivent une ancienne expérience à travers SSO et s'engagent durablement dans une activité physique adaptée ensuite.
- Les *late bloomers* sont les individus dépourvus ou ayant une très faible socialisation sportive. Non pratiquants et non actifs physiquement (en dehors de l'activité physique occupationnelle²⁹⁰), le sport sur ordonnance leur permet de se mettre à l'activité physique en faisant acquisition de connaissances en APA et de persister dans un parcours de pratiquant d'APA à des fins de santé à la sortie du dispositif.
- Les non-pratiquants ont totalement arrêté l'activité physique. Il s'agit des personnes au parcours de vie jalonné de ruptures biographiques, ayant quitté le dispositif avant la fin de la première année et sans socialisation sportive primaire et/ou secondaire. On retrouve également des usagers ayant participé plus longtemps à SSO mais dont des moments critiques dans le parcours de vie les ont fait bifurquer vers l'arrêt de la pratique. Généralement, ces personnes ont une socialisation sportive tardive.

Ce schéma et ces profils permettent un aperçu des usagers et révèlent les usages différenciés des activités physiques selon les parcours de vie et les socialisations sportives passées. Néanmoins, ils retracent les grandes tendances mais pas tous les profils pouvant exister ni toutes les possibilités de parcours vers et dans le dispositif. Par exemple, le cas de certains émigrés n'apparaît pas dans la figure ci-avant. En effet, la majorité des personnes issues de l'immigration n'a pas bénéficié d'une socialisation sportive notamment durant l'enfance, est donc initiée à l'activité physique au travers de SSO et présente des parcours de vie marqués par des événements biographiques forts comme l'immigration ou la guerre. Ces personnes seraient donc dans la partie « profil d'usagers » supérieure gauche du schéma. Cependant, ces usagers n'arrêtent généralement pas l'activité physique prescrite durant la première année et poursuivent même en majorité la pratique à la sortie de SSO, intégrant alors les Late Bloomers. Tous les profils ne sont ainsi pas présents sur ce schéma et il existe des cas

²⁹⁰ L'activité physique occupationnelle renvoie à l'activité physique au travail (Holtermann et al., 2012; Khaw et al., 2006; Strath et al., 2013; Wanner et al., 2019)

plus marginaux, ou atypiques, au sens de Bernard Lahire. Une analyse plus poussée et une reconduction des entretiens aideraient à saisir plus précisément les mécanismes expliquant ces variations. Ainsi, s'il existe des exceptions et des profils non présentés, la *Figure 14* permet un aperçu des différents parcours vers, dans et après un programme d'activité physique sur prescription médicale et des usages différenciés de la pratique physique selon les profils. Dans la lignée de la perspective adoptée par Lahire (1995), ce travail ne visait pas à rendre compte de l'ensemble des modalités de pratique et des engagements sportifs de malades chroniques mais s'intéressait aux diverses configurations sociales singulières permettant l'étude de processus sous-jacents. Par exemple, la reproduction de la trajectoire sportive ne permet pas forcément d'anticiper les abandons et les changements de trajectoires : l'engagement dans SSO et la persistance de cet engagement dans une activité physique après SSO ne peuvent être prévus. Cependant, retracer les parcours de vie et comprendre les usagers peut éclairer sur les engagements « fragiles » et les possibilités de désengagement.

La place du dispositif strasbourgeois dans la socialisation sportive des usagers

Notre recherche doctorale a également permis d'exposer le rôle des acteurs du dispositif et notamment celui des éducateurs sportifs dans la socialisation des usagers et sur l'expérience de pratique de ces derniers.

Au-delà du seul effet de la maladie chronique, l'investissement durable dans la pratique s'explique ainsi à la lumière d'une pluralité de facteurs : la socialisation sportive précoce (notamment familiale), les dispositions individuelles, le poids des événements ou ruptures biographiques – liés à la vie familiale ou professionnelle, à l'expérience directe ou affective de la maladie, etc. – mais également la socialisation secondaire à travers SSO où les éducateurs jouent un rôle majeur. D'une part, l'expérience SSO permet de modifier sa pratique et de l'adapter à sa condition mais également d'apprendre de soi-même par rapport aux éducateurs sportifs. Le dispositif apparaît comme lieu d'un « apprentissage social » des expériences (Fillieule, 2001) entrant parfois en contradiction avec les socialisations sportives antérieures comme c'est le cas notamment pour les individus sans socialisation passée. Or, comme le démontre (Lahire, 1998) « tout corps plongé dans une pluralité

de mondes sociaux est soumis à des principes de socialisation hétérogènes et parfois même contradictoires qu'il incorpore... On pourrait par conséquent émettre l'hypothèse de l'incorporation par chaque acteur d'une multiplicité de schèmes d'action..., d'habitudes..., qui s'organisent en autant de répertoires que de contextes sociaux pertinents qu'il apprend à distinguer... à travers l'ensemble de ses expériences socialisatrices antérieures. Si l'on reprend la métaphore du stock, alors on dira que ce stock... s'avère organisé sous forme de répertoires sociaux..., de schèmes, répertoires distincts les uns des autres, mais interconnectés et comportant sans doute des éléments en commun ». Le passage dans le programme strasbourgeois n'induit ainsi pas nécessairement un engagement durable dans une activité physique tout comme il serait réducteur d'attribuer les désengagements uniquement à la relation parfois conflictuelle avec les éducateurs sportifs.

Ainsi, même si ce travail qualitatif devrait être approfondi pour une possible généralisation, nos résultats dévoilent toutefois des processus, des formes de réception différenciées de l'action publique Sport-santé sur ordonnance et des engagement, désengagement ou persistance de l'engagement dans une pratique physique régulière propres à chacun individu. Ils montrent également le rôle et la nécessité d'une formation spécifique des éducateurs sportifs dans la socialisation secondaire des usagers. Dès lors, l'entrée dans un programme de sport sur ordonnance et l'engagement dans une activité physique régulière s'inscrivent « dans une histoire, des conditions ou situations particulières voire un travail de transformation déjà engagé par ailleurs » (Knobé, 2019b).

Des limites de la recherche doctorale vers des perspectives de travail

Les limites, autant méthodologiques qu'analytiques, indiquent l'intérêt de continuer l'enquête dans le prolongement de ce travail de thèse et que ce dernier n'est qu'un début appelant à des approfondissements. En effet, au-delà des résultats auxquels nous avons abouti dans le cadre de cette recherche doctorale, plusieurs perspectives de travail ont été identifiées en prenant en compte certaines limites de notre travail, les résultats de cette thèse et l'état actuel de la revue de littérature en sociologie de la question du sport-santé.

Vers une approche comparative

Il s'agirait tout d'abord de varier les échelles d'analyse en s'intéressant à d'autres dispositifs mais également à d'autres territoires afin de susciter un « comparatisme réflexif » (Gasparini & Koebel, 2015) sur les effets des différents contextes politiques, des différentes structures (action publique locale, dispositif associatif, etc.) et de différents groupes sociaux à l'image de la comparaison entre la France, l'Allemagne, la Suisse et l'Italie abordée dans la recherche APSAPA²⁹¹ dont le but était de « comprendre les modes d'appropriation de ces injonctions normatives dans les milieux populaires urbains en Europe » (Knobé et al., 2021). Une comparaison internationale pourrait révéler également des engagements différenciés. Les résultats de la thèse ont montré qu'à Strasbourg, les usagers intègrent rarement SSO pour uniquement se mettre à l'activité physique et adhérer aux recommandations de lutte contre la sédentarité et l'inactivité physique. Dans d'autres pays, ces recommandations sont peut-être, au contraire, une raison d'entrer dans un programme d'activité physique sur prescription. La comparaison pourrait s'observer avec les parcours d'APA existant en Emilie-Romagne, une région italienne précurseur de la prescription médicale d'activité physique dans le pays (Martelli & Russo, 2021). Conformément aux stratégies européennes de prévention et de contrôle des maladies chroniques, le rôle de la promotion de la santé en Italie a ainsi été reconnu dans le but non seulement de rendre les citoyens plus autonomes dans la gestion de leur vie physique mais également de créer des réseaux entre organisations de santé, institutions à but non lucratif et organismes de promotion du sport.

Plus proche de Strasbourg, l'Allemagne est également un terrain intéressant pour la comparaison à travers notamment le plan d'action « IN FORM » (programme pour la prévention des mauvaises habitudes alimentaires, du manque d'activité physique, du surpoids et des maladies associées) qui se décline dans les différents länder allemands. Dans son étude de 15 projets locaux du programme « IN FORM » dans la région de Rhénanie-du-Nord-Westphalie, Enrico Michellini (2021) montre ainsi que ce plan d'action révèle une moralisation, une médicalisation de l'inactivité physique et un contrôle des professionnels de santé. Mais il montre aussi qu'à l'échelle locale, le mouvement sportif

²⁹¹ Programme de recherche international et comparatif (<http://www.apsapa.eu>) concernant les activités physiques et la promotion de la santé dans les quartiers pauvres en Europe. Voir Grimminger-Seidensticker, E., Aceti, M., Knobé, S., & Vieille Marchiset, G. (2020). Health concepts among socially disadvantaged children in France, Germany and Switzerland. *Health Promotion International*, 35(1), 17-26. <https://doi.org/10.1093/heapro/day099>

tend à s'approprier le « sport-santé » en proposant des activités physiques en club encadrées par des éducateurs sportifs. Il serait ainsi intéressant de comparer la ville de Strasbourg et celle de Fribourg pour vérifier l'effet des plans nationaux sur des dispositifs locaux mais également les modes d'appropriation des usagers en fonction des cultures nationales et des classes sociales.

Enfin, la comparaison avec d'autres villes françaises pourrait également être envisagée afin d'évaluer les effets d'une politique publique. Dispositif municipal (pilote désormais par le GIP de la maison sport-santé), Sport-santé sur ordonnance à Strasbourg possède un budget réalisé pour l'année 2020 de 590 147€²⁹². Il s'agit donc d'un programme important pouvant proposer une prise en charge de 3 ans. D'autres dispositifs municipaux en France présentent un budget beaucoup plus faible²⁹³ et une durée de prise en charge minimale²⁹⁴. Comparer deux dispositifs de tailles différentes (en termes de budget mais aussi de durée) pourrait nous éclairer sur l'effet d'une prise en charge plus ou moins longue de la durée de l'engagement dans des activités physiques régulières. Comparer un grand dispositif en termes de population²⁹⁵ avec un dispositif d'une plus petite échelle pourrait également mettre en avant d'autres processus en jeu. Ainsi, il s'agira de porter notre regard sur la confrontation « des modèles ou dispositifs existants dans ces différents espaces, mais aussi à la manière dont les acteurs et les populations se les approprient » mais également à « dégager des régularités sociales tout en faisant émerger la singularité des cas étudiés » (de Verdalle et al., 2012).

Travailler le corpus vers d'autres acteurs et dans la durée

Au début de notre travail, nous avons mentionné la difficulté de rencontrer les anciens usagers du dispositif que les professionnels des politiques publiques dénomment les « perdus de vue ». Il est donc difficile de généraliser les résultats à l'ensemble du dispositif strasbourgeois et donc

²⁹² Selon le rapport d'activité 2020 du dispositif SSO.

²⁹³ Par exemple, le dispositif de la Ville de Boulogne sur Mer présentait, en 2017, un budget de 45 000€ par an. Dans un rapport de 2019, l'ONAPS informe ainsi que les « budgets par dispositif sont très variables, allant de 3 150 à 522 000 euros. C'est particulièrement vrai concernant les dispositifs portés à l'échelle communale/intercommunale. Néanmoins, la majorité des dispositifs se situe dans des budgets s'échelonnant de 30 000 à 75 000 euros » (Charles et al., 2019).

²⁹⁴ Le parcours Sport sur ordonnance de la Ville de Caen comprend 30 séances à raison de deux séances hebdomadaires, soit l'équivalent de 15 semaines d'accompagnement contre 3 ans pour la Ville de Strasbourg.

²⁹⁵ La ville de Strasbourg étant la huitième ville de France en nombre d'habitants et le dispositif accueille des centaines de personnes par an.

d'objectiver l'influence du programme institutionnel sur l'ensemble des usagers. Malgré la richesse des entretiens de notre échantillon, l'une des limites est donc la taille du corpus. Si ce dernier ici suffit à en dégager certains profils et à faire ressortir des processus, il serait intéressant d'élargir le corpus et d'interroger un nombre plus important d'anciens usagers. Ceci permettrait de palier à un certain manque de données sur certains usagers du fait d'entretiens peu exploitables. Il s'agirait également d'interroger ces individus dans la durée, de façon longitudinale. En effet, si notre recherche doctorale nous a permis d'obtenir des informations sur le parcours depuis l'entrée dans sport-santé sur ordonnance jusqu'à quelques mois et quelques années après la sortie du dispositif, une enquête longitudinale auprès de certains usagers pourrait apporter plus de profondeurs aux discours ainsi qu'une analyse « diachronique ». Ainsi, le travail produit incite également à approfondir la « pensée par cas ». Comme s'interrogent Passeron et Revel (2005), « comment raisonne-t-on à partir de la description de configurations singulières et dans quelle mesure peut-on prétendre généraliser à partir d'elles » ? De plus, une étude longitudinale permettrait de mieux « comprendre le social dans la durée » (Cayouette-Remblière et al., 2018) et de distinguer ce qui est durable ou ponctuel ainsi que d'analyser la complexité des logiques sociales.

L'analyse des trente-deux anciens usagers du corpus a montré la diversité des appropriations du dispositif et de l'activité physique. Mais le manque de temps et les difficultés à approcher ce public ont certainement empêché un affinement et une meilleure compréhension des processus. Un travail longitudinal sur plusieurs années permettrait ainsi d'une part de mettre en exergue l'effet des activités physiques prescrites sur le long terme²⁹⁶ et, d'autre part, d'éviter les possibles biais causés « par les défaillances et les reconstructions associées aux processus de remémoration » (Mercklé, 2020) sur lesquelles repose une enquête rétrospective comme celle réalisée dans cette thèse. De ce fait, certaines hypothèses et certaines questions ont parfois été esquissées sans pour autant être développées. Même si l'efficacité ou l'efficience de SSO en termes de politique publique n'était pas notre objectif de recherche, analyser les résistances et les abandons à long terme apporte des

²⁹⁶ Toutefois, nous considérons que le court terme et le moyen termes aussi importants que le long terme. Il s'agit principalement de porter autant d'attention au processus qu'aux résultats, d'étudier ce qui « les rend capable de » (Massé, 2007).

connaissances nouvelles lorsque les professionnels de santé et les décideurs politiques conçoivent ou réorientent leur programme de santé publique. Grâce à du temps supplémentaire et des moyens logistiques plus conséquents, une enquête longitudinale permettrait également d'interroger les pairs ou les proches des usagers. Les transmissions familiales et intergénérationnelles (autant horizontales que descendantes ou ascendantes) ont une place à part entière dans ce type de recherche qualitative.

De plus, dans notre échantillon, un seul professionnel du sport et un seul médecin généraliste ont participé à cette enquête. Or, il serait intéressant de croiser leurs discours avec ceux des usagers afin d'éclairer les relations entre ces acteurs et les effets de cette relation sur les modalités et la durée d'engagement dans l'activité de sport-santé. La parole des éducateurs sportifs, ces multiples « travailleurs sur autrui » montre « combien la pratique de ces derniers est porteuse d'engagements subjectifs, de compétences techniques, de négociations multiples » (Dubet, 2002). Mais l'une des difficultés rencontrées dans la récolte des discours des usagers et des professionnels était le temps car les confinements liés à l'épidémie de Covid-19 ont retardé l'ensemble du travail de recueil des données.

Avec la constitution de la nouvelle maison du sport-santé de Strasbourg au sein de l'ancienne aile médicale rénovée des Bains municipaux de Strasbourg, il y aura désormais une unité de lieu des programmes de sport-santé. Il sera certainement plus facile de rencontrer l'ensemble des acteurs, du bénéficiaire aux professionnels du sport-santé.

Des interrogations émergentes pour de nouvelles pistes de travail

Le retour réflexif sur ce travail invite également à de nouvelles interrogations.

Certains usagers ont expliqué leur sortie du dispositif SSO par l'implication financière qu'il nécessite à la fin de la première année gratuite. Ceci ramène à la question des fonds et souligne l'importance des priorités accordées aux APA par les pouvoirs publics. Les activités physiques prescrites doivent-elles être gratuites afin d'intégrer une plus grande population ? Ce travail a largement démontré que la première année gratuite proposée par le dispositif strasbourgeois est un encouragement à se

mettre à l'activité physique. Cependant, il semble, de ce fait, plus facile de s'en désengager puisqu'être impliqué financièrement est également un moteur du maintien de l'engagement. Cette question financière touche à la politique de la santé publique et nécessiterait d'être davantage développée.

De la même manière, le type de pratiques proposé dans le dispositif SSO n'est pas forcément transposable dans la réalité de l'offre associative des clubs ordinaires. En effet, le prix des séances et des abonnements dans les associations de droit commun et notamment de l'accès aux pratiques aquatiques rendent difficiles la passerelle entre ces programmes d'AP sur prescription médicale et ces associations. Si la loi sur la démocratisation du sport en France indique que le gouvernement proposera, avant le 1er septembre 2022, un « rapport sur la prise en charge par l'assurance maladie des séances d'activités physiques adaptées prescrites en application de l'article L. 1172-1 du code de la santé publique », il convient de voir quelles modalités seront, dans le futur, proposées pour faciliter ces transitions vers les pratiques « ordinaires », même fléchées « sport-santé ». Donner goût à l'activité physique et à certaines pratiques est un premier pas vers un « mode de vie plus actif » mais peut rendre la sortie de ces programmes complexe. De fait, une personne initialement éloignée de l'activité physique, ayant apprécié l'activité « aquagym », aura de forte chance de retourner à des comportements sédentaires et à une inactivité physique en constatant que cette pratique « coup de cœur » demande un investissement financier conséquent. D'autant plus que ces actions publiques d'AP sur prescription médicale accueillent une majorité de personnes issues de classes sociales inférieures. Il convient donc de se questionner sur les moyens mis en œuvre pour faciliter ces transitions vers des activités physiques et sportives hors sport sur ordonnance tout en préservant les engagements encore « fragiles ».

Une autre question, plusieurs fois esquissée au cours de cette recherche doctorale, porte sur les « non-usagers », ces personnes qui reçoivent une prescription médicale d'activités physiques mais qui n'en « profitent » pas. Du point de vue de l'institution, des décideurs ou des politiques publiques, le non-usage est « principalement considéré en termes de problème à résoudre » (Rinaudo, 2012). Ces acteurs mettent souvent en avant les raisons économiques ou matérielles, culture éloignée de la pratique sportive et de la santé, inégalités sociales et territoriales de santé, etc. pour expliquer ce

non-recours à l'activité physique de santé et considèrent les « non-usagers comme des retardataires que l'on devrait réussir à convertir » (Rinaudo, 2012). Cette considération s'explique notamment par la difficulté à approcher les non-usagers mais également par le fait que la description de ces non-usagers est issue d'enquêtes et d'analyses sur les usagers. De notre côté, cela nous invite à interroger les logiques de consommation des prescriptions : ce n'est pas parce que le médecin prescrit que le patient suit cette prescription, que ce soient des médicaments ou de l'activité physique. L'acte (de prescription) et la consommation sont deux choses différentes. Le suivi mais également les indications peuvent ne pas être totalement suivies (comme les médicaments) et être extrêmement variables. Souvent lu et entendu notamment dans le champ médical, le slogan « le sport est un médicament²⁹⁷ » nécessite une analyse poussée sur la non-consommation ou le non-usage mais également sur la consommation irrégulière (ou pratique irrégulière concernant l'activité physique). Pour cela, il semble nécessaire d'élargir les enquêtes d'une part aux bénéficiaires du SSO qui ne saisissent pas cette « opportunité » et, d'autre part, aux médecins afin de saisir le sens qu'ils attribuent au « sport médicament ».

Au-delà de ces questions, le sport-santé et le sport sur ordonnance sont en constante évolution, comme le démontre la récente loi n° 2022-296 du 2 mars 2022 de démocratisation du sport en France²⁹⁸. Cette avancée législative élargit la prescription de l'activité physique aux patients atteints de maladies chroniques, présentant des facteurs de risques ou en perte d'autonomie. Ainsi, les dispositifs d'activités physiques sur prescription médicale s'ouvrent à la prévention primaire en plus des préventions secondaire et tertiaire. Ils pourront toucher une plus grande population. De même, ouvrir la prescription d'APA aux médecins spécialistes et le renouvellement aux kinésithérapeutes permettra certainement de faciliter certains parcours vers ces programmes de sport sur ordonnance. Ces évolutions tiennent ainsi en compte la population générale pouvant obtenir ces prescriptions. En revanche, ouvrir à d'autres maladies, à des non-malades mais qui présentent des facteurs de risque et à des individus en perte d'autonomie multipliera l'hétérogénéité des séances d'APA. Or, les résultats de la recherche doctorale ont montré que, si la mixité sociale est souvent la bienvenue,

²⁹⁷ Peut être considéré également comme un « label » : voir la note de bas de page n°65, p.49.

²⁹⁸ <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045287568>

l'hétérogénéité des pathologies et des niveaux de pratique rendent parfois difficiles le maintien de l'engagement sportif. Comment adapter une activité physique à chacun présentant un vécu et un état de santé particuliers lorsque les groupes sont autant diversifiés ? Ainsi, il semble que cette évolution encourage d'une part les individus à pratiquer une activité physique mais, d'autre part, elle risque d'écarter certains bénéficiaires en effaçant les « individualités ».

Le SSO strasbourgeois et le sport sur ordonnance général restent ainsi des thématiques à étudier et dont le terrain d'investigation est large. D'autant plus que le dispositif strasbourgeois s'apprête à être « réformé » : différents « parcours » seront ainsi proposés selon les bénéficiaires. En effet, l'atelier du 27 janvier 2022 « Construire ensemble la Maison Sport Santé de Strasbourg » a présenté quatre parcours. D'une durée d'un an, le premier parcours proposerait à des personnes ayant « besoin d'informations » de participer à des événements grand public (conférence, forum, réunion collective, etc.), de bénéficier d'un suivi individualisé et de pratiquer une activité physique de manière autonome. Le deuxième parcours, d'une durée identique, proposerait la même chose aux personnes ayant « besoin de soutien » et ajouterait la possibilité d'un accompagnement ciblé (créneaux d'éducation thérapeutique du patient, consultations individuelles thématiques, séances « alimentaires ») ainsi qu'une pratique d'activités physiques adaptées au sein d'une association durant 6 mois. Pour les personnes ayant « besoin d'être re-motivées », le parcours 3 durerait deux années et reprendrait le deuxième parcours auquel sera ajouté un cycle d'APA dirigé par les éducateurs sportifs de la ville. Enfin, le dernier parcours serait un parcours exceptionnel, soumis à l'évaluation et à la décision du médecin coordinateur de la future maison sport-santé et correspondrait à un parcours 3 renforcé d'une durée de 3 ans. Mais quels seront les critères d'inclusion de chaque parcours ? L'élargissement du parcours des bénéficiaires vers d'autres thématiques, notamment la mise en place d'ateliers diététiques l'alimentation, permettra-t-il une meilleure prise en charge ? La diminution de la durée du programme aura-t-elle un impact sur l'engagement durable dans une activité physique ? Finalement, ces évolutions à venir prennent-elles plus en compte les usagers ? La refonte du dispositif sport-santé sur ordonnance de Strasbourg ouvre ainsi la voie à de nouveaux questionnements et à de nouvelles études à venir.

Bibliographie

- Abbott, A. (2001). *Time matters : On theory and method*. University of Chicago Press.
- Abbott, A. (2009). 11. À propos du concept de Turning Point. In *Bifurcations* (p. 187-211). La Découverte; Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/dec.bessi.2009.01.0187>
- Aïna, E. (2009). Santé publique : Mieux cibler la communication pour parler à tous: L'exemple de la parole institutionnelle en direction des migrants subsahariens. *Hommes & migrations*, 1282, 34-42. <https://doi.org/10.4000/hommesmigrations.438>
- Allender, S., Hutchinson, L., & Foster, C. (2008). Life-change events and participation in physical activity: A systematic review. *Health Promotion International*, 23(2), 160-172. <https://doi.org/10.1093/heapro/dan012>
- Allon, N. (1982). The Stigma of Overweight in Everyday Life. In B. B. Wolman, *Psychological Aspect of Obesity : A Handbook* (p. 130-174). Van Nostrand Reinhold.
- Andrieu, B. (2012). *L'autosanté : Vers une médecine réflexive*. Armand Colin.
- Andrieu, B. (2019). Activer sa vivacité : Pour un sport-santé capacitaire. *Corps*, 17(1), 13-24. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/corpl.017.0013>
- Andrieu, B. (2021). *Histoire du sport-santé : Du naturisme à la médecine du bien-être - Émersions 1*. l'Harmattan.
- Annequin, M., Gosselin, A., & Dray-Spira, R. (2017). Trajectoires et mobilités professionnelles autour de la migration: In *Parcours* (p. 73-91). La Découverte. <https://doi.org/10.3917/dec.desgr.2017.01.0073>
- Ardoin, A., & Canot, B. (2019). Bénéfices physiques et psychologiques de l'activité sportive adaptée dans une cohorte de malades chroniques. *Science & Sports*, 34(1), 10-15. <https://doi.org/10.1016/j.scispo.2018.07.001>
- Armagnague, M. (2010). Les dynamiques d'adaptation sociale des communautés turques en France et en Allemagne. Le cas des jeunes générations. *Sociologie*, 1(2), 235. <https://doi.org/10.3917/socio.002.0235>
- Armstrong, N., Welsman, J. R., & Kirby, B. J. (2000). Longitudinal changes in 11-13-year-olds' physical activity. *Acta Paediatrica (Oslo, Norway: 1992)*, 89(7), 775-780.
- Attalin, V., Romain, A.-J., & Avignon, A. (2012). Physical-activity prescription for obesity management in primary care : Attitudes and practices of GPs in a southern French city. *Diabetes & Metabolism*, 38(3), 243-249. <https://doi.org/10.1016/j.diabet.2011.12.004>

- Augustini, M., Duret, P., Irlinger, P., & Louveau, C. (1994). Pratiques sportives des enfants et rôle socialisateur du sport. *Enfance*, 47(2), 171-185. <https://doi.org/10.3406/enfan.1994.2097>
- Avenel, C. (2007). Politiques de jeunesse : Universalité, ciblage ou « discrimination positive »? *Agora débats/jeunesses*, 43(1), 56. <https://doi.org/10.3917/agora.043.0056>
- Averett, S. L., Sikora, A., & Argys, L. M. (2008). For better or worse : Relationship status and body mass index. *Economics & Human Biology*, 6(3), 330-349. <https://doi.org/10.1016/j.ehb.2008.07.003>
- Baan, C. A., Stolk, R. P., Grobbee, D. E., Witteman, J. C. M., & Feskens, E. J. M. (1999). Physical Activity in Elderly Subjects with Impaired Glucose Tolerance and Newly Diagnosed Diabetes Mellitus. *American Journal of Epidemiology*, 149(3), 219-227. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a009795>
- Ballay, N. (2014). *Etat des lieux de la prescription de l'activité physique par les médecins généralistes du Maine-et-Loire* [Thèse de médecine générale]. Angers.
- Barbin, J.-M., Camy, J., Communal, D., Fodimbi, M., Perrin, C., & Vergnault, M. (2016). *Référentiel d'activité et de compétences de l'Enseignant en Activité Physique Adaptée*. Société Française des Professionnels en Activité Physique Adaptée. <https://www.sfp-apa.fr/assets/fichiers/blog/1146/R%C3%A9f%C3%A9rentiel%20M%C3%Agtier%20Enseignant%20en%20APA.pdf>
- Barrier, P. (2016). Les ambiguïtés du « patient expert ». *Médecine des Maladies Métaboliques*, 10(4), 348-352. [https://doi.org/10.1016/S1957-2557\(16\)30123-7](https://doi.org/10.1016/S1957-2557(16)30123-7)
- 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 en Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives, Université de Lyon 1]. <http://www.theses.fr/2012LYO10283/document>
- Barth, N., Bongué, B., & Hupin, D. (2021). L'activité physique adaptée pour les personnes atteintes de diabète de type 2. In W. Gasparini & S. Knobé, *Le sport-santé. De l'action publique aux acteurs sociaux*. Presses Universitaires de Strasbourg.
- Barth, N., & Lefebvre, B. (2016). S'engager dans une activité physique pour apprendre à gérer sa maladie : L'exemple de deux expériences de patients. *Santé Publique*, 51(HS), 109. <https://doi.org/10.3917/spub.160.0109>
- Barth, N., Perrin, C., & 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. <https://doi.org/10.1080/07053436.2014.936163>
- Basdevant, A. (2006). L'obésité : Origines et conséquences d'une épidémie. *Comptes Rendus Biologies*, 329(8), 562-569. <https://doi.org/10.1016/j.crv.2006.03.018>

- Basson, J.-C., Haschar-Noé, N., & Honta, M. (2022). Alimentation + Activité Physique = Nutrition. L'équation à une inconnue du Programme nutrition santé, 2001-2015. In C. Perrin, C. Perrier, & D. Issanchou, *Bouger pour la santé ! Analyses sociologiques d'une injonction contemporaine* (p. 95-103). Presses Universitaires de Grenoble.
- Baszanger, I. (1986). Les maladies chroniques et leur ordre négocié. *Revue Française de Sociologie*, 27(1), 3. <https://doi.org/10.2307/3321642>
- Baudet, M., Daugareil, C., & Ferrieres, J. (2012). Prévention des maladies cardiovasculaires et règles hygiéno-diététiques. *Annales de Cardiologie et d'Angéiologie*, 61(2), 93-98. <https://doi.org/10.1016/j.ancard.2011.05.007>
- Bauduer, F., Vanz, E., Guillet, N., & 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. <https://doi.org/10.3917/spub.183.0313>
- Bauman, A. E., Reis, R. S., Sallis, J. F., Wells, J. C., Loos, R. J., & Martin, B. W. (2012). Correlates of physical activity: Why are some people physically active and others not? *The Lancet*, 380(9838), 258-271. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60735-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60735-1)
- Becker, H. S. (2006). Sur le concept d'engagement. *SociologieS [En Ligne]*, 12. <http://journals.openedition.org/sociologies/642>
- Beenackers, M. A., Kamphuis, C. B., Giskes, K., Brug, J., Kunst, A. E., Burdorf, A., & van Lenthe, F. J. (2012). Socioeconomic inequalities in occupational, leisure-time, and transport related physical activity among European adults : A systematic review. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 9(1), 116. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-9-116>
- Bekker, H. L., Legare, F., Stacey, D., O'Connor, A., & Lemyre, L. (2003). Is anxiety a suitable measure of decision aid effectiveness : A systematic review? *Patient Education and Counseling*, 50(3), 255-262. [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(03\)00045-4](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(03)00045-4)
- Béliard, A., & Eideliman, J.-S. (2008). 6 : Au-delà de la déontologie. Anonymat et confidentialité dans le travail ethnographique. In *Les politiques de l'enquête* (p. 123-141). La Découverte; Cairn.info. <https://www.cairn.info/politiques-de-l-enquete--9782707156563-p-123.htm>
- Bell, R. A., Kravitz, R. L., Thom, D., Krupat, E., & Azari, R. (2002). Unmet expectations for care and the patient-physician relationship. *Journal of General Internal Medicine*, 17(11), 817-824. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2002.10319.x>
- Benamouzig, D. (2010). L'évaluation des aspects sociaux en santé : La formation d'une expertise sociologique à la Haute Autorité de santé. *Revue française des affaires sociales*, 1(1), 187. <https://doi.org/10.3917/rfas.101.0187>
- Berg, B. L., & Lune, H. (2012). *Qualitative research methods for the social sciences* (8th ed). Pearson.

Berger, P., & Luckmann, T. (1990). *The social construction of reality: A treatise in the sociology of knowledge*. Anchor Books.

Berger, P., & Luckmann, T. (2018). *La construction sociale de la réalité* (3ème éd.). Armand Colin.

Bergeron, H., Castel, P., & Nouguez, E. (2011). Un entrepreneur privé de politique publique : La lutte contre l'obésité, entre santé publique et intérêt privé. *Revue Française de Science Politique*, 61(2), 201-229. halshs-00587052v3f

Bergeron, H., Castel, P., & Nouguez, É. (2013). Éléments pour une sociologie de l'entrepreneur-frontière : Genèse et diffusion d'un programme de prévention de l'obésité. *Revue française de sociologie*, 54(2), 263-302. <https://doi.org/10.3917/rfs.542.0263>

Berlivet, L. (2000). De l'éducation sanitaire à la promotion de la santé : La santé publique face aux accusations de moralisme. *La santé dans tous ses états*, 243-270.

Bernard, S., & Sordello, J. (2017). *La marche nordique : Bien-être, santé, performance*. Amphora.

Bernardeau Moreau, D. (2011). Les identités professionnelles des agents de la filière sportive territoriale. Entre référence technique et modèle gestionnaire: *Staps*, n°92(2), 43-59. <https://doi.org/10.3917/sta.092.0043>

Bernier, L. (2002). La question du lien social ou la sociologie de la relation de contrainte. *Lien social et Politiques*, 39, 27-32. <https://doi.org/10.7202/005058ar>

Bertaux, D. (1976). *Histoires de vie ou récits de pratique ? Méthodologie de l'approche biographique en sociologie*. Rapport au C.O.R.D.E.S.

Bertaux, D. (2005). *L'enquête et ses méthodes : Le récit de vie* (2ème édition). Armand Colin.

Besson, G. (2010). L'humour, ressource personnelle et collective dans l'action sociale. *Vie sociale*, 2(2), 49. <https://doi.org/10.3917/vsoc.102.0049>

Bessy, O. (2000). Essai d'analyse de la pratique sportive auto-organisée : Le cas de la ville de Blanquefort. *Revue européenne de management du sport*, 105-173.

Bidart, C. (2006). Crises, décisions et temporalités : Autour des bifurcations biographiques. *Cahiers internationaux de sociologie*, 120(1), 29. <https://doi.org/10.3917/cis.120.0029>

Binstock, R. H., & George, L. K. (2006). *Handbook of aging and the social sciences*. Academic Press, an imprint of Elsevier.

Bizouarn, P. (2008). Le médecin, le malade et la confiance. *Éthique & Santé*, 5(3), 165-172. <https://doi.org/10.1016/j.etiqe.2008.04.001>

Black, A. E., & Deci, E. L. (2000). The effects of instructors' autonomy support and students' autonomous motivation on learning organic chemistry : A self-determination theory perspective.

Science Education, 84(6), 740-756. [https://doi.org/10.1002/1098-237X\(200011\)84:6<740::AID-SCE4>3.0.CO;2-3](https://doi.org/10.1002/1098-237X(200011)84:6<740::AID-SCE4>3.0.CO;2-3)

Blanc, P., & Jouan, F. (2020). *La Maison sport santé, un projet avec et pour les citoyens*. Séminaire France Assoc Santé du Bas-Rhin. <https://grand-est.france-assos-sante.org/wp-content/uploads/sites/9/2020/03/PPT-Maison-Sport-Sante-Strasbourg.pdf>

Bloch, J. (2010). Importance du problème : Fréquence, contribution des différentes pathologies. *Actualité et dossier en santé publique*, 72, 14-18. <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?clef=112>

Bloom, S. W. (2002). *The word as scalpel : A history of medical sociology*. Oxford University Press.

Bloy, G., Moussard Philippon, L., & Rigal, L. (2016). Les médecins généralistes et le conseil en activité physique : Des évidences aux contingences de la consultation. *Santé Publique*, 57(HS), 153-161. <https://doi.org/10.3917/spub.160.0153>

Blumer, H. (2004). Les problèmes sociaux comme comportements collectifs. *Politix*, 17(67), 185-199. <https://doi.org/10.3406/polix.2004.1630>

Bluteau, S., Callède, J.-P., & Callede, J.-P. (2000). Les politiques sportives en France. Éléments de sociologie historique. *Revue Française de Sociologie*, 41(4), 808. <https://doi.org/10.2307/3322712>

Bodin, D., Héas, S., & Robène, L. (2004). Les goûts sportifs : Entre distinction et pratique élective raisonnée. *Sociologie et sociétés*, 36(1), 187-207. <https://doi.org/10.7202/009588ar>

Boëtsch, G. (2005). *L'obésité dans les sociétés industrialisées occidentales : Le "pondérisme" entre normes biomédicales et représentations sociales* [Conférence à l'Institut français de nutrition]. Conférence à l'Institut français de nutrition, Paris. <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00009384/document>

Boiche, J., Fervers, B., Freyssenet, D., Fremy, I., Guiraud, T., Moro, C., Nguyen, C., Ninot, G., Perrin, C., Poiraud, S., Varray, A., Vinet, A., & Walther, G. (2019). *Activité physique : Prévention et traitement des maladies chroniques* (EDP Sciences, p. 824) [Rapport de recherche]. Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm). <https://www.hal.inserm.fr/inserm-02102457>

Bois, J., & Sarrazin, P. (2006). Les chiens font-ils des chats ? Une revue de littérature sur le rôle des parents dans la socialisation de leur enfant pour le sport. *Science & Motricité*, 57, 9-54. <https://doi.org/10.3917/sm.057.09>

Boissier, M.-C. (2012). La confiance dans la relation médecin-malade. *Commentaire, Numéro 139*(3), 799. <https://doi.org/10.3917/comm.139.0799>

Boltanski, L. (1971). Les usages sociaux du corps. *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, 26(1), 205-233. <https://doi.org/10.3406/ahess.1971.422470>

- Bossy, T. (2010). Les différentes temporalités du changement : La mise sur agenda de l'obésité en France et au Royaume-Uni. In B. Palier & Y. Surel (Éds.), *Quand les politiques changent : Temporalités et niveaux de l'action publique* (p. 145-182). L'Harmattan.
- Boudier, F., Bensebaa, F., & Jablanczy, A. (2012). L'émergence du patient-expert : Une perturbation innovante. *Innovations*, 39(3), 13-25. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/inno.039.0013>
- Boulat, T., Ghosn, W., Falissard, L., Roussel, S., & Grégoire, R. (2019). Principales évolutions de la mortalité par cause sur la période 2000-2016 en France métropolitaine. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, 29-30, 576-584. . http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/29-30/2019_29-30_1.htmlc
- Bourdieu, P. (1974). Avenir de classe et causalité du probable. *Revue Française de Sociologie*, 15(1), 3. <https://doi.org/10.2307/3320261>
- Bourdieu, P. (1979a). *La distinction : Critique sociale du jugement*. Éditions de Minuit.
- Bourdieu, P. (1979b). Les trois états du capital culturel. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 30(1), 3-6. <https://doi.org/10.3406/arss.1979.2654>
- Bourdieu, P. (1986). L'illusion biographique. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 62(1), 69-72. <https://doi.org/10.3406/arss.1986.2317>
- Bourdieu, P. (1987). *Choses dites*. Editions de Minuit.
- Bourdieu, P. (1994). *Raisons pratiques : Sur la théorie de l'action*. Seuil.
- Bourdieu, P. (2000). *Esquisse d'une théorie de la pratique : Précédé de trois études d'ethnologie kabyle*. Ed. du Seuil.
- Bourdieu, P. (2009). *Questions de sociologie*. Editions de Minuit.
- Bourdieu, P., Chamboredon, J.-C., Passeron, J.-C., & Krais, B. (Éds.). (2005). *Le métier de sociologue : Préalables épistémologiques* (5. éd). Mouton de Gruyter.
- Bouttet, F. (2013). La prise en compte du handicap dans les formations d'éducateurs sportifs. Aspects disciplinaires, initiatives personnelles et manque d'harmonisation. *Revue Européenne de Management du sport, Presses universitaires du sport*. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01687121/document>
- Bouttet, F. (2015). *Organiser la pratique sportive des personnes handicapées. Entrepreneurs et logiques institutionnelles dans la construction de l'action fédérale* [Thèse de doctorat en Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS)]. Université de Strasbourg.
- Brotons, C., Drenthen, A. J. M., Durrer, D., Moral, I., & on behalf of European Network on Prevention and Health Promotion (EUOPREV). (2012). Beliefs and attitudes to lifestyle, nutrition and physical

activity: The views of patients in Europe. *Family Practice*, 29, 49-55. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmro91>

Bruneau, C., Génolini, J.-P., & Terral, P. (2021). Gérer et utiliser les asymétries relationnelles en éducation thérapeutique du patient : La coordination soignants-patients dans la conception d'un programme d'éducation thérapeutique en oncologie: *Revue française des affaires sociales*, 2, 143-163. <https://doi.org/10.3917/rfas.212.0143>

Bujon, T., & Dourlens, C. (2012). Entre médicalisation et dépathologisation : La trajectoire incertaine de la question trans. *Sciences sociales et santé*, 30(3), 33. <https://doi.org/10.3917/sss.303.0033>

Bujon, T., Dourlens, C., & Le Naour, G. (2014). *Aux frontières de la médecine*. EAC, Éditions des archives contemporaines.

Bury, M. (1982). Chronic illness as biographical disruption. *Sociology of Health and Illness*, 4(2), 167-182. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.ep11339939>

Cahnman, W. J. (1968). The Stigma of Obesity. *The Sociological Quarterly*, 9(3), 283-299. <https://doi.org/10.1111/j.1533-8525.1968.tb01121.x>

Camilleri, C. (Éd.). (1990). *Stratégies identitaires* (1re éd). Presses universitaires de France.

Campos, P. F. (2004). *The obesity myth: Why America's obsession with weight is hazardous to your health*. Gotham Books.

Canguilhem, G. (1966). *Le normal et le pathologique*. Presses universitaires de France.

Caradec, V. (2004). *Viellir après la retraite: Approche sociologique du vieillissement*. Presses universitaires de France.

Caradec, V. (2006). Les épreuves subjectives du vieillissement. *Éthique & Santé*, 3(1), 20-25. [https://doi.org/10.1016/S1765-4629\(06\)70559-1](https://doi.org/10.1016/S1765-4629(06)70559-1)

Caradec, V. (2009). L'expérience sociale du vieillissement. *Idées économiques et sociales*, N° 157(3), 38. <https://doi.org/10.3917/idee.157.0038>

Carillon, S. (2012). Les ruptures de suivi médical des personnes vivant avec le VIH à Kayes (Mali). Approche anthropologique. *Sciences Sociales et Santé*, 29(2), 1-2. <https://doi.org/10.1684/sss.2011.0201>

Carré, F. (2017). Sport sur ordonnance, comment faire ? *La Presse Médicale*, 46(7-8), 745-750. <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2017.06.012>

Carré, F., Grémy, I., Duclos, M., Moro, C., Freyssenet, D., Boiché, J., Vuillemin, A., Perrier, C., Perrin, C., Cha, S., & Lucia, V. (2021). Activité physique et maladies chroniques : Quels effets et dans quel cadre ? : *Actualité et dossier en santé publique*, N° 114(2), 13-25. <https://doi.org/10.3917/aedesp.114.0013>

Carricaburu, D., & Ménoret, M. (2004). *Sociologie de la santé : Institutions, professions et maladies*. Armand Colin.

Carricaburu, D., & Ménoret, M. (2005). Les transformations dans la relation médecin/malade : Mythe et réalités. *Les cahiers français*, 324, 79-84.

Castel, P. (2005). Le médecin, son patient et ses pairs : Une nouvelle approche de la relation thérapeutique. *Revue française de sociologie*, 46(3), 443. <https://doi.org/10.3917/rfs.463.0443>

Cayouette-Remblière, J., Geay, B., & Lehingue, P. (2018). *Comprendre le social dans la durée : Les études longitudinales en sciences sociales*. Presses universitaires de Rennes.

CEC. (2011). *La médecine scolaire* (Rapport d'information N° 3968; p. 362). Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques (CEC). <http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i3968.asp>

Chantelat, P., & Perrin, C. (2009). 21. Les éducateurs médico-sportifs : Une activité émergente, inscrite dans le monde médical: In *Sociologie des groupes professionnels* (p. 252-262). La Découverte. <https://doi.org/10.3917/dec.demaz.2010.01.0252>

Charles, M., Larras, B., Bigot, J., & Praznocy, C. (2019). *L'activité physique sur prescription en France : État des lieux en 2019. Dynamiques innovantes et essor du sport sur ordonnance* (p. 84). Observatoire national de l'activité physique et de la sédentarité/Pôle ressource national sport santé bien-être.

Charra, E. (2012). *Représentations et vécu des patients à propos de la non-prescription médicale. Etude qualitative à partir de 4 focus groups* [Thèse de médecine générale]. Université Claude Bernard - Lyon 1.

Châtel, V., & Roy, S. (Éds.). (2008). *Penser la vulnérabilité : Visages de la fragilisation du social*. Presses de l'Université du Québec.

Chauvin, M. (2017). « Devenir patient-expert » : Action ou fatalité ? *Douleur et Analgésie*, 30(3), 163-165. <https://doi.org/10.1007/s11724-017-0513-4>

Chauvin, P., de Montaigne, A. B., & Lebas, J. (2000). Précarités, maladie et soins médicaux : Trois dynamiques, une unique trajectoire de vie. *Médecine et Maladies Infectieuses*, 30, s205-s214. [https://doi.org/10.1016/S0399-077X\(00\)89091-5](https://doi.org/10.1016/S0399-077X(00)89091-5)

Clarke, A. E., Fishman, J. R., Fosket, J. R., Mamo, L., & Shim, J. K. (2000). Technosciences et nouvelle biomédicalisation : Racines occidentales, rhizomes mondiaux. *Sciences sociales et santé*, 18(2), 11-42. <https://doi.org/10.3406/sosan.2000.1489>

Clausen, J. A. (1986). *The life course : A sociological perspective*. Prentice-Hall Englewood Cliffs, NJ.

Coenen-Huther, J. (2003). Le type idéal comme instrument de la recherche sociologique. *Revue française de sociologie*, 44(3), 531-547. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/rfs.443.0531>

- Cogérino, G., & Longchamp, L. (2009). Religion, body and physical activity : The case of Muslim girls in PE: Religion, corps et activité physique : le cas des jeunes filles musulmanes en EPS. *Staps*, n° 86(4), 23-41. <https://doi.org/10.3917/sta.086.0023>
- Collin, J., & Suissa, A. J. (2007). Les multiples facettes de la médicalisation du social. *Nouvelles pratiques sociales*, 19(2), 25. <https://doi.org/10.7202/016048ar>
- Collinet, C., & Delalandre, M. (2014). L'injonction au bien-être dans les programmes de prévention du vieillissement. *L'Année sociologique*, 64(2), 445. <https://doi.org/10.3917/anso.142.0445>
- Condon, S., Lieber, M., & Maillochon, F. (2005). Insécurité dans les espaces publics : Comprendre les peurs féminines. *Revue française de sociologie*, 46(2), 265. <https://doi.org/10.3917/rfs.462.0265>
- Conrad, P. (1975). The Discovery of Hyperkinesis : Notes on the Medicalization of Deviant Behavior. *Social Problems*, 23(1), 12-21. <https://doi.org/10.2307/799624>
- Cornuz, J., Humair, J.-P., Seematter, L., Stoianov, R., van Melle, G., Stalder, H., & Pécoud, A. (2002). Efficacy of Resident Training in Smoking Cessation : A Randomized, Controlled Trial of a Program Based on Application of Behavioral Theory and Practice with Standardized Patients. *Annals of Internal Medicine*, 136(6), 429-437. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-136-6-200203190-00006>
- Cottin, P., & Dujardin, D. (2010). Prendre soin du partenariat : Les déterminants du travail en réseau au sein d'une Maison des adolescents. *Vie sociale*, 1(1), 75-89. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/vsoc.101.0075>
- Coudeyre, E., Cormier, C., Gignoux, P., & Grolier, M. (2021). Quelle activité physique dans l'arthrose ? *Revue du Rhumatisme Monographies*, 88(3), 203-208. <https://doi.org/10.1016/j.monrhu.2021.03.004>
- Coulangeon, P. (2007). Les loisirs des populations issues de l'immigration, miroir de l'intégration. *Revue française des affaires sociales*, 1(2), 83. <https://doi.org/10.3917/rfas.072.0083>
- Coulon, N. (2015). *Trajectoires de vie et transitions* [Séminaire Alcool et santé des femmes, cycle « l'Entourage »]. Alcool et santé des femmes, cycle « l'Entourage », France.
- Coulter, A., & Ellins, J. (2007). Effectiveness of strategies for informing, educating, and involving patients. *BMJ*, 335(7609), 24-27. <https://doi.org/10.1136/bmj.39246.581169.80>
- Cresson, G. (2000). 6. La confiance dans la relation médecin-patient: In *Les usagers du système de soins* (p. 333-350). Presses de l'EHESP. <https://doi.org/10.3917/ehesp.schwe.2000.01.0333>
- Crignon-De Oliveira, C. (2010). Qu'est-ce que « ?bien vieillir ? »?? : Médecine de soi et prévention du vieillissement. *Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem*, 4(1), 177. <https://doi.org/10.3917/ccgc.004.0177>

Croquette, E. (2004). Les sportives de haut niveau d'origine nord africaine : Type d'investissement sportif, cadres de socialisation et configurations familiales. *Staps*, 66(4), 179. <https://doi.org/10.3917/sta.066.0179>

Crossley, N. (2004). Fat is a Sociological Issue : Obesity Rates in Late Modern, 'Body-Conscious' Societies. *Social Theory & Health*, 2(3), 222-253. <https://doi.org/10.1057/palgrave.sth.8700030>

Czaplicki, G., Donio, V., Nossereau, C., Fikojevic, M., & Richard, D. (2016). « Bouge ta santé à Clichy-sous-Bois » : Une approche intersectorielle de l'activité physique. *Santé Publique*, 51(HS), 175. <https://doi.org/10.3917/spub.160.0175>

Dalgarrondo, S. (2007). Quelle place pour les associations de malades dans le processus d'innovation médicamenteuse ? Le cas des maladies rares. *Revue française des affaires sociales*, 3-4, 171-191. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/rfas.073.0171>

Dandurand, L. (2005). Réflexion autour du concept d'innovation sociale, approche historique et comparative. *Revue française d'administration publique*, 115(3), 377-382. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/rfap.115.0377>

Darmon, M. (2007). *La socialisation*. Armand Colin.

Darmon, M. (2008). *Devenir anorexique : Une approche sociologique*. Éditions La Découverte.

Darmon, M., Pichonnaz, D., & Toffel, K. (2018). La socialisation secondaire ne s'exerce pas sur une page blanche mais sur une page déjà écrite et déjà froissée par les expériences antérieures. *Émulations - Revue de sciences sociales*, 25, 115-121.

Daubigny, L. (2004). Science et bon sens. La prise en charge médicale de l'obésité. *Face à face [En ligne]*, 6. <http://journals.openedition.org/faceaface/358>

Dauchy, J., Florent, V., Mariau, F., Pronnier, Y., Gaudrat, B., Peyrodie, C., & Andrieux, S. (2018). Sport sur ordonnance : L'avis de patients obèses nous intéresse ! *Nutrition Clinique et Métabolisme*, 32(4), 302-303. <https://doi.org/10.1016/j.nupar.2018.09.150>

DCMS & Strategy Unit. (2002). *Game plan : A strategy for delivering Government's sport and physical activity objectives*. Cabinet Office.

De Saint Pol, T. (2007). Comment mesurer la corpulence et le poids "idéal" ? Histoire, intérêts et limites de l'indice de masse corporelle. *Observatoire sociologique du changement*, 01. <https://hal-sciencespo.archives-ouvertes.fr/hal-01066084/document>

de Coninck, F., & Godard, F. (1990). L'approche biographique à l'épreuve de l'interprétation : Les formes temporelles de la causalité. *Revue Française de Sociologie*, 31(1), 23. <https://doi.org/10.2307/3321487>

Defrance, J. (1995). *Sociologie du sport*. La Découverte.

Defrance, J. (2004). L'eugénisme et la culture scientifique dans le champ des activités physiques et des sports (1910-1950). In C. Pociello, *Entre le social et le vital. L'éducation physique et sportive sous tensions (XVIIIe-XXe siècle)* (PUG, p. 127-160).

Defrance, J., Boujjoufi, T. E., & Hoibian, O. (2021). *Le sport au secours de la santé : Politiques de santé publique et activité physique: une sociohistoire, 1885-2020*. Editions du Croquant.

Demazière, D. (2007). À qui peut-on se fier ? Les sociologues et la parole des interviewés. *Langage et société*, 121-122(3), 85. <https://doi.org/10.3917/ls.121.0085>

Demazière, D. (2013). Typologie et description. À propos de l'intelligibilité des expériences vécues. *Sociologie*, 4(3), 333. <https://doi.org/10.3917/socio.043.0333>

Demazière, D., & Samuel, O. (2010). Inscrire les parcours individuels dans leurs contextes. *Temporalités [En ligne]*, 11. <http://temporalites.revues.org/1167>

Demazière, D., & Zune, M. (2017). *Entretiens biographiques et expériences vécues* [Colloque Comprendre l'accès au travail. Des témoignages d'exclusion au débat sociétal]. Colloque Comprendre l'accès au travail. Des témoignages d'exclusion au débat sociétal, IWEPS – Moulins de Beez. <https://www.iweps.be/wp-content/uploads/2017/07/Pr%C3%A9sentation-Zune-Demazi%C3%A8re-session-1.pdf>

Demazière, D., & Zune, M. (2019). Enquêter auprès de chômeurs exclus par décision administrative : Repérer des invisibles, écouter des inaudibles, restituer des expériences. *Recherches qualitatives*, 23, 7-21. - <http://www.recherche-qualitative.qc.ca/revue/>

Derbez, B., & Rollin, Z. (2016). *Sociologie du cancer*. la Découverte.

Dervaux, B., & Rochaix, L. (2022). *L'évaluation socioéconomique des effets de santé des projets d'investissement public* (p. 328). CGDD, France Stratégie, SGPI. <https://www.strategie.gouv.fr/publications/levaluation-socioeconomique-effets-de-sante-projets-dinvestissement-public-0>

de Saint-Pol, T. (2014). Obésité, alimentation et image du corps. *Médecine des Maladies Métaboliques*, 8(3), 271-274. [https://doi.org/10.1016/S1957-2557\(14\)70798-9](https://doi.org/10.1016/S1957-2557(14)70798-9)

Desenclos, J.-C. (2021). Déterminants épidémiologiques de la dynamique épidémique et du fardeau en santé publique du Covid-19. *ADSP*, 116(4), 16-19. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/aedesp.116.0016>

Desgagné, S. (2005). *Récits exemplaires de pratique enseignante : Analyse typologique*. Presses de l'Université du Québec.

Dethier, B. (2018). De la prise en compte de l'articulation des temps sociaux dans l'action publique en Belgique francophone. In *@ la recherche du temps* (p. 391-405). Érès; Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/eres.auber.2018.01.0391>

- Détrez, C. (2002). *La construction sociale du corps*. Ed. du Seuil.
- Deurenberg, P. (2001). Universal cut-off BMI points for obesity are not appropriate. *British Journal of Nutrition*, 85(2), 135-136. <https://doi.org/10.1079/BJN2000273>
- de Verdalle, L., Vigour, C., & Le Bianic, T. (2012). S'inscrire dans une démarche comparative. Enjeux et controverses. *Terrains & travaux*, 21(2), 5-21. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/tt.021.0005>
- Dewerpe, A. (1996). La « stratégie » chez Pierre Bourdieu : Note de lecture. *Enquête*, 3, 191-208. <https://doi.org/10.4000/enquete.533>
- Didierjean, R. (2014). Jeune fille turque en cours d'éducation physique : Une exclusion par la minorité ? Éclairages et enjeux à travers une étude franco-allemande. *Initio*, 4, 50-64. <http://www.initio.fse.ulaval.ca/>
- Ding, D., Lawson, K. D., Kolbe-Alexander, T. L., Finkelstein, E. A., Katzmarzyk, P. T., van Mechelen, W., & Pratt, M. (2016). The economic burden of physical inactivity : A global analysis of major non-communicable diseases. *The Lancet*, 388(10051), 1311-1324. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30383-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30383-X)
- Diogini, R. A. (2015). Pathways to Masters Sport : Sharing Stories from Sport 'Continuers', 'Rekindlers' and 'Late Bloomers'. In E. Tulle & C. Phoenix, *Physical Activity and Sport in Later : Critical Perspectives* (p. 54-68). Palgrave Macmillan.
- Dirn, L., Mendras, H., & Duboys Fresney, L. (1984). Le troisième âge animera la société française. *Revue de l'OFCE*, 8(1), 141-161. <https://doi.org/10.3406/ofce.1984.995>
- Dodier, N. (2004). S'en remettre à un spécialiste. Contribution à une histoire politique de la délégation des soins. *Handicap – Revue de Sciences Humaines et Sociales*, 104, 9-20.
- DRDJSCS ARA. (2019). *Étude sur la pratique sportive non fédérale en Auvergne-Rhône-Alpes* [Rapport final – COPIL]. Direction régionale et départementale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale Auvergne – Rhône – Alpes. <https://auvergne-rhone-alpes.drdjscs.gouv.fr/spip.php?article1466>
- Dubar, C. (1998). Trajectoires sociales et formes identitaires. Clarifications conceptuelles et méthodologiques. *Sociétés contemporaines*, 29(1), 73-85. <https://doi.org/10.3406/socco.1998.1842>
- Dubar, C. (2015). *La socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles*. Armand Colin; Cairn.info.
- Dubar, C., & Nicourd, S. (2017). *Les biographies en sociologie*. La Découverte; Cairn.info. <https://www.cairn.info/les-biographies-en-sociologie--9782707193957.htm>
- Dubet, F. (2002). *Le déclin de l'institution*. Seuil.

- Dubet, F. (2010). Déclin de l'institution et/ou néolibéralisme ? *Éducation et sociétés*, 25(1), 17-34. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/es.025.0017>
- Dubruc, N. (2009). *Le stage en entreprise : Facteur de développement ? : Un dispositif de formation structuré par des instruments langagiers : Rôle du stage en formation initiale d'ingénieurs* [Thèse de doctorat en Psychologie]. Université de Lyon 2.
- Duclos, M., Duché, P., Guezennec, C.-Y., Richard, R., Rivière, D., & Vidalin, H. (2010). Position de consensus : Activité physique et obésité chez l'enfant et chez l'adulte. *Science & Sports*, 25(4), 207-225. <https://doi.org/10.1016/j.scispo.2010.04.001>
- Duclos, M., Oppert, J.-M., Vergès, B., Coliche, V., Gautier, J.-F., Guezennec, C.-Y., Reach, G., & Strauch, G. (2012). Activité physique et diabète de type 2. *Médecine des Maladies Métaboliques*, 6(1), 80-96. [https://doi.org/10.1016/S1957-2557\(12\)70366-8](https://doi.org/10.1016/S1957-2557(12)70366-8)
- Dumas, A. (1999). *Pratiques de santé et d'activité physique : Entretiens avec des femmes cheffes de familles monoparentales* [Université d'Ottawa]. <https://ruor.uottawa.ca/handle/10393/8735>
- Dumez, H. (2011). Qu'est-ce que la recherche qualitative ? *Le Libellio d'AEGIS*, 7(4-Hiver), 47-58. hal-00657925f. hal-00657925f
- Dwyer, J. J. M. (1995). Effect of perceived choice of music on exercise intrinsic motivation. *Health Values: The Journal of Health Behavior, Education & Promotion*, 19(2), 18-26.
- Eakin, E. G., Glasgow, R. E., & Riley, K. M. (2000). Review of primary care-based physical activity intervention studies : Effectiveness and implications for practice and future research. *The Journal of Family Practice*, 49(2), 158-168.
- Ebstein-Breton, M., & Lutrat, F. (2015). *Sport-santé sur ordonnance* [Rapport d'activité]. Service promotion de la santé de la personne, Ville de Strasbourg.
- Embersin, C., Chardon, B., & Grémy, I. (2007). *Jeunes en Île-de-France : Activités physiques, surpoids et conduites à risque. Exploitation du Baromètre Santé 2005* (p. 224). Observatoire Régional de Santé d'Ile-de-France.
- Engberg, E., Alen, M., Kukkonen-Harjula, K., Peltonen, J. E., Tikkanen, H. O., & Pekkarinen, H. (2012). Life Events and Change in Leisure Time Physical Activity : A Systematic Review. *Sports Medicine*, 42(5), 433-447. <https://doi.org/10.2165/11597610-000000000-00000>
- Ernst, A., & Pigeassou, C. (2005). « Être seuls ensemble » : Une figure moderne du lien social dans les centres de remise en forme. *Science & Motricité*, 56, 65-74. <https://doi.org/10.3917/sm.056.0065>
- Evenson, K. R., Rosamond, W. D., Cai, J., Toole, J. F., Hutchinson, R. G., Shahar, E., & Folsom, A. R. (1999). Physical Activity and Ischemic Stroke Risk : The Atherosclerosis Risk in Communities Study. *Stroke*, 30(7), 1333-1339. <https://doi.org/10.1161/01.STR.30.7.1333>

- Fabre, C., & Chavignay, É. (2010). Définition, formation, législation et rôle du professionnel en activité physique adaptée. *Revue des Maladies Respiratoires Actualités*, 2(6), 628-630. [https://doi.org/10.1016/S1877-1203\(10\)70164-6](https://doi.org/10.1016/S1877-1203(10)70164-6)
- Fainzang, S. (2005). La relation médecin-patient. Un conflit de valeurs. *Revue des Maladies Respiratoires*, 22(2), 37-39. [https://doi.org/10.1016/S0761-8425\(05\)85554-8](https://doi.org/10.1016/S0761-8425(05)85554-8)
- Falcoz, M., & Koebel, M. (Éds.). (2005). *Intégration par le sport : Représentations et réalités*. L'Harmattan.
- Farges, E. (2006). FASSIN (Didier), MEMMI (Dominique), dir., Le gouvernement des corps, Paris, Éditions de l'EHESS, 2004, 269 pages. *Politix*, 74(2), 199-201. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/pox.074.0199>
- Fassin, D. (1998). Les politiques de la médicalisation. In D. Delanoë & P. Aiach, *L'ère de la médicalisation* (Editions Economica, p. 1-14).
- Fassin, D. (2007). La biopolitique n'est pas une politique de la vie. *Sociologie et sociétés*, 38(2), 35-48. <https://doi.org/10.7202/016371ar>
- Fassin, D. (Éd.). (2010). *Faire de la santé publique*. Ed. de l'Ecole des hautes études en santé publique.
- Fassin, D., Hauray, B., & Institut national de la santé et de la recherche médicale (France) (Éds.). (2010). *Santé publique : L'état des savoirs*. La Découverte : Inserm.
- Fassin, D., & Memmi, D. (Éds.). (2004). *Le gouvernement des corps*. Editions de l'Ecole des hautes études en sciences sociales.
- Favier-Ambrosini, B. (2016). Socio-histoire du lien entre activité physique et santé de 1960 à 1980. *Santé Publique*, S1(HS), 13. <https://doi.org/10.3917/spub.160.0013>
- Favier-Ambrosini, B. (2020). *Émergence, construction et diffusion du sport-santé : Les Réseaux Sport-Santé Bien-Etre : D'une politique publique nationale aux ajustements locaux* [Thèse de doctorat en STAPS, Université Paris Est]. <http://www.theses.fr/2020PESC2002>
- Favrod-Coune, T., Delgado, H., Sereni, S., Jacquemet, S., & Golay, A. (2009). Facteurs motivant ou décourageant à pratiquer de l'activité physique chez des patients souffrant de maladies cardiovasculaires et de diabète. *Education thérapeutique du patient - Therapeutic patient education*, 1(2), S119-S125. <https://doi.org/10.1051/tpe/2009016>
- Ferez, S., Marin-Duval, E., Thomas, J., Héas, S., & Fougeyrollas, P. (2014). Continuer à s'engager dans des loisirs après avoir été infecté au VIH : Entre quête de normalité et prescription sociale. *Loisir et Société / Society and Leisure*, 37(2), 205-223. <https://doi.org/10.1080/07053436.2014.936162>
- Ferez, S., & Thomas, J. (2012). *Sport et VIH un corps sous contrainte médicale*. Téraèdre.

- Fillieule, O. (2001). Propositions pour une analyse processuelle de l'engagement individuel. Post scriptum. *Revue française de science politique*, 51(1-2), 199-215. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/rfsp.511.0199>
- Finkelstein, E. A., Trogdon, J. G., Cohen, J. W., & Dietz, W. (2009). Annual medical spending attributable to obesity: Payer-and service-specific estimates. *Health Affairs (Project Hope)*, 28(5), w822-831. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.28.5.w822>
- Fischler, C. (1987). La symbolique du gros. *Communications*, 46(1), 255-278. <https://doi.org/10.3406/comm.1987.1698>
- Fligstein, N. (2001). Social Skill and the Theory of Fields. *Sociological Theory*, 19(2), 105-125. <https://doi.org/10.1111/0735-2751.00132>
- Foote, N. N. (1975). Concept and method in the study of human development. *Life as theater: A dramaturgical sourcebook*, 23-31.
- Formarier, M. (2007). La relation de soin, concepts et finalités. *Recherche en soins infirmiers*, N° 89(2), 33. <https://doi.org/10.3917/rsi.089.0033>
- Forté, L., & Mennesson, C. (2012). Réussite athlétique et héritage sportif. *SociologieS [En Ligne]*. <http://journals.openedition.org/sociologies/4082>
- Fosse-Edorh, S., Mandereau-Bruno, L., & Piffaretti, C. (2018). *Le poids du diabète en France en 2016. Synthèse épidémiologique*. Santé publique France. www.santepubliquefrance.fr
- Foucault, M. (2007). *Histoire de la folie à l'âge classique*. Gallimard.
- Fournier, C., & Kerzanet, S. (2007). Communication médecin-malade et éducation du patient, des notions à rapprocher: Apports croisés de la littérature. *Santé Publique*, 19(5), 413-425. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/spub.075.0413>
- François, P. (2011). Chapitre 1. Puissance et genèse des institutions. Un cadre analytique. In P. François, *Vie et mort des institutions marchandes* (p. 39-77). Presses de Sciences Po. <https://doi.org/10.3917/scpo.franc.2011.01.0039>
- Freidson, E. (1984). *La profession médicale*. Payot.
- Friconneau, M., Archer, A., Malaterre, J., Salama, F., & Ouillade, M.-C. (2020). Le patient-expert: Un nouvel acteur clé du système de santé. *médecine/sciences*, 36, 62-64. <https://doi.org/10.1051/medsci/2020206>
- Friedson, E. (1961). *Patient's views of medical practice* (Russel Sage Foudation). Russel Sage Foudation.
- Fuchs, A. (2011). La pratique sportive, une résistance sociale et physique. Le cas des personnes atteintes de mucoviscidose. *Face à face [En ligne]*, n. <http://journals.openedition.org/faceface/622>

Fuchs, A. (2014). Activités physiques adaptées et mucoviscidose. La « voix » des patients. *Movement & Sport Sciences - Science & Motricité*, 84, 111-119. <https://doi.org/10.1051/sm/2013076>

Fuchs, A., Benitez, J. C., Chanoine, S., Quétant, S., Vion, V., Herbinet, A., Llerena, C., Pin, I., Wuyam, B., & Camara, B. (2018). Effets d'un accompagnement en activités physiques adaptées (APA) supervisé à domicile chez des patients atteints de mucoviscidose. *Science & Sports*, 33, S28-S29. <https://doi.org/10.1016/j.scispo.2018.03.041>

Gademan, M. G., Deutekom, M., Hosper, K., & Stronks, K. (2012). The effect of exercise on prescription on physical activity and wellbeing in a multi-ethnic female population : A controlled trial. *BMC Public Health*, 12(1), 758. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-758>

Gagnon, M., Beaudry, C., & Deschenaux, F. (2019). « Prendre soin » des participants lors d'entretiens réalisés en contexte de recherches sensibles. *Recherches qualitatives*, 38(2), 71-92. <https://doi.org/10.7202/1064931ar>

Gardien, E. (2010). La pair-émulation dans le champ du handicap. Histoire, pratiques et débats en France. *Rhizome*, 40, 3-4.

Gasparini, W. (1993). Les organisations associatives et le jeu entrepreneurial. In A. Loret, *Sport et management. De l'éthique à la pratique*. Dunod.

Gasparini, W. (2008). L'intégration par le sport. Genèse politique d'une croyance collective. *Sociétés contemporaines*, 69(1), 7-23. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/soco.069.0007>

Gasparini, W. (2010). Les champions des cités : Parcours migratoires et effets de quartier. *Hommes & migrations*, 1285, 108-123. <https://doi.org/10.4000/hommesmigrations.1186>

Gasparini, W. (2012). Penser l'intégration et l'éducation par le sport en France : Réflexions sur les catégories d'analyse sociale et politique. *Movement & Sport Sciences*, n° 78(4), 39. <https://doi.org/10.3917/sm.078.0039>

Gasparini, W. (2018, novembre). *Sport, socialisation, intégration des jeunes des quartiers populaires*. Colloque SNEP "L'EPS, le sport et l'école de demain, Paris, France. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-02431535>

Gasparini, W., & Knobé, S. (2005). Le salut par le sport ? : Effets et paradoxes d'une politique locale d'insertion. *Déviance et Société*, 29(4), 445. <https://doi.org/10.3917/ds.294.0445>

Gasparini, W., & Knobé, S. (2013). *La prescription médicale d'activité physique : Quels effets sur la santé du strasbourgeois ? Analyse qualitative du rapport de la pratique des patients*. Rapport commandité par l'Agence régionale de santé d'Alsace (ARSA), Equipe de recherche Sport et sciences sociales (E3S) de l'Université de Strasbourg.

Gasparini, W., & Knobé, S. (2014). Sport sur ordonnance : Enquête sur un dispositif local de santé. *Jurisport: Revue juridique et économique du sport*, 144, 43-45.

- Gasparini, W., & Knobé, S. (2015). Sport sur ordonnance : L'expérience strasbourgeoise sous l'œil des sociologues. *Informations sociales*, 187(1), 47-53. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/inso.187.0047>
- Gasparini, W., & Knobé, S. (2021). *Le sport-santé. Sociologie d'une nouvelle catégorie de l'action publique*. Presses Universitaires de Strasbourg.
- Gasparini, W., & Koebel, M. (2015). Pratiques et organisations sportives : Pour un comparatisme réflexif. *Sciences sociales et sport*, 8(1), 9-19. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/rsss.008.0009>
- Gasparini, W., & Pichot, L. (2009). Affinités sportives et identités au travail. Le capital sportif des vendeurs d'articles de sport comme ressource pour l'entreprise. In J. Y. Causer, W. Gasparini, & J. P. Durand, *Les identités au travail. Analyses et controverses*. (p. 31-42). Octarès.
- Gasparini, W., & Vieille Marchiset, G. (2008). *Le sport dans les quartiers. Pratiques sociales et politiques publiques*. Presses Universitaires de France; Cairn.info. <https://www.cairn.info/le-sport-dans-les-quartiers--9782130569718.htm>
- Gasparini, W., & Weiss, P. (2008). La construction du regroupement sportif « communautaire » : L'exemple des clubs de football turcs en France et en Allemagne. *Sociétés contemporaines*, 69(1), 73. <https://doi.org/10.3917/soco.069.0073>
- Gautier, A. (2011). *Baromètre santé médecins généralistes 2009* (p. 266). Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes). <http://santepubliquefrance.fr>
- Gavarry, O., & Falgairette, G. (2004). L'activité physique habituelle au cours du développement. *Canadian Journal of Applied Physiology*, 29(2), 201-220. <https://doi.org/10.1139/h04-015>
- Gavarry, O., Giacomoni, M., Bernard, T., Seymat, M., & Falgairette, G. (2003). Habitual Physical Activity in Children and Adolescents during School and Free Days: *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 35(3), 525-531. <https://doi.org/10.1249/01.MSS.0000053655.45022.C5>
- Génolini, J.-P., Cazal, J., Jacolin, N., & Clément, J.-P. (2013). « Dispositifs et dispositions », la transformation des pratiques alimentaires et physiques en éducation pour la santé : Le cas de l'obésité et des maladies cardiovasculaires. *Global Health Promotion*, 20(2_suppl), 54-58. <https://doi.org/10.1177/1757975913483332>
- Génolini, J.-P., & Clément, J.-P. (2010). Lutter contre la sédentarité : L'incorporation d'une nouvelle morale de l'effort. *Sciences sociales et sport*, 3(1), 133. <https://doi.org/10.3917/rsss.003.0133>
- Génolini, J.-P., Roca, R., Rolland, C., & Membrado, M. (2011). « L'éducation » du patient en médecine générale : Une activité périphérique ou spécifique de la relation de soin ? *Sciences sociales et santé*, 29(3), 81. <https://doi.org/10.3917/sss.293.0081>
- Gherghel, A., & Saint-Jacques, M.-C. (2013). *La théorie du parcours de vie (life course) : Une approche interdisciplinaire dans l'étude des familles*. Presses de l'Université Laval.

- Giddens, A. (1979). *Central Problems in Social Theory*. Macmillan Education UK. <https://doi.org/10.1007/978-1-349-16161-4>
- Gindt-Ducros, A., Guigné, C., Robichon, F., & Bedouin-Bourel, M.-C. (2016). 70 ans de santé scolaire en France?: L'anniversaire oublié d'une vieille dame discrète. *Santé Publique*, 28(2), 181. <https://doi.org/10.3917/spub.162.0181>
- Giraud, C., Raynaud, A., & Saunier, E. (2014). Principes, enjeux et usages de la méthode biographique en sociologie. *Revue ¿ Interrogations ?*, 17. <http://www.revue-interrogations.org/Principes-enjeux-et-usages-de-la>
- Goffman, E. (1977). La ritualisation de la féminité. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 14(1), 34-50. <https://doi.org/10.3406/arss.1977.2553>
- Goudas, M., Biddle, S., Fox, K., & Underwood, M. (1995). It Ain't What You Do, It's the Way that You Do It! Teaching Style Affects Children's Motivation in Track and Field Lessons. *The Sport Psychologist*, 9(3), 254-264. <https://doi.org/10.1123/tsp.9.3.254>
- Grassler, M. (2021). *Prévenir la surcharge pondérale des enfants et adolescents par l'activité physique : Rapports aux dispositifs de santé et effets des conditions de vie. L'exemple de trois quartiers populaires en Alsace*. [Thèse de doctorat en Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS)]. Université de Strasbourg.
- Grassler, M., Gasparini, W., & Knobé, S. (2019). Contrôle du poids des enfants et activité physique dans un quartier populaire strasbourgeois : Modèles familiaux et recommandations de santé publique. *Enfances Familles Générations [Online]*, 33. <http://journals.openedition.org/efg/9078>
- Grassler, M., Knobé, S., & 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. Cairn.info. <https://doi.org/10.1051/sm/2019002>
- Grimaldi, A. (2010). Les différents habits de l'« expert profane ». *Les Tribunes de la santé*, 27(2), 91-100. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/seve.027.0091>
- Griminger-Seidensticker, E., Aceti, M., Knobé, S., & Vieille Marchiset, G. (2020). Health concepts among socially disadvantaged children in France, Germany and Switzerland. *Health Promotion International*, 35(1), 17-26. <https://doi.org/10.1093/heapro/day099>
- Gropper, H., John, J. M., Sudeck, G., & Thiel, A. (2020). The impact of life events and transitions on physical activity: A scoping review. *PLOS ONE*, 15(6), e0234794. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0234794>
- Gross, O., & Gagnayre, R. (2013). Hypothèse d'un modèle théorique du patient-expert et de l'expertise du patient : Processus d'élaboration. *Recherches qualitatives, Hors Série*(15), 147-165.

- Gross, O., & Gagnayre, R. (2014). What expert patients report that they do in the French health care system, and the competencies and personality traits required. *Education Thérapeutique du Patient - Therapeutic Patient Education*, 6(2), 20104. <https://doi.org/10.1051/tpe/2014014>
- Gross, O., & Gagnayre, R. (2017). Caractéristiques des savoirs des patients et liens avec leurs pouvoirs d'action : Implication pour la formation médicale. *Revue française de pédagogie*, 201(4), 71-82. Cairn.info. <https://doi.org/10.4000/rfp.7266>
- Grossetête, M. (2015). Deux poids deux mesures : Les personnes obèses et l'obésité dans l'information télévisée. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 208(3), 62. <https://doi.org/10.3917/arss.208.0062>
- Grossetti, M. (2006). L'imprévisibilité dans les parcours sociaux. *Cahiers internationaux de sociologie*, 120(1), 5. <https://doi.org/10.3917/cis.120.0005>
- Grossetti, M. (2020). *Matière sociale. Esquisse d'une ontologie pour les sciences sociales* (Working Papers). <https://cv.archives-ouvertes.fr/michel-grossetti>
- Grossetti, M., Bessin, M., & Bidart, C. (2009). *Bifurcations. Les sciences sociales face aux ruptures et à l'événement*. La Découverte; Cairn.info. <https://www.cairn.info/bifurcations--9782707156006.htm>
- Gruet, M., Brisswalter, J., Vallier, C., Mely, L., & Vallier, J.-M. (2013). Stratégies d'amélioration de la performance physique chez le patient atteint de mucoviscidose. *Science & Sports*, 28(3), 115-124. <https://doi.org/10.1016/j.scispo.2012.02.008>
- Guay, C., & Thibault, M. (2012). Libérer les mots : Pour une utilisation éthique de l'approche biographique en contexte autochtone. *Éthique publique*, vol. 14, n° 1. <https://doi.org/10.4000/ethiquepublique.956>
- Gubrium, J. F., & Holstein, J. A. (1997). *The new language of qualitative method*. Oxford University Press.
- Guillon, M., Rochaix, L., & Dupont, J.-C. K. (2021). Enjeux de l'évaluation économique de l'activité physique: *Actualité et dossier en santé publique*, N° 114(2), 43-44. <https://doi.org/10.3917/aedesp.114.0043>
- Gusfield, J. R. (1986). *Symbolic crusade : Status politics and the American temperance movement* (2nd ed). University of Illinois Press.
- Guyot, J.-C., & Hérault, B. (Éds.). (2001). *La santé publique : Un enjeu de politique municipale*. Maison des Sciences de l'Homme d'Acquitaine.
- Haas, V., & Masson, E. (2006). La relation à l'autre comme condition à l'entretien. *Les cahiers internationaux de psychologie sociale*, Numéro 71(3), 77. <https://doi.org/10.3917/cips.071.0077>

- Hagron, E. (1994). La mobilisation passive articulaire. Évaluation des limitations et des gains d'amplitude. *Ann. Kinésithér.*, 21(8), 429-433. <https://kinedoc.org/work/kinedoc/0ee3e8b9-2725-487d-af00-66c7870bf8b9.pdf>
- Hall, S. M., Ginsberg, D., & Jones, R. T. (1986). Smoking cessation and weight gain. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(3), 342-346. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.54.3.342>
- Hallal, P. C., Andersen, L. B., Bull, F. C., Guthold, R., Haskell, W., & Ekelund, U. (2012). Global physical activity levels: Surveillance progress, pitfalls, and prospects. *The Lancet*, 380(9838), 247-257. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60646-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60646-1)
- Hansel, B., Giral, P., Coppola-Xaillé, A., Monfort, G., Regnault, M., & Bruckert, E. (2011). L'enquête Internet nationale « Dukan, et après ? » : premiers résultats. *Obésité*, 6(3), 146-153. <https://doi.org/10.1007/s11690-011-0281-x>
- Hareven, T. K., & Masaoka, K. (1988). Turning Points and Transitions : Perceptions of the Life Course. *Journal of Family History*, 13(1), 271-289. <https://doi.org/10.1177/036319908801300117>
- Harrisson, D., & Vézina, M. (2006). L'innovation sociale : Une introduction. *Annals of Public and Cooperative Economics*, 77(2), 129-138. <https://doi.org/10.1111/j.1370-4788.2006.00300.x>
- HAS. (2011). *Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées* [Rapport d'orientation]. Haute Autorité de Santé. <http://www.has-sante.fr>
- Hébert, E. T., Caughy, M. O., & Shuval, K. (2012). Primary care providers' perceptions of physical activity counselling in a clinical setting : A systematic review. *British Journal of Sports Medicine*, 46(9), 625-631. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2011-090734>
- Hélaridot, V. (2006). Parcours professionnels et histoires de santé : Une analyse sous l'angle des bifurcations. *Cahiers internationaux de sociologie*, 120(1), 59-83. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/cis.120.0059>
- Hélaridot, V. (2009). 8. Vouloir ce qui arrive ? Les bifurcations biographiques entre logiques structurelles et choix individuels. In M. Grossetti, M. Bessin, & C. Bidart, *Bifurcations* (p. 160-167). La Découverte; Cairn.info. <https://www.cairn.info/bifurcations--9782707156006-p-160.htm>
- Hénaff-Pineau, P.-C. (2010). Vieillesse et pratiques sportives : Entre modération et intensification. *Lien social et Politiques*, 62, 71-83. <https://doi.org/10.7202/039315ar>
- Hénaff-Pineau, P.-C. (2012). Genre et parcours sportifs des seniors : Du semblable au dissemblable. *SociologieS*. <https://doi.org/10.4000/sociologies.4135>
- Hénaff-Pineau, P.-C. (2014). Le médecin généraliste, promoteur d'activités physiques et sportives pour les personnes âgées ? *Retraite et société*, 67(1), 131-155. Cairn.info. <https://www.cairn.info/revue-retraite-et-societe1-2014-1-page-131.htm>

Hercberg, S., & Tallec, A. (2000). *Pour une politique nutritionnelle de santé publique en France* (p. 168) [Rapport d'étude]. Haut Comité de la Santé publique. <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/004001493.pdf>

Herzlich, C. (1969). *Santé et maladie. Analyse d'une représentation sociale* (2005^e éd.). EHESS.

Herzlich, C., & Pierret, J. (2010). Au croisement de plusieurs mondes : La constitution de la sociologie de la santé en France (1950-1985). *Revue française de sociologie*, 51(1), 121. <https://doi.org/10.3917/rfs.511.0121>

Herzog, F. (2014). *Étude de 65 patients inclus dans l'expérimentation strasbourgeoise « Sport-Santé sur ordonnance ». Évolution du niveau d'activité physique et de la qualité de vie après 6 mois* [Thèse de médecine générale]. Université de Strasbourg.

Hoffman, A. (2006). La construction de l'obésité. *Santé conjugée*, 36, 69-72. <https://www.maisonmedicale.org/-Alimentation-et-sante-.html>

Holland, A. C., & Kensinger, E. A. (2010). Emotion and autobiographical memory. *Physics of Life Reviews*, 7(1), 88-131. <https://doi.org/10.1016/j.plrev.2010.01.006>

Holstein, J. A., & Gubrium, J. F. (2007). Constructionist Perspectives on the Life Course. *Sociology Compass*, 1(1), 335-352. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9020.2007.00004.x>

Holstila, A., Mänty, M., Rahkonen, O., Lahelma, E., & Lahti, J. (2017). Statutory retirement and changes in self-reported leisure-time physical activity : A follow-up study with three time-points. *BMC Public Health*, 17(1), 528. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4455-9>

Holtermann, A., Hansen, J. V., Burr, H., Søgaard, K., & Sjøgaard, G. (2012). The health paradox of occupational and leisure-time physical activity. *British Journal of Sports Medicine*, 46(4), 291-295. <https://doi.org/10.1136/bjism.2010.079582>

Honta, M., & Haschar-Noé, N. (2011). Les politiques préventives de santé publique à l'épreuve de la territorialisation : L'introuvable gouvernance régionale du Programme national nutrition santé en Aquitaine. *Sciences sociales et santé*, 29(4), 33-62. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/sss.294.0033>

Honta, M., & 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. <https://doi.org/10.3917/inno.pr2.0068>

Hoyez, A.-C. (2014). Le corps comme espace en soi et espace à soi ? Regards géographiques sur la complexité d'une pratique corporelle mondialisée : le yoga: *L'Information géographique*, Vol. 78(1), 57-72. <https://doi.org/10.3917/lig.781.0057>

Hubbard, G., Kidd, L., & Donaghy, E. (2008). Preferences for involvement in treatment decision making of patients with cancer : A review of the literature. *European Journal of Oncology Nursing*, 12(4), 299-318. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2008.03.004>

Hugo D'Arbois de Jubainville. (2018). *Renoncer à sortir seul(e) de chez soi : Un comportement d'évitement touchant 17% de la population*. Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales (ONDRP). https://www.ihemi.fr/sites/default/files/publications/files/2019-12/note_25_.pdf

Ichou, M. (2018). *Les enfants d'immigrés à l'école : Inégalités scolaires du primaire à l'enseignement supérieur* (1^{re} édition). Presses Universitaires de France.

Ifop. (2015). *Les médecins généralistes et la prescription d'activités physiques* [Etude commandée par Swiss Life]. Colloque Swiss Life « Sport et activité physique : comment favoriser la prescription médicale ? », Paris.

Illivi, F., & Honta, M. (2019). La mise en œuvre du plan « Sport, Santé, Bien-être » en région : Un processus d'ajustements continus. *Santé Publique*, 31(4), 475. <https://doi.org/10.3917/spub.194.0475>

Illivi, F., & Honta, M. (2020). *Bougez ! la fabrique locale de la lutte contre la sédentarité : Sociologie politique de l'État en action*. l'Harmattan.

Inserm. (2008). *Expertise collective : Activité physique—Contextes et effets sur la santé* (Les éditions Inserm). Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm). <http://hdl.handle.net/10608/98>

Inserm. (2009). *Santé des enfants et des adolescents : Propositions pour la préserver* (p. 187) [Expertise opérationnelle]. Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm). <http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/84>

Inserm, Institut Roche de l'Obésité, & Kantar Health. (2012). *ObEpi. Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité*. Institut Roche de l'Obésité. https://presse.inserm.fr/wp-content/uploads/2012/10/obepi_2012.pdf

Isacowitz, R., & Clippinger, K. (2012). *Pilates : Anatomie et mouvements : un guide illustré pour gagner en équilibre et en souplesse grâce au travail au sol*. Vigot.

Iuretig, D., & Gremion, B. (2021). Une offre d'activité physique adaptée au plus près des bénéficiaires. *Actualités Pharmaceutiques*, 60(604), 26-28. <https://doi.org/10.1016/j.actpha.2021.01.010>

Jacolin-Nackaerts, M. (2018). L'Activité physique adaptée pour les personnes obèses : Une socialisation de transformation ? *Sciences sociales et sport*, 11(1), 99. <https://doi.org/10.3917/rsss.011.0099>

Janosz, M., & Leblanc, M. (1996). Pour une vision intégrative des facteurs reliés à l'abandon scolaire. *Revue canadienne de psycho-éducation*, 25, 61-88.

Jégat, L. (2019). Parents en deuil : Maternités et paternités face à la perte d'un enfant. *Encyclo. Revue de l'école doctorale Sciences des Sociétés ED 624, Université de Paris*, 10, 111-131.

- Joseph, I. (2009). *Erving Goffman et la microsociologie: Vol. 2e éd.* Presses Universitaires de France; Cairn.info. <https://www.cairn.info/erving-goffman-et-la-microsociologie--9782130535041.htm>
- Juan, S. (2002). Imaginaires du corps et réalités de l'incorporation du social. *Kentron*, 18, 37-53. <https://doi.org/10.4000/kentron.1938>
- Julliard, V., & Georges, F. (2018). Produire le mort : Pratiques d'écriture et travail émotionnel des deuilés et des deuilées sur Facebook. *Réseaux*, n° 210(4), 89-116. <https://doi.org/10.3917/res.210.0089>
- Jutel, A. (2006). The emergence of overweight as a disease entity : Measuring up normality. *Social Science & Medicine* (1982), 63(9), 2268-2276. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.05.028>
- Karila, C., Ravilly, S., Gauthier, R., Tardif, C., Neveu, H., Maire, J., Ramel, S., Cracowski, C., Legallais, P., Foure, H., Halm, A.-M., Saugier, J., Bordas, G., Loire, N., Kirszenbaum, M., Dassonville, J., Mely, L., Wuyam, B., Giovannetti, P., ... Denjean, A. (2010). Activité physique et réentraînement à l'effort du patient atteint de mucoviscidose. *Revue des Maladies Respiratoires*, 27(4), 301-313. <https://doi.org/10.1016/j.rmr.2010.02.012>
- Kaux, J.-F., Julia, M., Chupin, M., Delvaux, F., Croisier, J.-L., Forthomme, B., Crielaard, J.-M., Le Goff, C., Durez, P., Ernst, P., Guns, S., & Laly, A. (2014). Revue épidémiologique des blessures lors de la pratique du rugby à XV. *Journal de Traumatologie du Sport*, 31(1), 49-53. <https://doi.org/10.1016/j.jts.2013.11.003>
- Keslasy, É. (2005). Petit bilan de la discrimination positive. *L'Économie politique*, 26(2), 106-112. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/leco.026.0106>
- Khaw, K.-T., Jakes, R., Bingham, S., Welch, A., Luben, R., Day, N., & Wareham, N. (2006). Work and leisure time physical activity assessed using a simple, pragmatic, validated questionnaire and incident cardiovascular disease and all-cause mortality in men and women: The European Prospective Investigation into Cancer in Norfolk prospective population study. *International Journal of Epidemiology*, 35(4), 1034-1043. <https://doi.org/10.1093/ije/dyl079>
- 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. <https://doi.org/10.3917/cdle.032.0031>
- Knobé, S. (2019a). Des patient-e-s face aux actions de promotion de la santé par les activités physiques : Pluralité des formes de réception. *Corps*, 17(1), 91-101. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/corp1.017.0091>
- Knobé, S. (2019b). La prescription médicale d'activité physique et perspectives socio-écologiques. *Santé Publique*, 31(6), 827-836. <https://doi.org/10.3917/spub.196.0827>
- Knobé, S., & Gasparini, W. (2014). *Le rapport au corps sur prescription médicale*. 3.

Knobé, S., & Lutrat, F. (2022). Sport-santé sur ordonnance (SSso) à Strasbourg. Socialisations et appropriations différenciées d'un dispositif innovant. In C. Perrin, C. Perrier, & D. Issanchou, *Bouger pour la santé! Analyses sociologiques d'une injonction contemporaine*. Presses Universitaires de Grenoble.

Knobé, S., Vieille Marchiset, G., Aceti, M., & Grimminger-Seidensticker, E. (2021). Des arbitrages éthiques face aux injonctions à la pratique physique parmi des familles populaires dans des quartiers pauvres en Europe. *SociologieS*. <https://doi.org/10.4000/sociologies.15872>

Koebel, M. (2010). L'intégration par le sport : Une croyance durable. *Empan*, 79(3), 28-39. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/empa.079.0028>

Korosec-Serfaty, P., Jecker, V., Farendla, B., & Queva, M. (2015). Mode de vie, dynamique familiale et construction de l'identité : Familles monoparentales en France. *International Review of Community Development*, 18, 127-137. <https://doi.org/10.7202/1034273ar>

Krim, F., Perwez, T., Gignon, M., Bréchat, P.-H., & Leprêtre, P.-M. (2022). Prescription de l'activité physique en médecine générale : Point de vue des médecins généralistes Picards. *Science & Sports*, 37(1), 37-44. <https://doi.org/10.1016/j.scispo.2021.02.010>

Lacoste, O., Sampil, M., & Labbe, E. (2003). *Santé publique, qualité régionale. Appréciation de la qualité et satisfaction de la population vis-à-vis de la prévention et de la médecine de ville* (p. 73) [Rapport réalisé pour le Conseil régional Nord – Pas-de-Calais]. ORS Nord – Pas-de-Calais.

Lagrange, H. (2010). *Le déni des cultures*. Editions du Seuil.

Lahire, B. (1995). *Tableaux de familles*. Gallimard : Seuil. <http://banq.pretnumerique.ca/accueil/isbn/9782021360578>

Lahire, B. (1998). *L'homme pluriel : Les ressorts de l'action*. Nathan.

Lahire, B. (2005). *Portraits sociologiques : Dispositions et variations individuelles*. Armand Colin.

Lahire, B. (2010). *Franz Kafka : Éléments pour une théorie de la création littéraire*. Découverte.

Lahire, B. (Éd.). (2019). *Enfances de classe : De l'inégalité parmi les enfants*. Éditions du Seuil.

Lalivé d'Épinay, C. (1991). *Vieillir, ou, La vie à inventer*. L'Harmattan.

Lalivé d'Épinay, C., Bickel, J.-F., Cavalli, S., & Spini, Dario. (2005). Le parcours de vie : Émergence d'un paradigme interdisciplinaire. In J.-F. Guillaume, *Parcours de vie. Regards croisés sur la construction des biographies contemporaines* (p. 187-210). Editions de l'Université de Liège.

Lalivé d'Épinay, C., & Cavalli, S. (2007). Changements et tournants dans la seconde moitié de la vie. *Gérontologie et société*, 30 / n° 121(2), 45. <https://doi.org/10.3917/gs.121.0045>

- Le Breton, D. (2006). 3. Entendre, s'entendre : De la bonne entente au malentendu. In *La saveur du monde* (p. 113-173). Editions Métailié; Cairn.info. <https://www.cairn.info/la-saveur-du-monde--9782864245643-p-113.htm>
- Lebrun, F. (1988). Jacques Léonard, Archives du corps. La santé au XIXe siècle. *Annales*, 1169-1171. Persée <http://www.persee.fr>. https://www.persee.fr/doc/ahess_0395-2649_1988_num_43_5_283547_t1_1169_0000_002
- Leclerc-Olive, M. (1997). *Le dire de l'événement : Biographique*. Presses universitaires du Septentrion.
- Lee, Y.-Y., & Lin, J. L. (2011). How much does trust really matter? A study of the longitudinal effects of trust and decision-making preferences on diabetic patient outcomes. *Patient Education and Counseling*, 85(3), 406-412. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.12.005>
- Légaré, F. (2009). Le partage des décisions en santé entre patients et médecins. *Recherches sociographiques*, 50(2), 283-299. <https://doi.org/10.7202/037958ar>
- Lejeune, P. (1980). *Je est un autre : L'autobiographie de la littérature aux médias*. Seuil.
- Lemieux, D. (2009). De couple à parent : Des récits de transition selon l'approche des parcours de vie. *Enfances, Familles, Générations*, 9, 0. <https://doi.org/10.7202/029635ar>
- Lenoir, R. (2004). Espace social et classes sociales chez Pierre Bourdieu. *Sociétés & Représentations*, 17(1), 385. <https://doi.org/10.3917/sr.017.0385>
- Levi, F., Pasche, C., Lucchini, F., & La Vecchia, C. (1999). Occupational and leisure time physical activity and the risk of breast cancer. *European Journal of Cancer*, 35(5), 775-778. [https://doi.org/10.1016/S0959-8049\(99\)00051-9](https://doi.org/10.1016/S0959-8049(99)00051-9)
- Lévy, R. (Non daté). *Regard sociologique sur les parcours de vie*. Université de Lausanne. https://serval.unil.ch/resource/serval:BIB_E8CA88B6F6CB.P001/REF.pdf
- Loiseau, Y. (2003). Du mode d'adresse dans la relation enseignant-apprenant. *Éla. Études de linguistique appliquée*, 132(4), 415-428. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/ela.132.0415>
- Lupton, D. (1995). *The Imperative of Health : Public Health and the Regulated Body*. SAGE Publications Ltd. <https://doi.org/10.4135/9781446221976>
- Lutrat, F. (2016). *Trajectoires de maladie et carrières de pratiquants d'activités physiques. L'exemple des personnes obèses bénéficiaires du dispositif « Sport santé sur ordonnance » (Strasbourg)*. Mémoire de recherche Master STAPS Activités Physiques Adaptées et Santé - Ingénierie et Développement. Université de Strasbourg.
- Lutrat, F. (2021). Retours sur l'expérience de bénéficiaires du dispositif « sport-santé sur ordonnance » de Strasbourg. In W. Gasparini & S. Knobé, *Le sport-santé. De l'action publique aux acteurs sociaux*. Presses Universitaires de Strasbourg.

- Lutrat, F., & Gasparini, W. (2021). Sport sur ordonnance : De la prescription à l'engagement des bénéficiaires atteints d'une maladie chronique: *Santé Publique*, Vol. 33(2), 221-231. <https://doi.org/10.3917/spub.212.0221>
- Lynch, A. I., McGowan, E., & Zalesin, K. C. (2018). "Take Me through the History of Your Weight" : Using Qualitative Interviews to Create Personalized Weight Trajectories to Understand the Development of Obesity in Patients Preparing for Bariatric Surgery. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 18(9), 1644-1654. <https://doi.org/10.1016/j.jand.2017.12.008>
- Lynch, J., & Smith, G. D. (2005). A life course approach to chronic disease epidemiology. *Annual Review of Public Health*, 26(1), 1-35. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.26.021304.144505>
- Lynch, O. H. (2002). Humorous Communication : Finding a Place for Humor in Communication Research. *Communication Theory*, 12(4), 423-445. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2885.2002.tb00277.x>
- Mageau, G. A., & Vallerand, R. J. (2003). The coach-athlete relationship : A motivational model. *Journal of Sports Sciences*, 21(11), 883-904. <https://doi.org/10.1080/0264041031000140374>
- Mahi, L. (2017). Sur la balance, le poids de la peine : Analyse des usages d'un instrument de mesure. In P. Combessie, *Corps en péril, corps miroir. Approches socio-anthropologiques* (p. 115-130). Presses universitaires de Paris Nanterre.
- Malrieu, P. (2013). La notion d'interstructuration du sujet et des institutions. In *Penser la socialisation en psychologie* (p. 187-204). ERES; Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/eres.prete.2013.01.0187>
- Manidi Faes, M.-J., & Dafflon-Arvanitou, I. (2000). *Activité physique et santé : Apports des sciences humaines et sociales : éducation à la santé par l'activité physique*. Masson.
- Manning, W. G., Keeler, E. B., Newhouse, J. P., Sloss, E. M., & Wasserman, J. (1991). *The Costs of Poor Health Habits*. <https://doi.org/10.4159/harvard.9780674422261>
- Marcellini, A., & Fortier, V. (2014). *L'obésité en question : Analyse transdisciplinaire d'une épidémie*. les Études hospitalières.
- Marcellini, A., Lefèvre, N., De Léséleuc, E., & Bui-Xuan, G. (2000). D'une minorité à l'autre...Pratique sportive, visibilité et intégration sociale de groupes stigmatisés. *Loisir et Société / Society and Leisure*, 23(1), 251-272. <https://doi.org/10.1080/07053436.2000.10715612>
- Marcellini, A., Leselec, éric D., & Gleyse, J. (2003). L'intégration sociale par le sport des personnes handicapées: *Revue internationale de psychosociologie*, Vol. IX(20), 59-72. <https://doi.org/10.3917/rips.020.0059>
- Marcellini, A., Perera, É., Rodhain, A., & Férez, S. (2016). Rapport au corps et engagement dans les activités physiques chez les personnes en situation d'obésité. *Santé Publique*, S1(HS), 117. <https://doi.org/10.3917/spub.160.0117>

Marsault, C. (2016). « Sport sur ordonnance », une mise à distance de la médecine : Le dispositif strasbourgeois vu par ses éducateurs. *Santé Publique*, 51(HS), 163. <https://doi.org/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. *Sciences sociales et sport*, 10(1), 21. <https://doi.org/10.3917/rsss.010.0021>

Marsault, C. (2021). Conclusion générale. Le sport-santé, une nouvelle catégorie de l'action publique ? In W. Gasparini & S. Knobé, *Le sport-santé. De l'action publique aux acteurs sociaux* (p. 307-322). Presses Universitaires de Strasbourg.

Martel, L. (2010). La prise en compte des personnes handicapées dans les politiques publiques sportives. In J. Gaillard & B. Andrieu (Éds.), *Vers la fin du handicap ? Pratiques sportives, nouveaux enjeux, nouveaux territoires* (p. 223-260). Presses universitaires de Nancy - Editions Universitaires de Lorraine.

Martelli, S., & Russo, G. (2021). Promouvoir le sport pour la santé en Emilie-Romagne (Italie) : Entre politiques sociales et pratique de bien-être. In W. Gasparini & S. Knobé, *Le sport-santé. De l'action publique aux acteurs sociaux*. Presses Universitaires de Strasbourg.

Martin, C. (2015). Faut-il cibler des populations “ à risques ” ? In *Haut conseil de la santé publique, Santé en France. Problèmes et politiques* (p. 94-95). La Documentation française. <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01781207>

Marwick, T. H., Hordern, M. D., Miller, T., Chyun, D. A., Bertoni, A. G., Blumenthal, R. S., Philippides, G., & Rocchini, A. (2009). Exercise Training for Type 2 Diabetes Mellitus : Impact on Cardiovascular Risk: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation*, 119(25), 3244-3262. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.109.192521>

Massé, R. (2001). La santé publique comme projet social et projet individuel. Systèmes et politiques de santé. *De la Santé Publique À l'Anthropologie*, 41-66.

Massé, R. (2003). *Éthique et santé publique : Enjeux, valeurs et normativité*. Presses de l'Université Laval.

Massé, R. (2007). Les sciences sociales au défi de la santé publique. *Sciences sociales et santé*, 25(1), 5-23. <https://doi.org/10.3406/sosan.2007.1699>

Massé, R. (2008). Le risque en santé publique : Pistes pour un élargissement de la théorie sociale. *Sociologie et sociétés*, 39(1), 13-27. <https://doi.org/10.7202/016930ar>

Massé, R. (2010). Les nouveaux défis pour l'anthropologie de la santé. *Anthropologie et Santé*, 1. <https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.116>

Massé, R., & Saint-Arnaud, J. (2014). *Éthique et santé publique : Enjeux, valeurs et normativité*. <http://site.ebrary.com/id/10861769>

Mauss, M. (2013). *Sociologie et anthropologie*. Presses Universitaires de France; Cairn.info.

Mayer, K. U., & Tuma, N. B. (1990). Life course research and event history analysis : An overview. In *Event history analysis in life course research* (p. 3-20). University of Wisconsin Press.

Mechanic, D. (1959). Illness and Social Disability : Some Problems in Analysis. *The Pacific Sociological Review*, 2(1), 37-41. <https://doi.org/10.2307/1388335>

Meidani, A., & Cavalli, S. (2018). Vivre le vieillir : Autour du concept de déprise. *Gérontologie et société*, 40/155(1), 9. <https://doi.org/10.3917/gsi.155.0009>

Memmi, D. (2004). Administrer une matière sensible. Conduites raisonnables et pédagogie par corps autour de la naissance et de la mort. In D. Memmi & D. Fassin, *Le gouvernement des corps* (p. 269). Editions de l'Ecole des hautes études en sciences sociales.

Mennesson, C. (2004). Être une femme dans un sport « masculin » : Modes de socialisation et construction des dispositions sexuelles. *Sociétés contemporaines*, 55(3), 69. <https://doi.org/10.3917/soco.055.0069>

Mennesson, C. (2011). Socialisation familiale et investissement des filles et des garçons dans les pratiques culturelles et sportives associatives. *Réseaux*, n° 168-169(4), 87-110. <https://doi.org/10.3917/res.168.0087>

Mennesson, C., Bertrand, J., & Court, M. (2016). Forger sa volonté ou s'exprimer : Les usages socialement différenciés des pratiques physiques et sportives enfantines. *Sociologie*, 7(4), 393-412. Cairn.info. <https://www.cairn.info/revue-sociologie-2016-4-page-393.htm>

Mennesson, C., Nicaise, S., Bertrand, J., & Court, M. (2021). Des corps de classe ? Stratégies éducatives familiales et inscription corporelle des inégalités sociales. In *Socialisation familiale des jeunes enfant* (p. 63-74). Érès; Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/eres.dupuy.2021.01.0063>

Ménoret, M. (2015). La prescription d'autonomie en médecine. *Anthropologie et Santé*, 10. <https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.1665>

Mercier, D., Carré, F., Grémy, I., Kern, L., Amado, I., Ankri, J., & Genêt, F. (2021). Activité physique : Quels bénéfices (et risques) pour quel pratiquant ? : *Actualité et dossier en santé publique*, N° 114(2), 26-38. <https://doi.org/10.3917/aedesp.114.0026>

Mercklé, P. (2020). Analyse longitudinale. *Sociologie* [En Ligne]. <http://journals.openedition.org/sociologie/2577>

- Michelini, E. (2021). Le sport-santé en Allemagne : Vers un processus de médicalisation ? In W. Gasparini & S. Knobé, *Le sport-santé. De l'action publique aux acteurs sociaux* (p. 249-268). Presses Universitaires de Strasbourg.
- Mills, E. J., Nacheva, J. B., Bangsberg, D. R., Singh, S., Rachlis, B., Wu, P., Wilson, K., Buchan, I., Gill, C. J., & Cooper, C. (2006). Adherence to HAART: A systematic review of developed and developing nation patient-reported barriers and facilitators. *PLoS Medicine*, 3(11), e438. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0030438>
- Montagne, Y.-F., & Bui-Xuân, G. (2015). La transhumance de l'adolescence, le corps, l'EPS et le sport... *Staps*, n° 108(2), 7. <https://doi.org/10.3917/sta.108.0007>
- Morel, S. (2014). *La médicalisation de l'échec scolaire*. La Dispute.
- Moriau, J. (2017). *Comment naissent les problèmes sociaux?* Conseil Bruxellois de Coordination Sociopolitique: CBCS. www.cbcs.be
- Morin, M. (2002). Naissance et développements de la psychologie de la santé. *Sciences sociales et santé*, 20(4), 129-140. <https://doi.org/10.3406/sosan.2002.1571>
- Moujoud, N. (2008). Effets de la migration sur les femmes et sur les rapports sociaux de sexe. Au-delà des visions binaires. *Les cahiers du CEDREF*, 16, 57-79. <https://doi.org/10.4000/cedref.577>
- Moulin, S., Dupray, A., & D'Amour, R. (2013). Les politiques publiques au coeur des bifurcations individuelles. *Sociologie et sociétés*, 45(1), 203-228. <https://doi.org/10.7202/1016401ar>
- Müller, L. (2006). La pratique sportive en France, reflet du milieu social. *Données sociales - La société française*, INSEE, 657-663.
- Musso, S. (2009). Dossier n° 2 – Regard sur... La santé et l'« immigration ». *Bulletin Amades [En ligne]*, 64. <http://journals.openedition.org/amades/269>
- Myers, A., & Rosen, J. C. (1999). Obesity stigmatization and coping: Relation to mental health symptoms, body image, and self-esteem. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders: Journal of the International Association for the Study of Obesity*, 23(3), 221-230. <https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0800765>
- Najman, J. M., Klein, D., & Munro, C. (1982). Patient characteristics negatively stereotyped by doctors. *Social Science & Medicine*, 16(20), 1781-1789. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(82\)90272-6](https://doi.org/10.1016/0277-9536(82)90272-6)
- Negroni, C. (2005). La reconversion professionnelle volontaire : D'une bifurcation professionnelle à une bifurcation biographique: *Cahiers internationaux de sociologie*, n° 119(2), 311-331. <https://doi.org/10.3917/cis.119.0311>
- Nicaise, S., Mennesson, C., & Bertrand, J. (2020). Les inégalités sociales de santé dès la petite enfance : Le rôle du sport. *Empan*, 118(2), 22-31. [Cairn.info. https://doi.org/10.3917/empan.118.0022](https://doi.org/10.3917/empan.118.0022)

- Nino, G. (2013). Bénéfices psychologiques des activités physiques adaptées dans les maladies chroniques. *Science & Sports*, 28(1), 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.scispo.2012.12.001>
- Noël-Hureaux, H. (2010). Quels savoirs « en jeu » (enjeux) autour de la maladie chronique ? In E. Jouet & F. Luigi, *Usagers-Experts : La Part du Savoir des Malades dans le Système de Santé, Pratiques de formation* (Université de Paris 8, p. 109-121). Université de Paris 8.
- Octobre, S. (2004). *Les loisirs culturels des 6-14 ans*. Ministère de la Culture - DEPS; Cairn.info.
- Octobre, S., & Jauneau, Y. (2008). Tels parents, tels enfants ? : Une approche de la transmission culturelle. *Revue française de sociologie*, 49(4), 695. <https://doi.org/10.3917/rfs.494.0695>
- Oliver, J. E. (2006). The politics of pathology : How obesity became an epidemic disease. *Perspectives in Biology and Medicine*, 49(4), 611-627. <https://doi.org/10.1353/pbm.2006.0062>
- Ollivier-Yaniv, C. (Éd.). (2009). *Communication de l'État et gouvernement du social : Pour une société parfaite ?* Presses Univ. de Grenoble.
- OMS. (2014). *Global status report on noncommunicable diseases* (p. 302). Organisation Mondiale de la Santé.
- Otero, M. (2012). Repenser les problèmes sociaux. Le passage nécessaire des populations « problématiques » aux dimensions « problématisées ». *SociologieS [En Ligne]*. <http://journals.openedition.org/sociologies/4145>
- Païta, M., Rivière, S., Tala, S., & Fagot-Campagna, A. (2016). *Les bénéficiaires du dispositif des affections de longue durée en 2014 et les évolutions depuis 2005* (N° 46; Points de repère, p. 17). Assurance Maladie.
- Panichelli, C. (2008). Le mécanisme de défense de l'humour : Un outil pour le recadrage: *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, n° 39(2), 39-56. <https://doi.org/10.3917/ctf.039.0039>
- Parazelli, M. (2007). L'empowerment : De quel pouvoir s'agit-il ? *Nouvelles pratiques sociales*, 19(2), 1. <https://doi.org/10.7202/016046ar>
- Passeron, J.-C., & Revel, J. (Éds.). (2005). *Penser par cas*. Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales. <https://doi.org/10.4000/books.editionsehess.19901>
- Patenaude, H., & Hamelin-Brabant, L. (2006). L'humour dans la relation infirmière – patient : Une revue de la littérature. *Recherche en soins infirmiers*, 85(2), 36-45. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/rsi.085.0036>
- Paugam, S. (1999). Demazière Didier, Dubar Claude, Analyser les entretiens biographiques. L'exemple des récits d'insertion. *Revue française de sociologie*, 433-436. Persée <http://www.persee.fr>. https://www.persee.fr/doc/rfsoc_0035-2969_1999_num_40_2_5183

- Pellegrin, N. (2014). *Aide à la prescription d'activité physique: Enquête auprès des médecins généralistes de la zone Lens-Hénin* [Thèse de médecine générale, Université de Lille 2]. <http://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/58d7805f-73d6-4caa-a928-759a0853920d>
- Pereira Paulo, L., & Tourette-Turgis, C. (2019). La construction de la maladie chronique et du sujet malade comme objet de recherche dans les sciences humaines et sociales. *Carnets de recherche sur la formation, [en ligne]*. <https://crf.hypotheses.org/451>
- Perera, É., Marcellini, A., Matichescu, M., & Nocca, D. (2019). Contrôler sa silhouette : L'obésité face aux pressions sociales du recours aux techniques (biomédicales) de modification du corps. *Corps, N°7(1)*, 329. <https://doi.org/10.3917/corp1.017.0329>
- Peretti-Watel, P. (2002). Les « conduites à risque » des jeunes : Défi, myopie, ou déni? *Agora débats/jeunesses, 27(1)*, 16-33. <https://doi.org/10.3406/agora.2002.1994>
- Peretti-Watel, P. (2004). Du recours au paradigme épidémiologique pour l'étude des conduites à risque. *Revue française de sociologie, 45(1)*, 103. <https://doi.org/10.3917/rfs.451.0103>
- Peretti-Watel, P. (2010). Morale, stigmatisme et prévention : La prévention des conduites à risque juvéniles. *Agora débats/jeunesses, 56(3)*, 73. <https://doi.org/10.3917/agora.056.0073>
- Peretti-Watel, P., & Moatti, J.-P. (2009). *Le principe de prévention : Le culte de la santé et ses dérives*. Seuil : La République des idées.
- Pérez, C. E. (2002). État de santé et comportements influant sur la santé des immigrants. *Statistique Canada, 13(82-003)*. <https://www150.statcan.gc.ca/>
- Perrenoud, P. (1976). De quelques apports piagétiens à une sociologie de la pratique. *Revue européenne des sciences sociales, 38-39*, 451-470.
- Perrier, C. (2022). Inscrire l'AP dans le code de la santé publique. Analyse d'une construction collective française. In C. Perrin, C. Perrier, & D. Issanchou, *Bouger pour la santé! Analyses sociologiques d'une injonction contemporaine* (p. 115-124). Presses Universitaires de Grenoble.
- Perrier, C., & Perrin, C. (2017). *Le sport-santé, un nouvel espace à conquérir? Analyse des conflits d'acteurs et des reconfigurations du mouvement sportif* [Conference papers]. Sociologie des pouvoirs, pouvoirs de la sociologie, Association Française de Sociologie, Amiens.
- Perrin, C. (2016). Construction du territoire professionnel de l'enseignant en Activité Physique Adaptée dans le monde médical. *Santé Publique, 57(HS)*, 141. <https://doi.org/10.3917/spub.160.0141>
- Perrin, C. (2021). L'intervention en activité physique auprès des patients en affection de longue durée : Entre professionnalité émergente et organisations innovantes. In W. Gasparini & S. Knobé, *Le sport-santé : De l'action publique aux acteurs sociaux*. Presses Universitaires de Strasbourg.

- Perrin, C., Champely, S., Chantelat, P., Sandrin, B., Mollet, E., Tabard, N., & Tschudnowsky, M. (2008). Activité physique adaptée et éducation du patient dans les Réseaux Diabète français. *Santé Publique*, 20(3), 213. <https://doi.org/10.3917/spub.083.0213>
- Perrin, C., Chenu, C., & Boiche, J. (2020). L'activité physique pour les malades chroniques : Entre politiques publiques, organisations innovantes et pratiques professionnelles émergentes. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire, HS*, 13-17. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-03249729>
- Perrin, C., Ferron, C., Gueguen, R., & Deschamps, J.-P. (2002). Lifestyle patterns concerning sports and physical activity, and perceptions of health. *Sozial und Präventivmedizin*, 47(3), 162-171. <https://doi.org/10.1007/s00038-002-8204-0>
- Perrin, C., & Fodimbi, M. (2010). Activité physique adaptée et éducation du patient. *Santé Décision Management*, 12(1-4), 53-61. <https://doi.org/10.3166/sdm.13.53-61>
- Persicot, C. (2012). Armées et sport de haut niveau. *Inflexions*, N° 19(1), 117. <https://doi.org/10.3917/infle.019.0117>
- Persson, G., Brorsson, A., Ekvall Hansson, E., Troein, M., & Strandberg, E. L. (2013). Physical activity on prescription (PAP) from the general practitioner's perspective—A qualitative study. *BMC Family Practice*, 14, 128. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-14-128>
- Peuch, J. (2017). *L'obèse invisible dans la construction des politiques publiques au niveau de l'OMS - Working Paper*. Cellule de recherche interdisciplinaire en droits de l'homme.
- Pfister, G. (2000). Doing Sport in a Headscarf? German Sport and Turkish Females. *Journal of Sport History*, 27(3), 497-524. JSTOR. www.jstor.org/stable/43609781
- Pierre, J., & Barth, I. (2010). Un esprit sain dans un corps sain : Promouvoir le sport au travail. *Gestion*, 35(3), 86. <https://doi.org/10.3917/riges.353.0086>
- Pierron, J.-P. (2007). Une nouvelle figure du patient ? Les transformations contemporaines de la relation de soins. *Sciences sociales et santé*, 25(2), 43. <https://doi.org/10.3917/sss.252.0043>
- Pinell, P. (1992). *Naissance d'un fléau : Histoire de la lutte contre le cancer en France, 1890-1940*. Métailié.
- Pociello, C. (1982). Le rugby ou la guerre des styles. *Esprit*, 62 (2), 11-18. JSTOR. www.jstor.org/stable/45106073
- Pomey, M.-P., Flora, L., Karazivan, P., Dumez, V., Lebel, P., Vanier, M.-C., Débarges, B., Clavel, N., & Jouet, E. (2015). Le « Montreal model » : Enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé. *Santé Publique*, S1(HS), 41-50. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/spub.150.0041>

Popkin, B. M. (2009). *The world is fat : The fads, trends, policies, and products that are fattening the human race*. Avery.

Postic, M. (2001a). Chapitre premier. L'acte éducatif et la société. In *La relation éducative: Vol. 9e éd.* (p. 17-43). Presses Universitaires de France; Cairn.info. <https://www.cairn.info/la-relation-educative--9782130523352-p-17.htm>

Postic, M. (2001b). Chapitre premier. Les déterminants de la relation. In *La relation éducative: Vol. 9e éd.* (p. 99-136). Presses Universitaires de France; Cairn.info. <https://www.cairn.info/la-relation-educative--9782130523352-p-99.htm>

Postic, M. (2001c). Chapitre II. Les conditions sociologiques du fonctionnement de la relation éducative. In *La relation éducative: Vol. 9e éd.* (p. 44-74). Presses Universitaires de France; Cairn.info. <https://www.cairn.info/la-relation-educative--9782130523352-p-44.htm>

Poulain, J.-P. (2004). Sociologie de l'obésité : Facteurs sociaux et construction sociale de l'obésité. In A. Basdevant & B. Guy-Grand, *Médecine de l'obésité* (Flammarion, p. 17-25.). Flammarion.

Poulain, J.-P. (2009). Éléments pour une histoire de la médicalisation de l'obésité. *Obésité*, 4(1), 7-16. <https://doi.org/10.1007/s11690-009-0178-0>

Pourtau, L., Dumas, A., & Amiel, P. (2011). Les individus face à l'événement « cancer » : De la crise aiguë à la crise à répétitions d'une maladie devenue chronique dans le cadre du travail et de la famille. *Temporalités*, 13. <https://doi.org/10.4000/temporalites.1531>

Pronovost, G. (2014). Sociologie du loisir, sociologie du temps. *Temporalités*, 20. <https://doi.org/10.4000/temporalites.2863>

Puijalon, B., & Trincaz, J. (2014). L'injonction normative au « bien vieillir ». In V. Caradec, I. Mallon, & C. Hummel (Éds.), *Vieillesse et vieillissements* (p. 61-72). Presses universitaires de Rennes. <https://doi.org/10.4000/books.pur.68402>

Quidu, M. (2017). Les activités sportives « hybrides » comme réponse à l'accélération des rythmes de vie : Le cas de la pratique du Mixed Martial Arts à l'École Normale Supérieure de Lyon. *Temporalités*, 25. <https://doi.org/10.4000/temporalites.3665>

Quidu, M. (2018). Le CrossFit, le Mixed Martial Arts et le néolibéralisme. *Esprit*, Avril(4), 131. <https://doi.org/10.3917/espri.1804.0131>

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* [Thèse de doctorat en Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS)]. Université de Toulouse III - Paul Sabatier.

Radel, A. (2020). Inculquer la santé ? *Mondes Sociaux*. <https://sms.hypotheses.org/278>

- Radu, M. (2014). *Étude de 65 patients inclus dans l'expérimentation strasbourgeoise « Sport – Santé sur ordonnance »*. Analyse des freins potentiels à la pratique de l'activité physique [Thèse de médecine générale]. Université de Strasbourg.
- Rail, G. (2016). La violence de l'impératif du bien-être. Bio-Autres, missions de sauvetage et justice sociale. *Staps*, 112(2), 17-31. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/sta.112.0017>
- Rauner, A., Jekauc, D., Mess, F., Schmidt, S., & Woll, A. (2015). Tracking physical activity in different settings from late childhood to early adulthood in Germany: The MoMo longitudinal study. *BMC Public Health*, 15(1), 391. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1731-4>
- Ravet, H. (2007). Devenir clarinettiste : Carrières féminines en milieu masculin. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 168(3), 50. <https://doi.org/10.3917/arss.168.0050>
- Raz, I., Hauser, E., & Bursztyrn, M. (1994). Moderate exercise improves glucose metabolism in uncontrolled elderly patients with non-insulin-dependent diabetes mellitus. *Israel Journal of Medical Sciences*, 30(10), 766-770.
- Reach, G. (2009). Une critique du concept de patient-éducateur. *Médecine des Maladies Métaboliques*, 3(1), 89-94. [https://doi.org/10.1016/S1957-2557\(09\)70114-2](https://doi.org/10.1016/S1957-2557(09)70114-2)
- Régnier, F. (2006). Obésité, corpulence et souci de minceur : Inégalités sociales en France et aux États-Unis. *Cahiers de Nutrition et de Diététique*, 41(2), 97-103. [https://doi.org/10.1016/S0007-9960\(06\)70613-7](https://doi.org/10.1016/S0007-9960(06)70613-7)
- Régnier, F., & Masullo, A. (2009). Obésité, goûts et consommation : Intégration des normes d'alimentation et appartenance sociale. *Revue française de sociologie*, 50(4), 747. <https://doi.org/10.3917/rfs.504.0747>
- Revillard, A. (2017). La réception des politiques du handicap : Une approche par entretiens biographiques. *Revue française de sociologie*, 58(1), 71-95. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/rfs.581.0071>
- Reynaud, J.-D. (2003). Réflexion II. La négociation, l'accord, le dispositif: In *La théorie de la régulation sociale de Jean-Daniel Reynaud* (p. 179-190). La Découverte. <https://doi.org/10.3917/dec.terss.2003.01.0179>
- Rinaudo, J.-L. (2012). Approche subjective du non-usage : Un négatif nécessaire. *Recherches & éducatives*, 6, 89-103. <https://doi.org/10.4000/rechercheseducations.1055>
- Rintala, P., Kettunen, H., & McCubbin, J. A. (1996). Effects of a water exercise program for individuals with rheumatoid arthritis. *Sports Medicine, Training and Rehabilitation*, 7(1), 31-38. <https://doi.org/10.1080/15438629609512068>
- Rivière, D. (2017). Le concept de prescription de l'activité physique. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 201(4), 869-878. [https://doi.org/10.1016/S0001-4079\(19\)30468-6](https://doi.org/10.1016/S0001-4079(19)30468-6)

Robin, A. (2007). *Les filles de banlieue populaire : Footballeuses et garçons de cité, mauvais genre ou nouveau genre ?* l'Harmattan.

Rochat, S., & Bodoira, X. (2016). Concilier loisirs et carrière : Modèle et outils pour intervenir auprès des jeunes artistes et sportif.ve.s. *L'Orientation scolaire et professionnelle*, 45/4. <https://doi.org/10.4000/osp.5279>

Rödger, L., H. Jonsdottir, I., & Börjesson, M. (2016). Physical activity on prescription (PAP) : Self-reported physical activity and quality of life in a Swedish primary care population, 2-year follow-up. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 34(4), 443-452. <https://doi.org/10.1080/02813432.2016.1253820>

Roncin, C., & Feillet, R. (2006). *Souci du corps, sport et vieillissement. Entre bien-être et prises de risque : Comprendre et construire les pratiques*. Érès; Cairn.info. <https://www.cairn.info/souci-du-corps-sport-et-vieillissement--9782749205496.htm>

Rosa, H. (2014). *Aliénation et accélération : Vers une théorie critique de la modernité tardive*. la Découverte.

Rosenkoetter, M. M., & Ga, J. M. (2001). Retirement planning, use of time, and psychosocial adjustment. *Issues in Mental Health Nursing*, 22(7), 703-722. <https://doi.org/10.1080/01612840120432>

Rouleau, R. (1997). L'insécurité urbaine : Un mal qui paralyse les femmes. *Téoros [En ligne]*, 16(3). <http://journals.openedition.org/teoros/576>

Roy, B., De Koninck, M., Clément, M., & Couto, É. (2012). Inégalités de santé et parcours de vie : Réflexions sur quelques déterminants sociaux de l'expérience d'hommes considérés comme vulnérables. *Service social*, 58(1), 32-54. <https://doi.org/10.7202/1010438ar>

Safran, D. G., Kosinski, M., Tarlov, A. R., Rogers, W. H., Taira, D. A., Lieberman, N., & Ware, J. E. (1998). The Primary Care Assessment Survey: Tests of Data Quality and Measurement Performance. *Medical Care*, 36(5), 728-739. <https://doi.org/10.1097/00005650-199805000-00012>

Saguy, A. C., & Riley, K. W. (2005). Weighing both sides : Morality, mortality, and framing contests over obesity. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 30(5), 869-921. <https://doi.org/10.1215/03616878-30-5-869>

Sarradon-Eck, A. (2019). Le patient contemporain. *Cancer(s) et psy(s)*, 4(1), 51-60. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/crpsy.004.0051>

Sayad, A. (1999). *La double absence : Des illusions de l'émigré aux souffrances de l'immigré*. Editions du Seuil.

Sayagh, D. (2021). Socialisations cyclistes variées d'adolescentes de Quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV) « très sociaux ». *Sociétés et jeunesse en difficulté [En ligne]*, 26. <http://journals.openedition.org/sejed/11044>

- Sbeih, S. (2017). Les biographies en sociologie. *Temporalités [En ligne]*, 25. <http://journals.openedition.org/temporalites/3748>
- Schapiro, N., & Ribard, D. (2013). *On ne peut pas tout réduire à des stratégies*. Presses Universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.schap.2013.01>
- Schnapper, D. (2005). Idéal et limites de la mixité sociale : Les arguments du débat public. *Informations sociales*, n° 125(5), 6. <https://doi.org/10.3917/inso.125.0006>
- Semble, E. L., Loeser, R. F., & Wise, C. M. (1990). Therapeutic exercise for rheumatoid arthritis and osteoarthritis. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 20(1), 32-40. [https://doi.org/10.1016/0049-0172\(90\)90092-T](https://doi.org/10.1016/0049-0172(90)90092-T)
- Senghor, A. S. (2017). *La participation du patient insuffisant rénal chronique aux processus de décisions thérapeutiques* [Thèse de doctorat en Sociologie, Université Toulouse le Mirail]. <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01948523/document>
- Shang, B., Duan, Y., Huang, W. Y., & Brehm, W. (2018). Fluctuation – a common but neglected pattern of physical activity behaviour : An exploratory review of studies in recent 20 years. *European Journal of Sport Science*, 18(2), 266-278. <https://doi.org/10.1080/17461391.2017.1417486>
- Simmel, G., Deroche-Gurcel, L., & Muller, S. (2013). *Sociologie : Étude sur les formes de la socialisation* (Nouvelle éd.). Presses Universitaires de France.
- Simonsick, E. M., Lafferty, M. E., Phillips, C. L., Mendes de Leon, C. F., Kasl, S. V., Seeman, T. E., Fillenbaum, G., Hebert, P., & Lemke, J. H. (1993). Risk due to inactivity in physically capable older adults. *American Journal of Public Health*, 83(10), 1443-1450. <https://doi.org/10.2105/AJPH.83.10.1443>
- Slingerland, A. S., van Lenthe, F. J., Jukema, J. W., Kamphuis, C. B. M., Looman, C., Giskes, K., Huisman, M., Narayan, K. M. V., Mackenbach, J. P., & Brug, J. (2007). Aging, Retirement, and Changes in Physical Activity: Prospective Cohort Findings from the GLOBE Study. *American Journal of Epidemiology*, 165(12), 1356-1363. <https://doi.org/10.1093/aje/kwm053>
- Stanley, M., Richard, A., & Williams, S. (2017). Older peoples' perspectives on time spent alone. *Australian Occupational Therapy Journal*, 64(3), 235-242. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12353>
- Strath, S. J., Kaminsky, L. A., Ainsworth, B. E., Ekelund, U., Freedson, P. S., Gary, R. A., Richardson, C. R., Smith, D. T., & Swartz, A. M. (2013). Guide to the Assessment of Physical Activity : Clinical and Research Applications: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation*, 128(20), 2259-2279. <https://doi.org/10.1161/01.cir.0000435708.67487.da>
- Strauss, A. L. (1976). Chronic illness and the quality of life. *AJN, American Journal of Nursing*, 76(1), 82. <https://doi.org/10.1097/00000446-197601000-00051>
- Strauss, A. L., Fagerhaugh, S., Suczek, B., & Wiener, C. (1982). The work of hospitalized patients. *Social Science & Medicine*, 16(9), 977-986. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(82\)90366-5](https://doi.org/10.1016/0277-9536(82)90366-5)

Swiss Federal Office of Sports. (2001). Economic benefits of the health-enhancing effects of physical activity : First estimates for Switzerland : Scientific position statement. *Schweizerische Zeitschrift für Sportmedizin und Sporttraumatologie*, 49(3), 131-133.

Talleu, C. (2011). *L'accès des filles et des femmes aux pratiques sportives* (Manuel de bonnes pratiques n°2). Conseil de l'Europe, Accord partiel élargi sur le sport (APES). <https://www.coe.int/en/web/sport/epas>

Tavani, A., Braga, C., Vecchia, C. L., Conti, E., Filiberti, R., Montella, M., Amadori, D., Russo, A., & Franceschi, S. (1999). Physical activity and risk of cancers of the colon and rectum : An Italian case-control study. *British Journal of Cancer*, 79(11-12), 1912-1916. <https://doi.org/10.1038/sj.bjc.6690304>

Telama, R. (2009). Tracking of Physical Activity from Childhood to Adulthood : A Review. *Obesity Facts*, 2(3), 187-195. <https://doi.org/10.1159/000222244>

Terret, T. (2013). *Les résistances du modèle gymnique: Vol. 4e éd.* (p. 25-34). Presses Universitaires de France; Cairn.info. <https://www.cairn.info/histoire-du-sport--9782130620792-p-25.htm>

Terret, T., & Perrin, C. (2007).) Activité physique des personnes atteintes d'un diabète en France : Du rejet de la pratique à sa promotion par les associations de patients. *Stadion (Cologne, Germany)*, XXXII, 185-206.

Tessier, S., Andreys, J.-B., & Ribeiro, M.-A. (2004). *Santé publique, santé communautaire* (2ème Edition). Maloine.

Thompson, P. (1980). Des récits de vie à l'analyse du changement social. *Cahiers Internationaux de Sociologie*, 69, 249-268. JSTOR. www.jstor.org/stable/40689914

Tinsley, H. E. A., & Tinsley, D. J. (2004). Leisure and Work, Relationship between. In *Encyclopedia of Applied Psychology* (p. 555-565). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B0-12-657410-3/00674-7>

Tlili, F. (2002). Statut féminin, modèle corporel et pratique sportive en Tunisie. *Staps*, 57(1), 53. <https://doi.org/10.3917/sta.057.0053>

Tourette-Turgis, C. (2013). L'effet Framingham en éducation thérapeutique : De l'enquête épidémiologique à l'enquête sur soi: Commentaire. *Sciences sociales et santé*, 31(2), 31. <https://doi.org/10.3917/sss.312.0031>

Tourette-Turgis, C., & Pereira-Paulo, L. (2018). Être Malade Chronique : Exercer un Métier au Service du Maintien de Soi en Vie et Transformer son Expérience en Expertise. *Sisyphus - Journal of Education*, Vol 6, 25-44 Pages. <https://doi.org/10.25749/SIS.14254>

Toussaint, J.-F. (2008). *Retrouver sa liberté de mouvement—PNAPS : plan national de prévention par l'activité physique et sportive* (Rapport Préparatoire de la Commission Prévention, Sport et Santé; p. 295). Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative.

- Towle, A., Farrell, C., Gaines, M. E., Godolphin, W., John, G., Kline, C., Lown, B., Morris, P., Symons, J., & Thistlethwaite, J. (2016). The patient's voice in health and social care professional education: The Vancouver Statement. *International Journal of Health Governance*, 21(1), 18-25. <https://doi.org/10.1108/IJHG-01-2016-0003>
- Tulle, E. (2018). Une nouvelle forme de vie ? Reconstruire le corps vieillissant par l'activité physique. *Gérontologie et société*, 40(2), 95. <https://doi.org/10.3917/gsi.156.0095>
- Tulloch, H., Fortier, M., & Hogg, W. (2006). Physical activity counseling in primary care : Who has and who should be counseling? *Patient Education and Counseling*, 64(1-3), 6-20. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2005.10.010>
- Underhill, J., Dostaler, S. M., Brison, R. J., & Pickett, W. (2007). Les blessures associées au rugby à Kingston, au Canada : Une étude de dix ans. *Maladies chroniques au Canada*, 27(4). https://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/hpcdp-pspmc/27-4/pdf/cdic274-4_f.pdf
- Vallet, P. (2019). Malaise dans le quartier. De quoi le sentiment d'insécurité est-il le symptôme?? *Espaces et sociétés*, n°176-177(1), 117. <https://doi.org/10.3917/esp.176.0117>
- Vidal-Naquet, P. A. (2009). *Faire avec le cancer dans le monde du travail*. L'Harmattan.
- Vieille-Marchiset, G. (2019). *La conversion des corps : Bouger pour être sain*. L'Harmattan.
- Vieille-Marchiset, G., & Marcotte, P. (2013). Leisure : Commitment and disengagement. An analysis of the process and temporalities/Loisir : Engagement et désengagement. Analyse des processus et des temporalités. *Loisir et société / Leisure and society*, 2(36).
- Vuillemin, A. (2012). Bénéfices de l'activité physique sur la santé des personnes âgées. *Science & Sports*, 27(4), 249-253. <https://doi.org/10.1016/j.scispo.2012.07.006>
- Wacheux, F. (1996). *Méthodes qualitatives et recherche en gestion*. Economica.
- Wacquant, L. (2002). *Corps et âme : Carnets ethnographiques d'un apprenti boxeur*. Agone.
- Walseth, K., & Fasting, K. (2004). Sport as a Means of Integrating Minority Women. *Sport in Society*, 7(1), 109-129. <https://doi.org/10.1080/1461098042000220218>
- Wanner, M., Lohse, T., Braun, J., Cabaset, S., Bopp, M., Krause, N., Rohrmann, S., & for the Swiss National Cohort Study. (2019). Occupational physical activity and all-cause and cardiovascular disease mortality: Results from two longitudinal studies in Switzerland. *American Journal of Industrial Medicine*, 62(7), 559-567. <https://doi.org/10.1002/ajim.22975>
- Warin, P. (2008). Le non-recours par désintérêt : La possibilité d'un « vivre hors droits ». *Vie sociale*, 1(1), 9. <https://doi.org/10.3917/vsoc.081.0009>

- Weber, A., Herzog, F., Lecocq, J., Feltz, A., & Pradignac, A. (2014). P057: « Sport-Santé sur ordonnance ». Évaluation du dispositif strasbourgeois. *Nutrition Clinique et Métabolisme*, 28, S97-S98. [https://doi.org/10.1016/S0985-0562\(14\)70700-9](https://doi.org/10.1016/S0985-0562(14)70700-9)
- Weissland, T., Passavant, É., Allal, A., Amiard, V., Antczak, B., & Manzo, J. (2016). Fédérer les ressources régionales du sport-santé : Le réseau *Picardie en Forme*. *Santé Publique*, S1(HS), 169. <https://doi.org/10.3917/spub.160.0169>
- Williamson, D. F., Madans, J., Anda, R. F., Kleinman, J. C., Giovino, G. A., & Byers, T. (1991). Smoking Cessation and Severity of Weight Gain in a National Cohort. *New England Journal of Medicine*, 324(11), 739-745. <https://doi.org/10.1056/NEJM199103143241106>
- Wing, R. R., Epstein, L. H., Paternostro-Bayles, M., Kriska, A., Nowalk, M. P., & Gooding, W. (1988). Exercise in a behavioural weight control programme for obese patients with Type 2 (non-insulin-dependent) diabetes. *Diabetologia*, 31(12). <https://doi.org/10.1007/BF00265375>
- Wittmann, A.-F. (2003). Vieillir dans une cite : Un double stigmaté. *Sociétés contemporaines*, 51(3), 107-128. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/soco.051.0107>
- Wuhl, S. (2008). La “discrimination positive” à la française. Les contradictions des politiques publiques. *Informations sociales*, 148(4), 84-93. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/inso.148.0084>
- Yahiaoui, B. (2013). L'éducation physique et sportive scolaire en Algérie. *Insaniyat [En ligne]*, 60-61, 195-222. <https://doi.org/10.4000/insaniyat.14193>
- Zauberman, R., Robert, P., Névanen, S., & Bon, D. (2013). Victimation et insécurité en Île-de-France : Une analyse géosociale. *Revue française de sociologie*, 54(1), 111. <https://doi.org/10.3917/rfs.541.0111>
- Ziegler, O. (2014). Éducation thérapeutique et parcours de soins de la personne obèse. Synthèse et propositions. *Obésité*, 9(3), 225-233. <https://doi.org/10.1007/s11690-014-0458-1>

Annexes

<i>Annexe 1 Accord de confidentialité et de non-divulgence</i>	<i>328</i>
<i>Annexe 2 Extrait du rapport d'activité 2017 SSO, Ville de Strasbourg</i>	<i>329</i>
<i>Annexe 3 Extrait du rapport d'activité 2020 SSO, Ville de Strasbourg</i>	<i>364</i>
<i>Annexe 4 Programme des 3èmes Assises du Sport santé sur ordonnance à Strasbourg</i>	<i>391</i>
<i>Annexe 5 Extrait de l'appel à projet Nutrition 2016-2017 du contrat local de santé.....</i>	<i>395</i>
<i>Annexe 6 Extrait de l'appel à projet 2021-2022 volet activité physique de la maison sport-santé de Strasbourg</i>	<i>398</i>

Annexe 1 Accord de confidentialité et de non-divulagation

Accord de confidentialité et de non-divulagation

ENTRE LES SOUSSIGNES

Domicilié et résidant au _____

ci-après désignée « _____ ».

ET

Domicilié et résidant au _____

ci-après désignée « _____ ».

IL EST PREALABLEMENT RAPPELE CE QUI SUIT:

Ce présent accord est établi dans le cadre d'un travail de retranscription d'entretiens réalisés dans le cadre de la thèse intitulée « S'engager dans un mode de vie actif lorsqu'on est en surpoids : parcours de vie et inégalités sociales. L'exemple du dispositif « Sport-santé sur ordonnance » à Strasbourg » de Mme LUTRAT Floriane, débutée en 2016 et menée dans l'équipe de recherche Sport et Sciences sociales (EA1342, E3S) à l'Université de Strasbourg.

IL EST CONVENU PAR LE PRESENT CONTRAT:

ARTICLE 1 - INFORMATIONS CONFIDENTIELLES

Le terme « Informations Confidentielles » désigne l'ensemble des informations et éléments divulgués par l'une des Parties, la « Partie Emettrice » à l'autre Partie la « Partie Destinataire », avant ou après la signature du présent accord (ci-après « l'Accord »), par écrit ou par oral, sous forme graphique, électronique ou sous toute autre forme, et qui sont indiqués, décrits ou identifiés par écrit comme étant confidentiels ou remis dans des circonstances indiquant qu'ils sont confidentiels ou qu'ils sont la propriété de la Partie Emettrice.

Les Informations Confidentielles comprennent, notamment les fichiers audios des entretiens, les retranscriptions et tout autre document lié à la thèse.

ARTICLE 2 - NON-DIVULGATION ET LIMITES RELATIVES À L'UTILISATION DES INFORMATIONS CONFIDENTIELLES

La Partie Destinataire conservera toutes les Informations Confidentielles de manière strictement confidentielle et s'interdit de divulguer toute Information Confidentielle à un tiers.

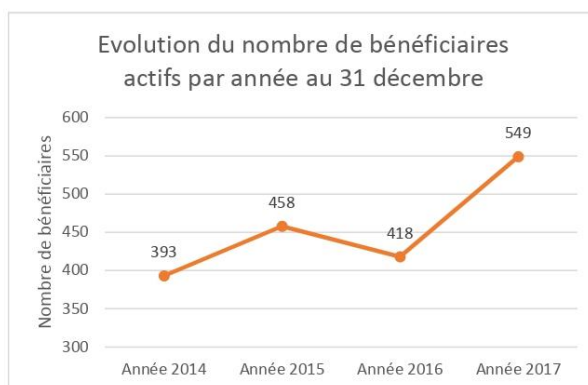
La Partie Destinataire s'interdit d'utiliser toute Information Confidentielle à son propre bénéfice, au bénéfice de tout tiers ou pour tout objet autre que dans le cadre de l'Objet. La Partie Destinataire prendra les mêmes précautions que celles qu'elle utilise pour protéger toute information lui appartenant et ses propres informations confidentielles qui sont de nature et d'importance similaires (mais en aucun cas, des précautions moins protectrices) pour assurer la confidentialité et éviter une utilisation, une divulgation, une publication ou une diffusion non autorisée des Informations Confidentielles.

La Partie Destinataire ne fera aucune copie des Informations Confidentielles sauf si cela est raisonnablement nécessaire au titre de l'exécution de l'Objet ou en cas d'approbation écrite préalable de la Partie Emettrice.

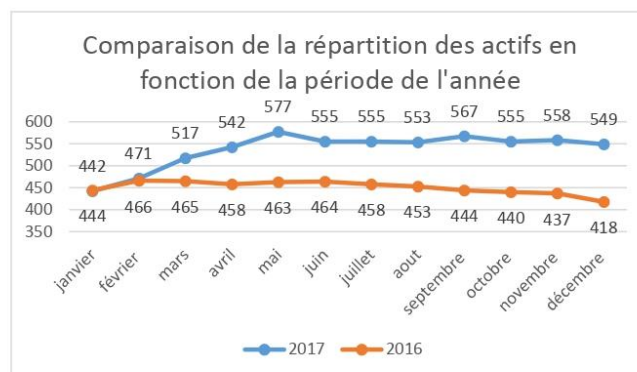
La file active du dispositif

File active = à un moment T, le nombre d'inclusions – le nombre de sorties

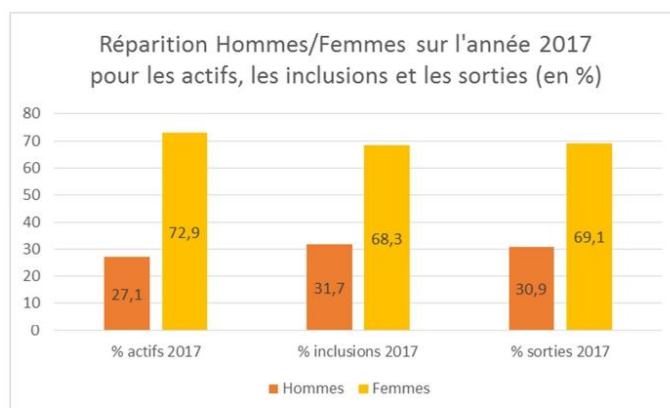
- ✓ Au 31 décembre 2017, **549** bénéficiaires étaient actifs. Cette file active rend compte d'un instant T et évolue constamment en fonction des inclusions et des sorties du dispositif. On constate toutefois, une évolution importante du nombre de bénéficiaires actifs entre l'année 2016 et l'année 2017. L'augmentation des moyens humains et financiers, ainsi que l'extension du dispositif aux personnes fragiles de plus de 60 ans dans l'année 2017 explique pour une grande partie cet accroissement.



- ✓ Le nombre de bénéficiaires actifs ne varie que très peu au cours d'une année. Pour l'année 2017, l'augmentation assez nette des premiers mois s'explique par l'augmentation du nombre d'inclusions, conséquence du remplacement de l'éducateur suite à la vacance de poste fin 2016 ainsi qu'au recrutement de deux éducateurs supplémentaires dans le cadre de l'extension du dispositif à de nouveaux critères d'inclusion.

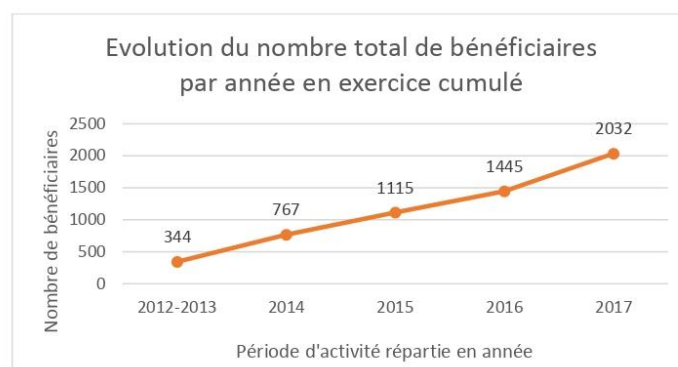


- ✓ La part des femmes incluses dans le dispositif en 2017 représente un peu plus de **2.2 fois** la part des hommes. La répartition hommes/ femmes est finalement globalement similaire, que ce soit pour les actifs, les inclusions ou les sorties.

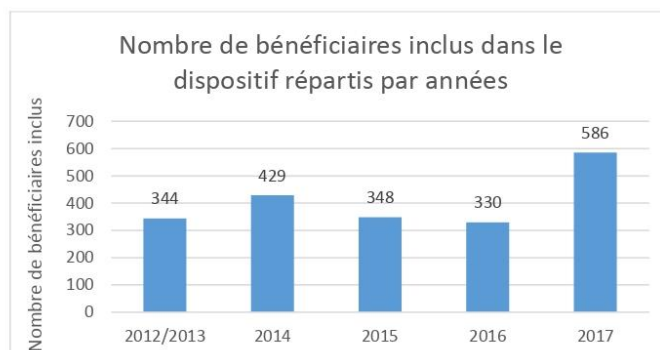


Les inclusions

- ✓ Depuis sa mise en œuvre fin 2012 et jusqu'au 31 décembre 2017, **2032** personnes ont été incluses dans le dispositif.



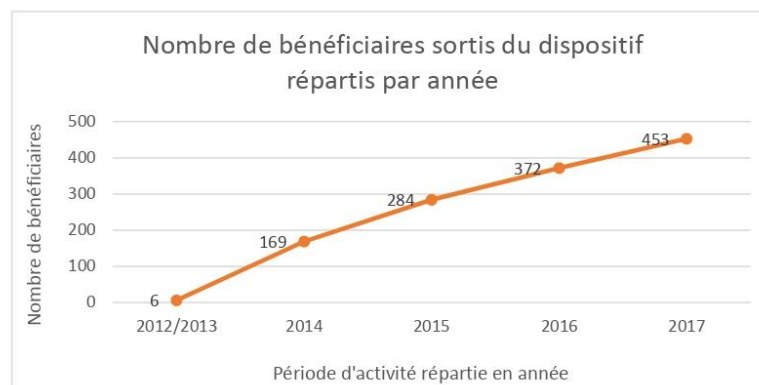
- ✓ Le nombre d'inclusions de bénéficiaires par année permet une comparaison de la fréquentation du dispositif par année. **586 personnes** ont ainsi été incluses dans le dispositif en 2017. On note donc **une forte hausse** par rapport à l'année 2016.



- ✓ La variation du nombre d'inclusions par année est un bon indicateur quant à l'évolution du dispositif. L'arrivée de deux nouveaux éducateurs en janvier 2017 pour étoffer l'équipe municipale a permis d'intégrer un nombre plus conséquent de bénéficiaires (**+ 256** personnes par rapport à l'année 2016).

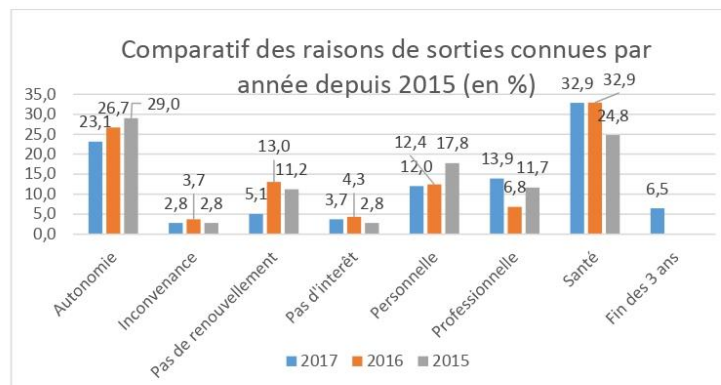
Les sorties

- ✓ **453 bénéficiaires** sont sortis du dispositif en 2017. Cette augmentation constante du nombre de sorties est à mettre en corrélation avec la hausse du nombre de bénéficiaires inclus. Le nombre de sorties au regard du nombre d'inclusions permet de créer une bonne dynamique favorable à l'accueil continu de nouveaux bénéficiaires.

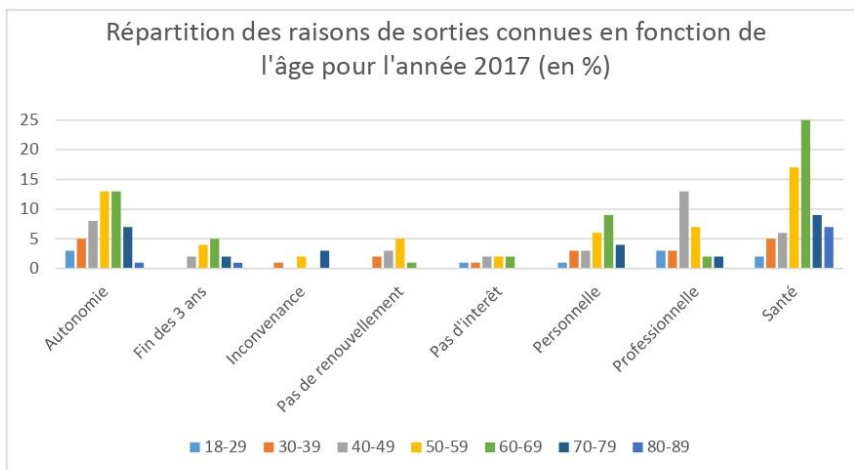


Les raisons de sorties :

- ✓ Sur les **453 sorties** du dispositif en 2017, **217 personnes** en ont indiqué la raison aux éducateurs sportifs, soit près de **48%**.



- ✓ Les personnes sorties du dispositif durant l'année 2017 pour des raisons **professionnelles**, sont majoritairement de la classe d'âge **40-59 ans**, celles sorties pour des raisons de **santé** ont essentiellement **entre 50 et 69 ans**.



Une prise en charge triennale :

Mis en place en 2012, le dispositif sport-santé sur ordonnance s'est structuré progressivement permettant aux bénéficiaires depuis l'automne 2014, de pouvoir disposer officiellement d'un suivi pendant 3 ans.

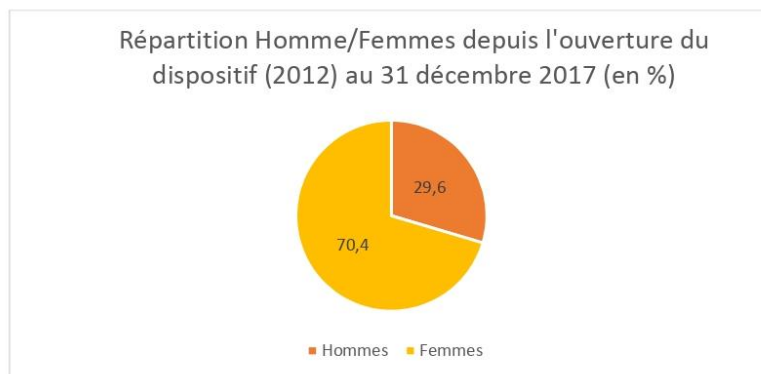
Spécificité de Strasbourg, cette prise en charge triennale voit depuis l'année 2017 ses premiers résultats avec des bénéficiaires qui sortent du dispositif après avoir réalisé l'ensemble du parcours.



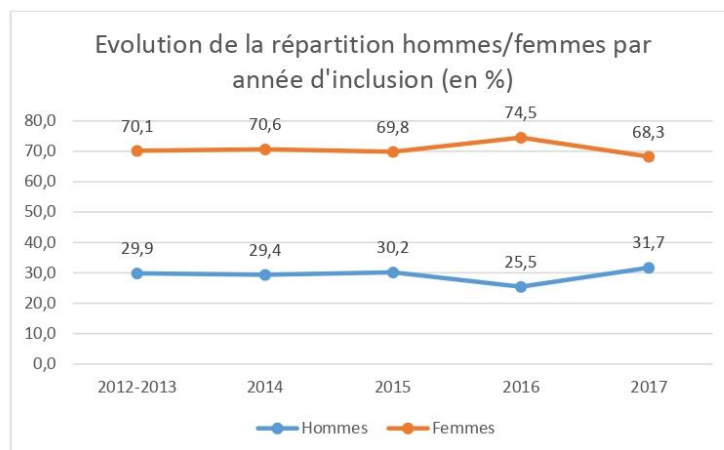
Salles

La répartition hommes / femmes

- ✓ Les femmes sont beaucoup plus nombreuses à entrer dans le dispositif (valeur basée sur le nombre d'inclusions). Elles représentent **70.4%** de la population totale du dispositif Sport-Santé sur Ordonnance sur l'ensemble des inclusions de 2012 à fin 2017.



- ✓ L'année 2017 marque une légère remontée de la population masculine passant d'une moyenne de **25.5%** en 2016 à **31.7%** en 2017.

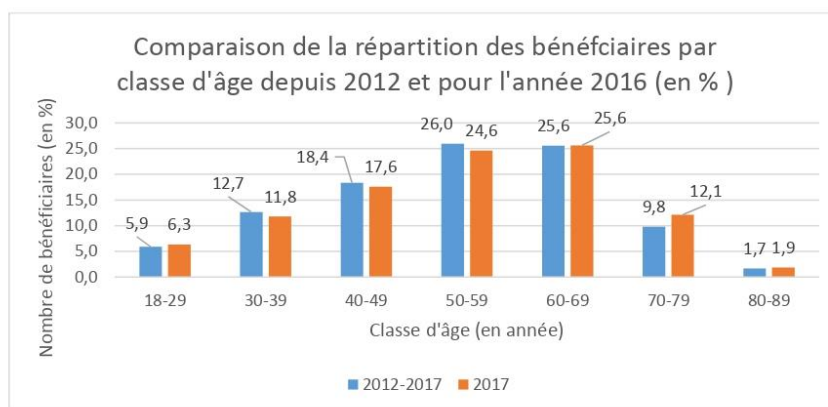


L'âge des bénéficiaires

- ✓ L'âge moyen pour l'année 2017 est relativement stable en comparaison à l'ensemble des personnes incluses depuis 2012 :

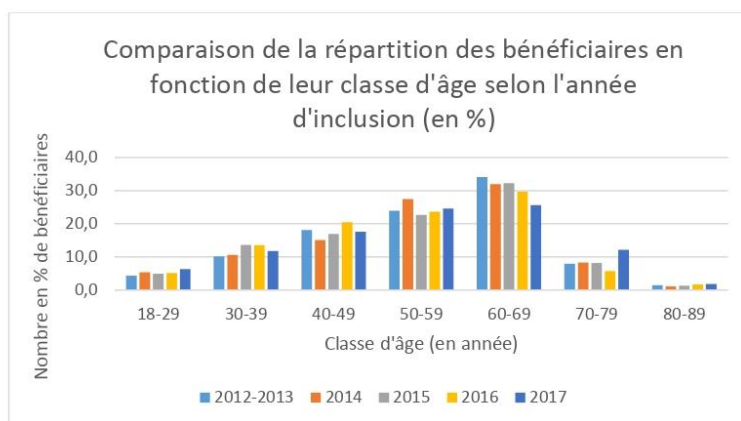
Age moyen global depuis 2012	53.76 ans
Age moyen 2017	53.62 ans
Age minimum 2017	19 ans
Age maximum 2017	88 ans

- ✓ En 2017, les personnes âgées de plus de 60 ans sont les plus nombreuses à intégrer le dispositif. Elles représentent **39.6 %** de la population.

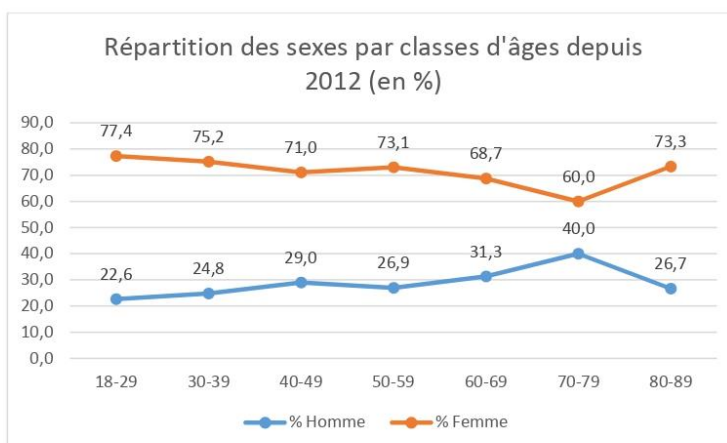


Séance d'aquagym du dispositif (bains municipaux)

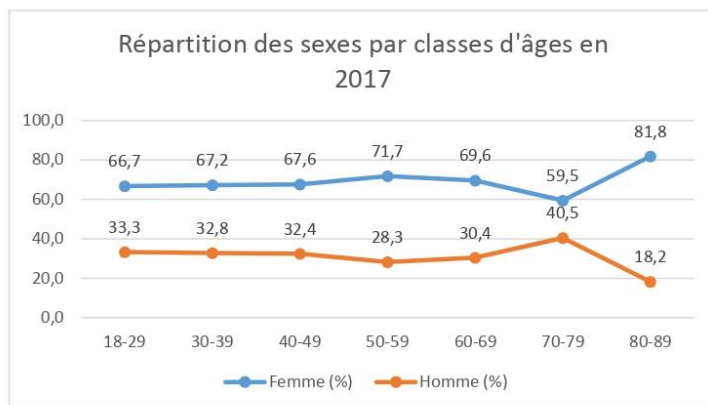
- ✓ L'année 2017 marque une **hausse** de la part des bénéficiaires ayant entre **70 et 79 ans**. Cette augmentation pourrait être le fruit de **l'ouverture du dispositif** aux personnes fragiles de plus de 60 ans. A partir de 60 ans, l'extension du dispositif semble ainsi surtout **favorable à la classe d'âge 70-79 ans**.



- ✓ Nous pouvons constater que jusqu'à la classe d'âge 70-79, plus l'âge progresse, plus la répartition Hommes / Femmes tend à s'équilibrer. A partir de 80 ans, on observe le phénomène inverse et les femmes redeviennent proportionnellement nettement plus présentes. Ceci pouvant être corrélé à l'espérance de vie plus longue des femmes.

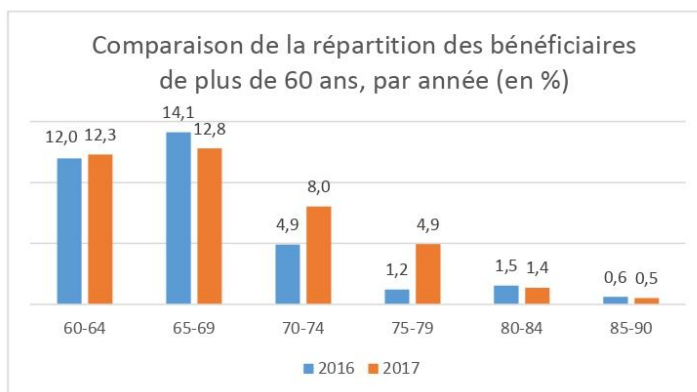


- ✓ En 2017, la répartition Hommes/ Femmes tend à se modifier en comparaison aux années précédentes. L'écart entre les sexes se réduit pour les classes d'âges les plus jeunes (18 à 49 ans), et il tend à s'agrandir plus nettement pour les 80-89 ans.



Un nouveau critère d'inclusion : Depuis février 2017, les personnes âgées fragiles peuvent intégrer le dispositif. Cela représente 233 personnes sur l'année, soit près de 40% de l'ensemble des inclus.

- ✓ La part des personnes de plus de 60 ans incluses au sein du dispositif a progressé de 5.65% par rapport à l'année 2016.
- ✓ Proportionnellement au nombre d'inclusions, la tranche d'âge 70-79 ans, est la plus représentée suite à l'ouverture du dispositif aux personnes âgées fragiles.



Les situations professionnelles

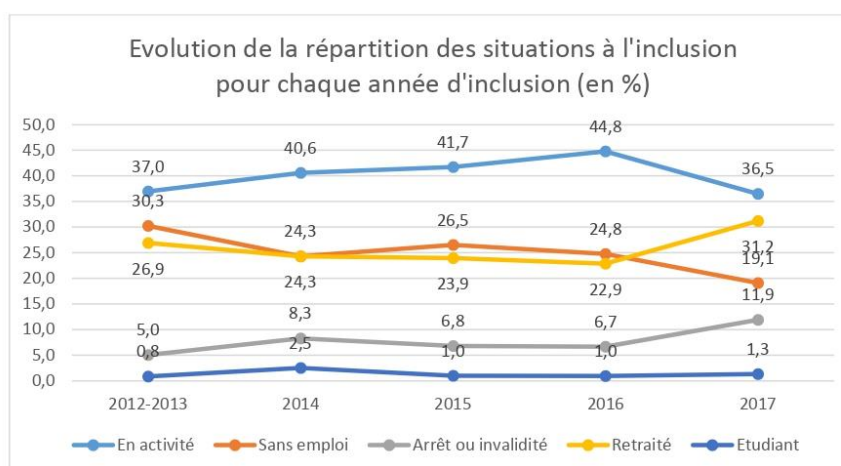
- ✓ La situation personnelle et professionnelle est une information déclarée par le bénéficiaire lors de son rendez-vous d'inclusion uniquement. Les données rapportées ici correspondent à **82,27%** de la population incluse en 2017.

Situation connue	530	90.4 %
En activité	193	36.4 %
Sans emploi	101	19.0 %
En arrêt, invalidité	63	11.9 %
Etudiant	7	1.3 %
Retraité	166	31.3 %

Population totale à Strasbourg (d'après INSEE 2015): 229 802 (Pop de 15 à + de 75 ans)

49 % de la population à Strasbourg est en activité (avec un emploi)
 9.5 % est au chômage (sans emploi)
 8.5 % inactifs (autre qu'au chômage, étudiant ou à la retraite)
 16.7 % d'étudiants et d'apprentis
 16.3 % sont retraités

- ✓ En 2017, **336** des personnes incluses ayant déclaré leur situation n'étaient pas en activité professionnelle (sans emploi, en arrêt/invalidité, étudiant ou retraité), soit **63.5%**.

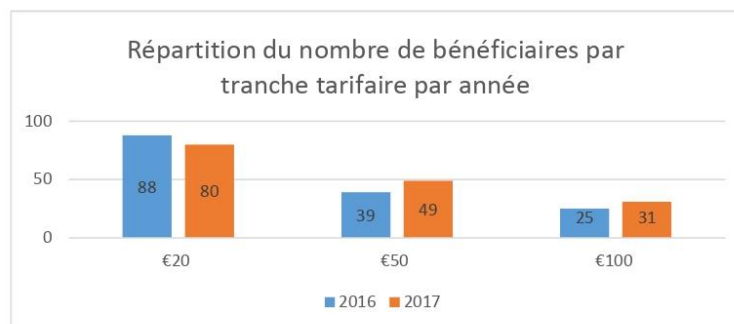


La tarification solidaire

- ✓ La tarification solidaire a été mise en place par la Ville à l'automne 2015. Elle consiste, après une première année gratuite pour le bénéficiaire permise grâce à la prise en charge totale des partenaires financiers, à solliciter une participation financière aux personnes qui souhaitent bénéficier du dispositif une deuxième puis une troisième année. La tarification est fixée sur la base du quotient familial qui détermine le montant de la participation financière demandée pour l'année en cours. Elle est répartie en 3 tranches :

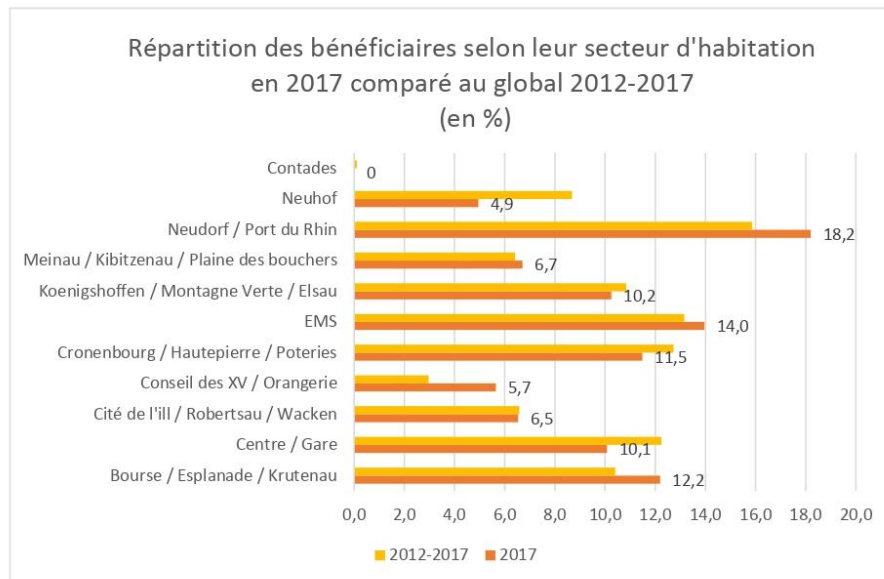


- ✓ La tarification a concerné 160 personnes en 2017.
- ✓ La première tranche représente 50% soit 80 personnes, la deuxième 30.6% soit 49 personnes, la dernière tranche correspondant à 19.4% soit 31 personnes.
- ✓ La contribution tarifaire sur l'année 2017 a permis d'établir une recette de **7150 €**.
- ✓ Au vu des éléments précédents, il est permis de constater que le dispositif répond clairement à l'objectif de réduction des inégalités sociales de santé en touchant un public à revenus faibles. 50% des personnes qui participent financièrement au dispositif bénéficie des minima sociaux.



Les secteurs d'habitation

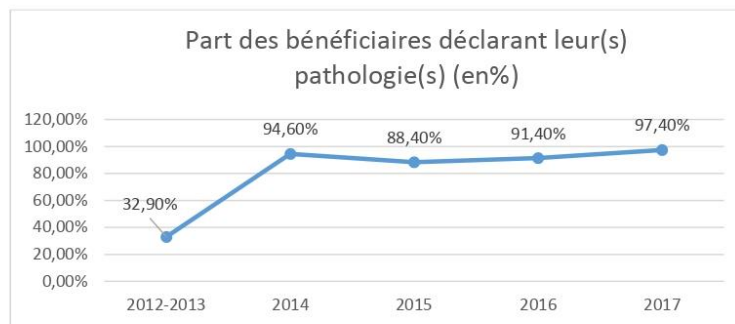
- ✓ Les quartiers les plus représentés en 2017 sont les quartiers Neudorf / Port du Rhin (18.2%), Bourse / Esplanade / Krutenau (12.2%), Cronenbourg / HautePierre / Poteries (11.5%), Koenigshoffen / Montagne Verte / Elsau (10.2) et Centre / Gare (10.1%).



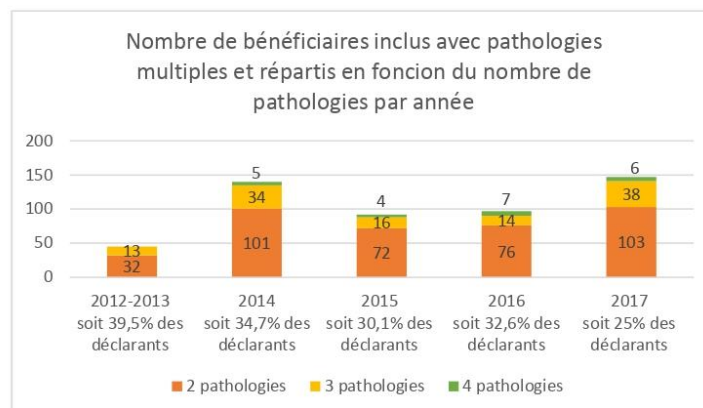
Jacques VERNEREY, Directeur des sports-Ville de Strasbourg

Les pathologies déclarées

- ✓ Les pathologies relevant du secret médical, les personnes orientées dans sport-santé sur ordonnance n'ont aucune obligation d'en faire mention. Lorsque cette donnée est connue, elle émane d'une information transmise par le bénéficiaire lors de son rendez-vous d'inclusion uniquement. Dans les faits, une majorité de personnes évoquent leur(s) pathologie(s) ou au moins leur critère d'inclusion. La part des bénéficiaires ayant déclaré leur(s) pathologie(s) ou critère d'inclusion en 2017 correspond à 97.4 % des inclus.

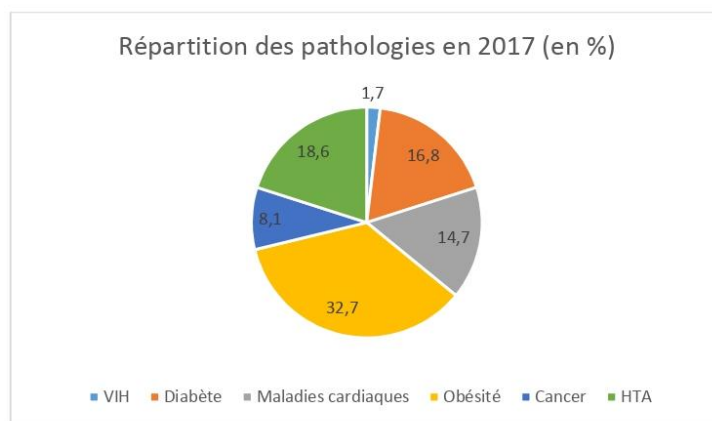


- ✓ **Multi-pathologies** : Lors de l'inclusion et de manière volontaire, les bénéficiaires peuvent déclarer plusieurs pathologies.

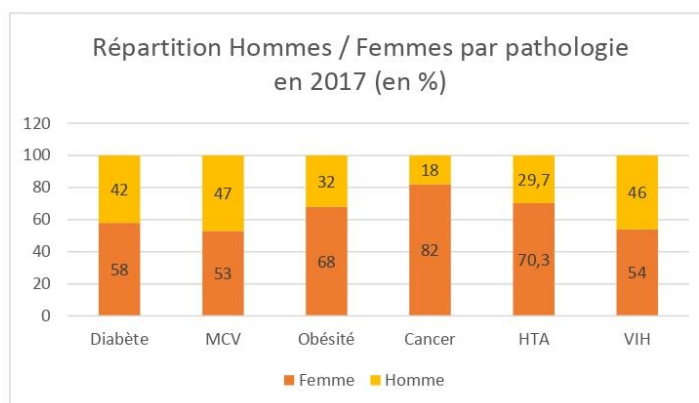


✓ La répartition des pathologies sur l'année 2017

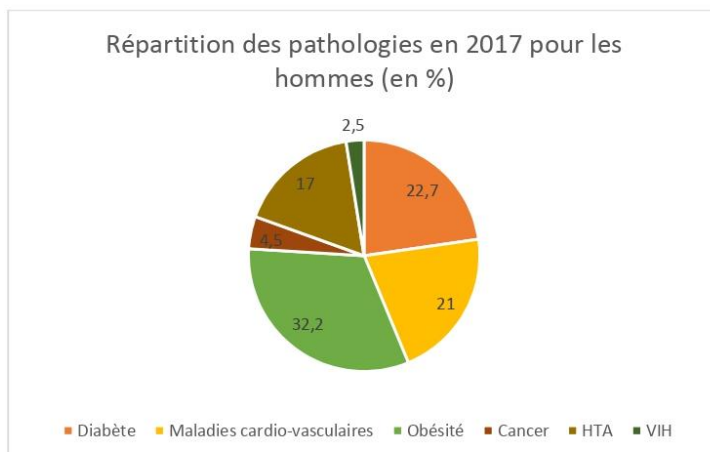
- ✓ Les graphiques présentés ci-après tiennent compte de l'ensemble des pathologies déclarées.
- ✓ Au total 648 pathologies ont été déclarées en 2017. La part des pathologies relevant d'une Affection Longue Durée (ALD) est de **41.3 %**, en augmentation de 6 points par rapport à 2016.



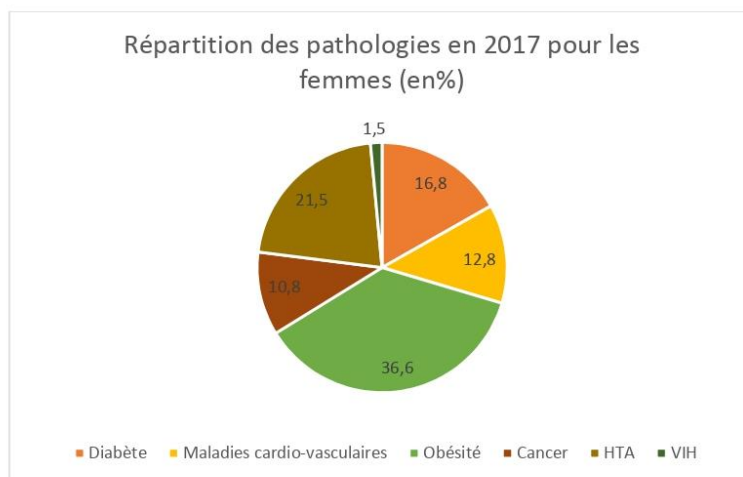
- ✓ Depuis la mise en place du dispositif, il y a toujours eu une majorité de femmes. On peut noter en 2017 un nombre plus important de femmes pour certaines pathologies, alors que pour d'autres on tend à plus d'équilibre entre les deux sexes.



- ✓ Pour 190 hommes inclus en 2017, 242 pathologies étaient déclarées. On observe une augmentation de la part des hommes relevant d'une Affection Longue Durée au sein du dispositif. Cette part évolue en effet de **46.7% à 50.7% entre 2016 et 2017**.

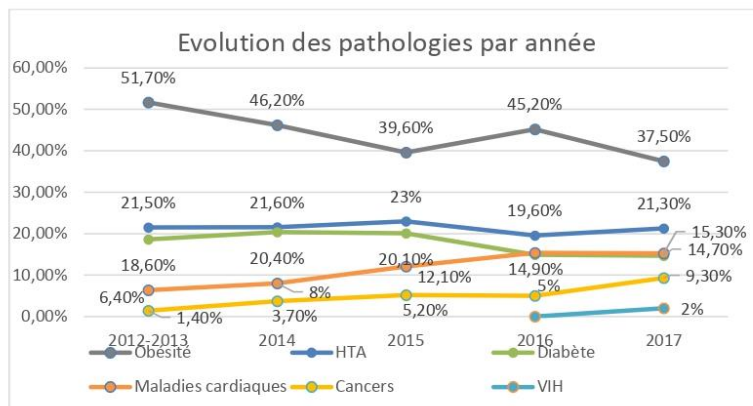


- ✓ Chez les femmes, on remarque également une progression de la part des bénéficiaires déclarant relever d'une ALD et ceci pour presque **42%** des 393 incluses en 2017 (pour 406 pathologies déclarées), ce qui représente une **augmentation de 11.6 points**.



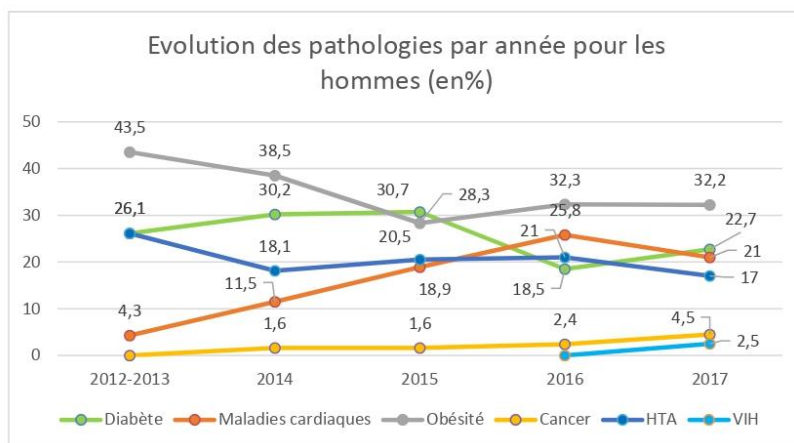
✓ **L'évolution des pathologies par année :**

- ✓ Les personnes vivant avec le VIH pouvant être incluses depuis fin 2016, la répartition des pathologies en 2017, tient désormais compte de ce nouveau critère.
- ✓ La part de l'obésité a diminué par rapport à l'année 2016, bien que le nombre de personnes en situation d'obésité soit plutôt en hausse passant de 208 à 243.

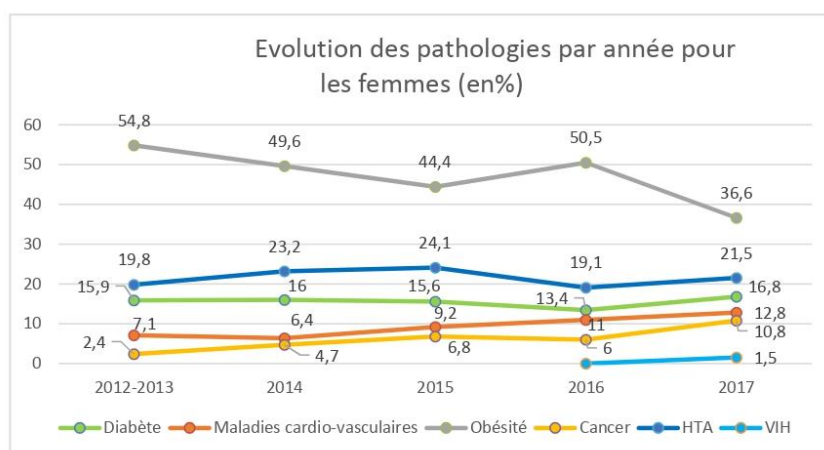


Laura FLESSEL, Ministre des Sports

- ✓ La répartition Homme/ Femme montre une prévalence pour les hommes dans certaines pathologies, tout comme c'est également le cas chez les femmes. La répartition des pathologies chez les hommes est relativement stable en comparaison à l'année 2016 avec toutefois une baisse de la part des maladies cardiaques et de l'hypertension artérielle au profit des pathologies « cancers », « VIH » et « Diabète ».



- ✓ Chez les femmes, la part des personnes incluses sous le critère obésité est en forte diminution en comparaison à toutes les autres pathologies, dont la part augmente notamment par rapport à l'année 2016.

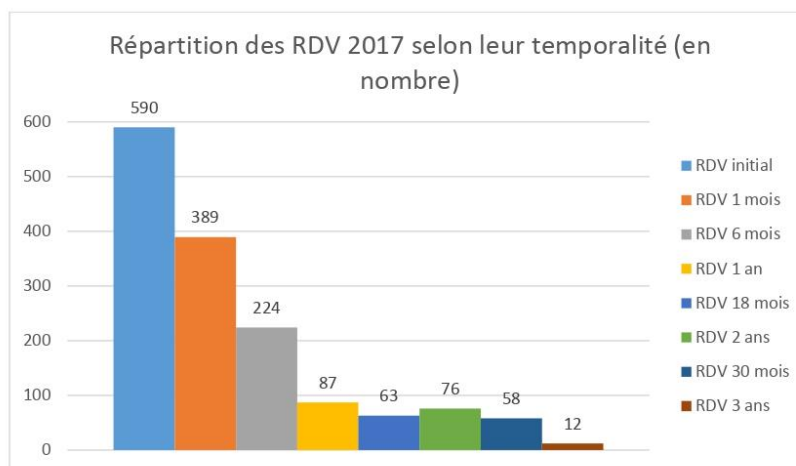


Les rendez-vous

Les éducateurs sportifs de l'équipe dédiée sport-santé sur ordonnance de la Ville rencontrent régulièrement les bénéficiaires du dispositif : lors des rendez-vous d'inclusion, puis des rendez-vous de suivi.

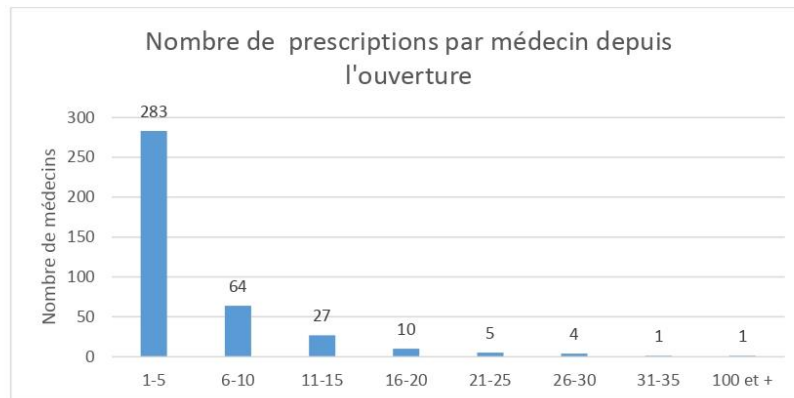
En 2017, **1499 rendez-vous** (tout confondu) ont été fixés et se sont tenus.

- ✓ Chaque éducateur a honoré en moyenne 25 rendez-vous par mois.

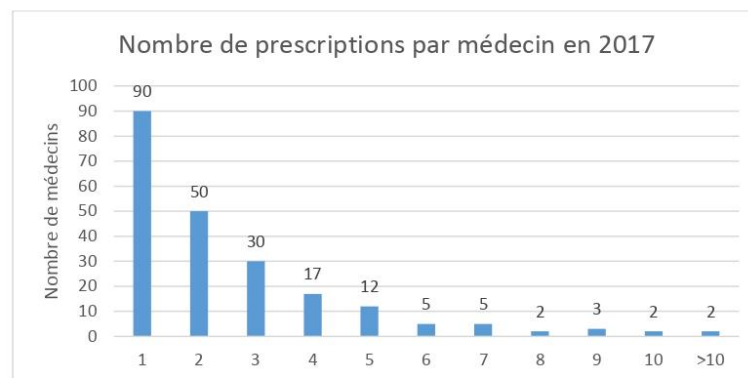


Les médecins prescripteurs

- ✓ A Strasbourg, depuis le lancement du dispositif, 395 médecins traitants de Strasbourg ont orienté leurs patients vers le dispositif en prescrivant au moins une fois de l'activité physique. Ils ont en majorité signé la charte sport-santé sur ordonnance proposée par la Ville.



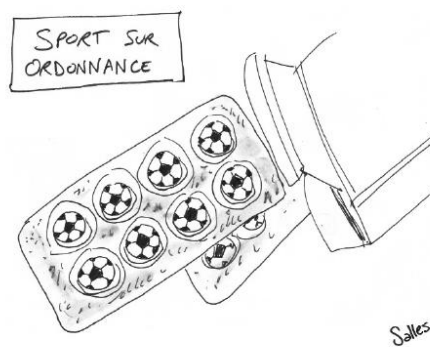
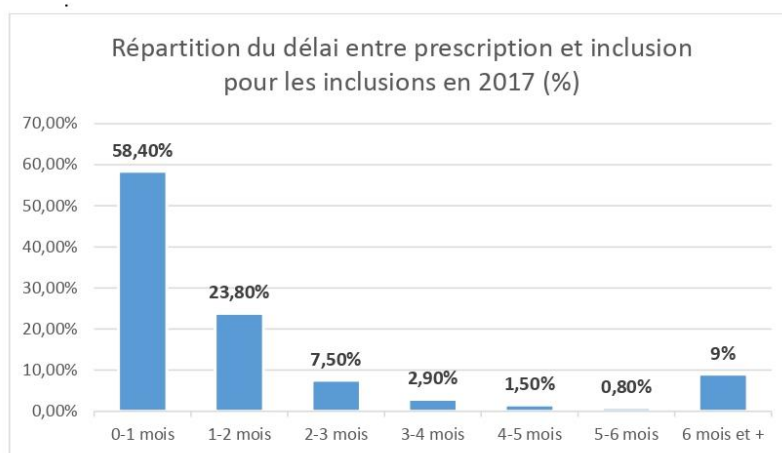
- ✓ En 2017, 218 médecins ont délivré 567 ordonnances, chiffre bien plus élevé qu'en 2016 (257). L'écart avec le nombre total d'inclusions sur l'année (586) s'explique par des prescriptions délivrées en 2016 dont les rendez-vous ont eu lieu en 2017.



- ✓ Bien que l'on puisse noter un plus grand nombre de médecins prescrivant de l'activité physique à leurs patients, on remarque aussi que la majorité de ceux-ci ne prescrivent qu'une fois ou deux au cours de l'année et ce pour 64.2% d'entre eux.

Le délai entre la prescription et le rendez-vous d'inclusion

- ✓ Pour les inclusions réalisées en 2017, le délai entre la prescription du médecin et le rendez-vous d'inclusion était de **42.9 jours** en moyenne, soit près **d'un mois et demi**.
- ✓ Près de 60% des personnes sont incluses dans le dispositif moins d'un mois après l'obtention de l'ordonnance de leur médecin.



Les activités physiques et sportives

Les éducateurs sportifs de l'équipe dédiée sport-santé sur ordonnance assurent l'ensemble des rendez-vous d'inclusion et de suivi des bénéficiaires. Ils assurent une partie des séances d'activité physique hebdomadaires. Afin de compléter et de diversifier l'offre municipale, un appel à projet annuel permet aux associations sportives locales de devenir partenaires du dispositif.

L'organisation des séances associatives est réalisée sur une année scolaire. La saison estivale étant entièrement proposée par l'équipe municipale.

✓ Les activités des associations pour l'année 2016 - 2017

32 créneaux
17 activités
33 heures

Associations	Activités	Créneaux	Lieux
Comité Départemental 67 Basketball	Basket	Jeudi 10h-11h	Gymnase Gutenberg
Comité Départemental Gym 67	Pilâtes	Mercredi 19h15-20h15 Vendredi 19h30-20h30 Samedi 13h00-14h30	Gymnase la Concorde Gymnase la Concorde Gymnase Wurtz
Rowing Club de Strasbourg	Rameur en salle	Mardi 17h30-18h30 Mercredi 17h30-18h30 jeudi 17h30-18h30	Rowing Club, Heyritz
Comité régional Sport pour tous	Multisports	Mardi 09h00-10h00	ASPTT - centre sportif Koenigshoffen
	Badminton	Mardi 12h00-13h00	Orangerie
	Marche nordique	Vendredi 10h15-11h15	CREPS
Club Bien être Strasbourg	Qi Gong	Mardi 14h-15h Mardi 15h30-16h30 Mercredi 15h-16h	Centre sportif Louvois (s. de danse) Esplanade
CSC L'Escale	Gym douce	Mardi 10h30-11h30	Foyer des loisirs 42 rue de l'III
	Marche nordique	Mardi 14h-15h30	Rv Foyer des loisirs
Strasbourg natation	Pour aquaphobes Natation	Jeudi 20h30-21h15 Jeudi 21h15-22h	Piscine de la Robertsau

Siel Bleu	Gym douce	Mercredi 8h45-9h45 Mercredi 9h45-10h45 Mercredi 10h45-11h45	Centre bien vieillir
	Marche nordique	Mardi 12h15-13h30 Jeudi 9h15-10h30	Parc de la Citadelle
Athlé Santé Nature 67	Marche nordique	Lundi 09h45-11h00	Parc de l'Orangerie
Karaté club	Karaté	Samedi 9h-10h	Salle Menora (wacken)
Golf Stream	Aquagym	Jeudi 19h15-20h30	Bains municipaux
Vit'activ	Renforcement musculaire 1	Lundi 12h-13h	Gymnase Jacqueline
	Renforcement musculaire 2	Mercredi 17h-18h	Gymnase Guynemer
	Tchouk ball	Mercredi 16h-17h	Gymnase Guynemer
	Endurance	Mercredi 18h45-19h45	Parc de l'Orangerie
JSK	Marche nordique	Jeudi 14h-15h30	Square Appert
Unis vers le sport	Raquettes	Mercredi 12h30-13h30	Gymnase Erckmann Chatrian
	Sports de précision	Samedi 12h30-13h30	Gymnase Schwilgué Cité de l'Il

- ✓ Sur l'année scolaire 2016-2017, 14 associations sportives avaient proposé des séances d'activité physique dans le cadre du dispositif.
- ✓ Les activités et le nombre de séances proposées par les associations est en constante augmentation au fil des années.



✓ Les activités de l'équipe municipale (2016-2017)

42 créneaux
15 activités
52 heures

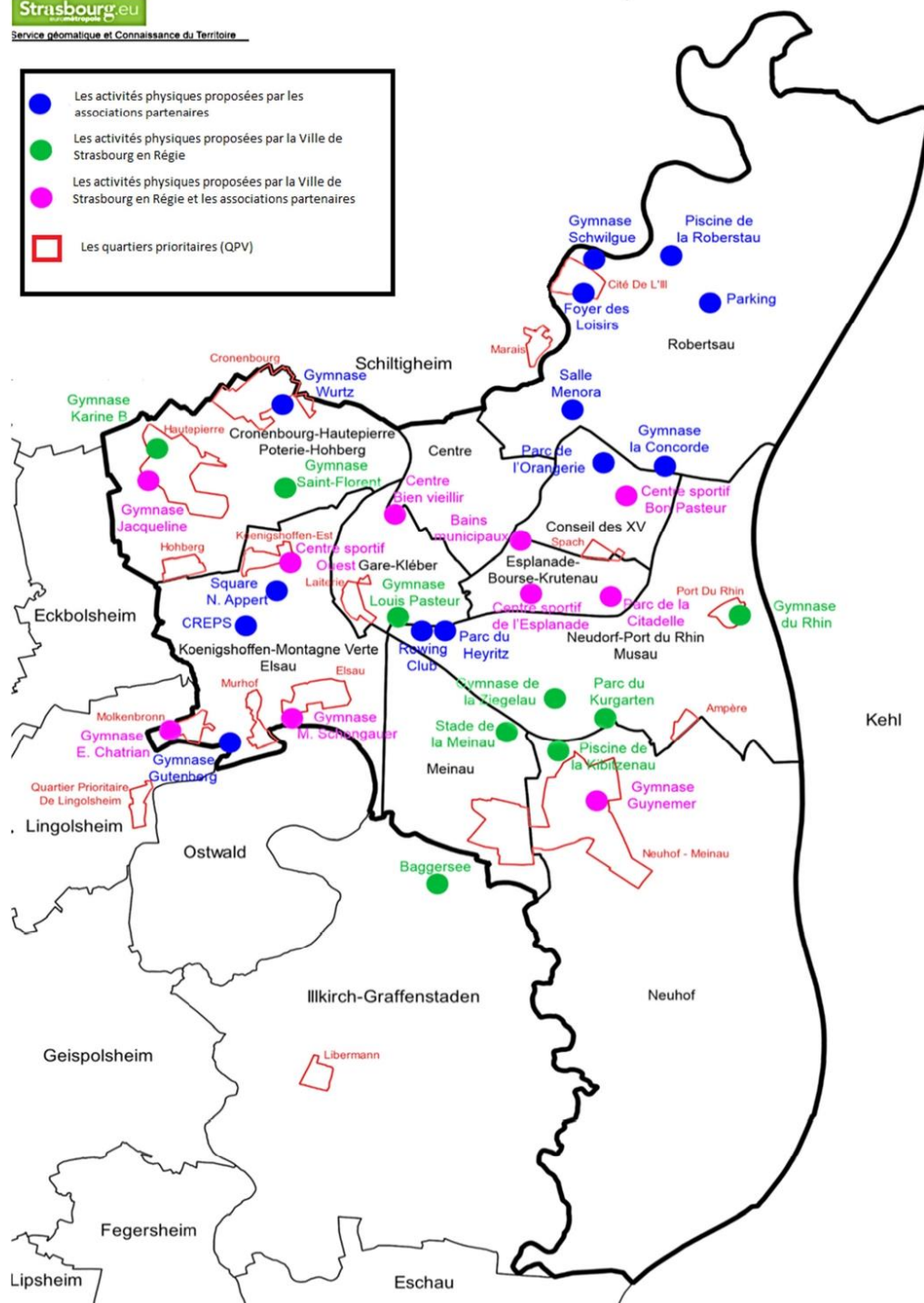
Activité	Horaires	Lieux
Aquagym	Vendredi 12:30-13:30	Piscine Kibitzenau
Badminton	Mercredi 18 :00-20 :00 Mercredi 18 :00-20 :00	gymnase Schongauer - Elsau gymnase Guynemer - Neuhof
Ergocycles	Lundi 13 :30- 14 :15 Lundi 14 :30-15 :15 Lundi 15 :30-16 :15 Mardi 9 :00- 9 :45 Mardi 10 :00-10 :45 Mardi 11 :00-11 :45	Centre Bien Vieillir - 1 rue G. Wodli - Gare
Gainage posture stretching	Lundi 17 :00-18 :00 Mercredi 8 :00-9 :00 Mercredi 9 :00- 10 :00	gymnase Bon Pasteur
Gym entretien – renforcement musculaire	Mardi 9 :30-11 :30 Mardi 10 :30-11 :30 Mardi 14 :30-15 :30 Vendredi 9 :30-10 :30 Vendredi 10 :30-11 :30 Vendredi 12 :30- 13 :30	Centre Sportif Esplanade Kibitzenau CSC – Meinau CSC - Koenigshoffen gymnase Jacqueline (dojo) - Hautepierre
Gym fitness	Lundi 18 :00-19 :00 Lundi 18 :00-19 :00 Lundi 19 :00-20 :00 Lundi 19 :00-20 :00 Mardi 18 :00-19 :00 Mardi 18 :30-19 :30 Jeudi 18 :30-19 :30	gymnase de la Ziegelau – Neudorf gymnase Erckmann Chatrian – Montagne verte Gymnase école Karine –Hautepierre gymnase école du Rhin – Port du Rhin Gymnase Pasteur (lycée)
Gym pilate	Vendredi 19 :30-20 :30 Samedi 13 :00-14 :30	SG La Concorde – Robertsau gymnase Wurtz -Cronenbourg
Gym sénior	Mardi 9 :30-10 :30 Vendredi 16 :00-18 :00 Vendredi 17 :00-18 :00	CSC – Koenigshoffen Centre Sposrtif Sud - Meinau Gymnase Jacqueline –Hautepierre
Marche nordique	Mardi 9 :00-11 :30 Mardi 9 :00-11 :30 Mardi 14 :30-16 :30 Vendredi 9 :30-11 :30	Baggersee CSC Meinau parc du Kurgarten parc de la Citadelle
Multisports	Vendredi 14:00-16:00	CSC Meinau
Natation (débutant-perfectionnement)	Mardi 18:30-19:15 Vendredi 12:30- 13:30	Piscine Bains municipaux Piscine Kibitzenau
Préparation physique généralisée (PPG)	Mardi 14:00-15:30	Stade de la Meinau
Vélo (initiation-école-perfectionnement)	Lundi 9:00-10:00 Lundi 10:00-11:00 Mardi 14:30-16:30	Stade de la Meinau
Trottinette	Mercredi 10:00-11:00	Stade de la Meinau

✓ Cartographie des lieux d'activités 2016-2017

Strasbourg.eu

Service géomatique et Connaissance du Territoire

- Les activités physiques proposées par les associations partenaires
- Les activités physiques proposées par la Ville de Strasbourg en Régie
- Les activités physiques proposées par la Ville de Strasbourg en Régie et les associations partenaires
- Les quartiers prioritaires (QPV)



✓ Les activités des associations pour l'année 2017-2018

L'année 2017-2018 marque une plus grande diversité dans les activités proposées avec 17 associations partenaires pour compléter l'offre municipale.

40 créneaux
20 activités
41h45 heures

Associations	Activités	Créneaux	Lieux
ASPTT	Cardio training	Jeudi 15h30-16h30	Assoc (Centre sportif Ouest)
Athlé santé nature	Marche nordique	Lundi 9h45-11h	Parc de l'Orangerie
Comité Départemental 67 Basketball	Basket	Jeudi 9h15-10h15	Gymnase Gutenberg Club Les libellules –MV
Comité Départemental Gym 67	Pilâtes	mercredi 19h15-20h15 vendredi 19h30-20h30 samedi 10h00-11h30	Gymnase la Concorde Gymnase la Concorde Gymnase Wurtz
Club de Bien être Strasbourg	Qi Gong	mardi 9h-10h mardi 14h-15h mardi 15h30-16h30 mercredi 15h-16h jeudi 10h-11h	Mardi et mercredi : Centre sportif Louvois (s. de danse) Esplanade Le Jeudi : 38 RH ASPTT – CS Koenigshoffen
Comité régional Sport pour tous	Multisports	Mardi 09h00-10h00	ASPTT – CS Koenigshoffen
	Badminton	Mercredi 12h-13h	Erckmann Chatrian
	Marche nordique	Vendredi 10h15-11h15	Orangerie
CSC L'Escale	Gym douce	Mardi 10h30-11h30	Foyer des loisirs 42 rue de l'III (parvis de la Cité de l'III)
	Gym tonique	Mardi 11h30-12h30	
	Marche nordique grand débutant	Mardi 14h-15h00	Parc du Pourtalès
	Marche nordique avancé	Mardi 15h00-16h30	
Equiligne	Gym, Danse et Yoga sur Chaise	Lundi 18h-19h	Centre sportif Louvois Salle de danse 1 ^{er} étage
ESTKD	Cardio fit	Mardi 19h30-20h45	Collège Jules Hoffman 115 rue Boecklin
Golf Stream	Aquagym	Jeudi 19h15-20h30	Bains municipaux
JSK	Marche nordique	Jeudi 14h-15h30	Square Appert
Karaté club	Karaté	Samedi 9h-10h	Salle Menora (wacken)

Rowing Club de Strasbourg	Rameur en salle	mardi 17h30-18h30 mercredi 17h30-18h30 jeudi 17h30-18h30	Rowing club, Heyritz
Siel Bleu	Gym douce	mercredi 8h45-9h45 mercredi 9h45-10h45 mercredi 10h45-11h45	Centre bien vieillir
	Marche nordique	mardi 12h15-13h30 jeudi 9h15-10h30	Parc de la Citadelle
Strasbourg natation	Nageurs	Vendredi 20h-20h45	Kibitzenau
	Non nageurs	Vendredi 20h45-21h30	
Unis vers le sport	Boxe douce	Mardi 12h30-13h30	Dojo Reuss (neuhof)
	Multisports	Jeudi 12h30-13h30	Gymnase Reuss
Vit'activ	Renforcement musculaire 1	lundi 12h-13h	Gymnase Jacqueline
	Renforcement musculaire 2	mercredi 17h-18h	Gymnase Guynemer
	Tchouk ball	lundi 18h-19h	Gymnase Schongauer Elsau
	Endurance	mercredi 18h45-19h45	Parc de l'Orangerie
	Circuit training	jeudi 11h-12h	



*Séance d'activité physique associative :
karaté adapté*

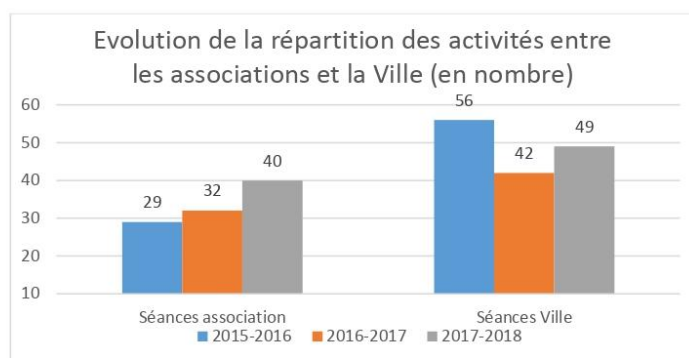
✓ Les activités de l'équipe municipale (2017-2018)

18 activités
49 séances
65h30

Activités	Créneaux	Lieux
<i>Vélo (sorties et école)</i>	Lundi 8h45-9h45 Lundi 10h-11h Mardi 14h30-16h30	Heyritz
<i>Ergocycle</i>	Lundi 13h30-14h15 Lundi 14h30-15h15 Lundi 15h30-16h15 Mardi 9h-9h45 Mardi 9h55-10h45 Mardi 10h50-11h45	Centre bien vieillir
<i>Stretching- équilibre-posture- gainage</i>	Lundi 9h-10h Lundi 10h30-11h15 Lundi 16h-16h45 Mercredi 10h15-11h30 Jeudi 14h-15h Jeudi 15h-16h Jeudi 8h45- 9h30	Salle d'évolution au service Vie Sportive
<i>Fitness santé</i>	Mardi 16h30-17h30	Salle d'évolution au service Vie Sportive
<i>Natation (débutant- perfectionnement)</i>	Mardi 18h30-19h15 Mardi 19h30-20h15 Vendredi 12h-12h45 Vendredi 13h-13h45 Vendredi 20h-20h45 Vendredi 20h45-21h30	Bains municipaux Kibitzenau
<i>Aqua jogging (soft-cardio)</i>	Mardi 18h30-19h15 Mardi 19h30-20h15	Bains municipaux
<i>Fitness</i>	Mardi 16h30-17h30	Salle d'évolution au service Vie Sportive
<i>Marche nordique</i>	Mardi 9h30-11h30 Mardi 14h30-16h Vendredi 9h15-11h30	CSC Victor Schoelcher Parc du Kurgarten-Neudorf
<i>Danse santé</i>	Mardi 9h-10h	Salle d'évolution au service Vie Sportive
<i>Gym entretien- renforcement musculaire</i>	Mardi 10h-11h30 Mardi 9h30-11h30 (+marche nordique) Vendredi 12h-12h45 Vendredi 13h-13h45	CS Esplanade Centre Sportif Sud Meinau Kibitzenau
<i>PPG</i>	Mardi 14h-15h15	Heyritz
<i>Proprioception</i>	Mercredi 14h-14h45	Salle d'évolution au service Vie Sportive
<i>Coordination</i>	Mercredi 8h45-9h30	Salle d'évolution au service Vie Sportive
<i>Gym sénior</i>	Mercredi 16h15-17h30 Jeudi 16h30-17h30 Vendredi 9h30-10h30 Vendredi 10h30-11h30 Vendredi 15h45-17h30 Vendredi 16h45-18h	Gymnase St Florent Salle d'évolution au service Vie Sportive Gymnase Jacqueline Centre Sportif Sud -Meinau Gymnase Jaqueline

<i>Trottinette</i>	Mercredi 10h-11h	Heyritz
<i>Boxe santé</i>	Jeudi 8h15-9h15 Jeudi 9h15-10h15	Centre sportif sud-Meinau
<i>Trotti Nordic</i>	Vendredi 15h-16h	Heyritz
<i>Aquagym</i>	Vendredi 12h-12h45 Vendredi 13h-13h45	Kibitzenau

- ✓ La ville propose chaque année une diversité d'activités de plus en plus importante. Par conséquent elle permet aux bénéficiaires d'avoir un large choix et potentiellement de trouver une ou des activités qui leur correspondent.
- ✓ Au vu de l'augmentation constante du nombre de personnes souhaitant intégrer le dispositif, il y a nécessité pour l'équipe municipale de pouvoir accueillir l'ensemble des bénéficiaires lors des rendez-vous d'inclusion et de suivi. De ce fait, la part d'encadrement des activités physique dévolue aux associations est en progression.



Séance d'aquagym encadrée par un éducateur sportif municipal

✓ Les activités en régie de l'été 2017

- ✓ La ville de Strasbourg continue à proposer des activités durant la période estivale afin de ne pas créer de coupure. Entre l'année 2016 et l'année 2017, le nombre d'activités et de temps d'activité a été doublé. Concernant le nombre de séances, on notera même que celui-ci ont été multipliés par 2.5.
- ✓ Cette augmentation est la conséquence du grand succès que remporte le dispositif et par conséquent, une réponse à une demande de plus en plus importante.
- ✓ La Ville a proposé pour l'année 2017 44 séances avec 20 activités. Au total 41h30 hebdomadaires ont été proposés aux bénéficiaires du dispositif durant la période estivale.

Activités	Créneaux	Lieux
Vélo (sorties et école)	Lundi 9h-10h Lundi 10h15-11h45	Heyritz / Strasbourg
Ergocycles	Lundi 13h30-14h15 Lundi 14h30-15h15 Lundi 15h30-16h15 Mardi 9h-9h45 Mardi 10h-10h45 Mardi 11h-11h45	Centre bien Vieillir
Natation (débutant et perfectionnement)	Lundi 16h30-17h15 Lundi 17h30-18h15 Mardi 16H30-17H15 Mardi 17H30-18H15 Mercredi 8h15-9h Vendredi 12h-12h45 Vendredi 13h-13h45	Bains Municipaux Kibitzenau
Palmage	Lundi 16h30-17h15 Mardi 17h30-18h15 Mercredi 8h15-9h	Bains Municipaux
Aqua Jogging	Lundi 17h30-18h15 Mardi 16h30-17h15	Bains Municipaux
Boxe	Lundi 14h45-15h45 Lundi 15h45-16h45	Centre Sportif Sud Meinau
PPG	Mardi 13H45-15H30 Jeudi 10h-11h	Heyritz Baggersee
Aquamarche / Aquaponey	Mercredi 9h15-10h Mercredi 9h15-10h Jeudi 9h-10h Jeudi 10h-11h	Bains Municipaux Baggersee
Gainage / Posture / Stretching	Mercredi 10h45-11h30	Salle d'évolution 38 RH
Abdo santé	Mercredi 11h30-12h15	Salle d'évolution 38 RH
Soft Fit	Mercredi 15h30-16h30	Salle d'évolution 38 RH

Gym Fitness	Mercredi 16h30-17h30	Salle d'évolution 38 RH
Jeux et sports co	Mercredi 11h-12h	Gymnase Heyritz
Trottinette	Mercredi 9h45-11h	Heyritz
Vitaboucles	Jeudi 16h-18h	Strasbourg
Gym Séniors	Jeudi 16h-17h	Salle d'évolution f38RH
Endurance	Jeudi 9h-10h	Baggersee
Renfo musculaire	Vendredi 12h-12h45 Vendredi 13h-13h45	Kibitzenau

- ✓ Proposer une offre plus diversifiée d'activité et un nombre de créneaux plus important a nécessité un élargissement du territoire. En plus des infrastructures déjà utilisées l'année passée, le parc de Heyritz, le centre bien vieillir et la salle d'évolution au 38 RH ont été mis à contribution.

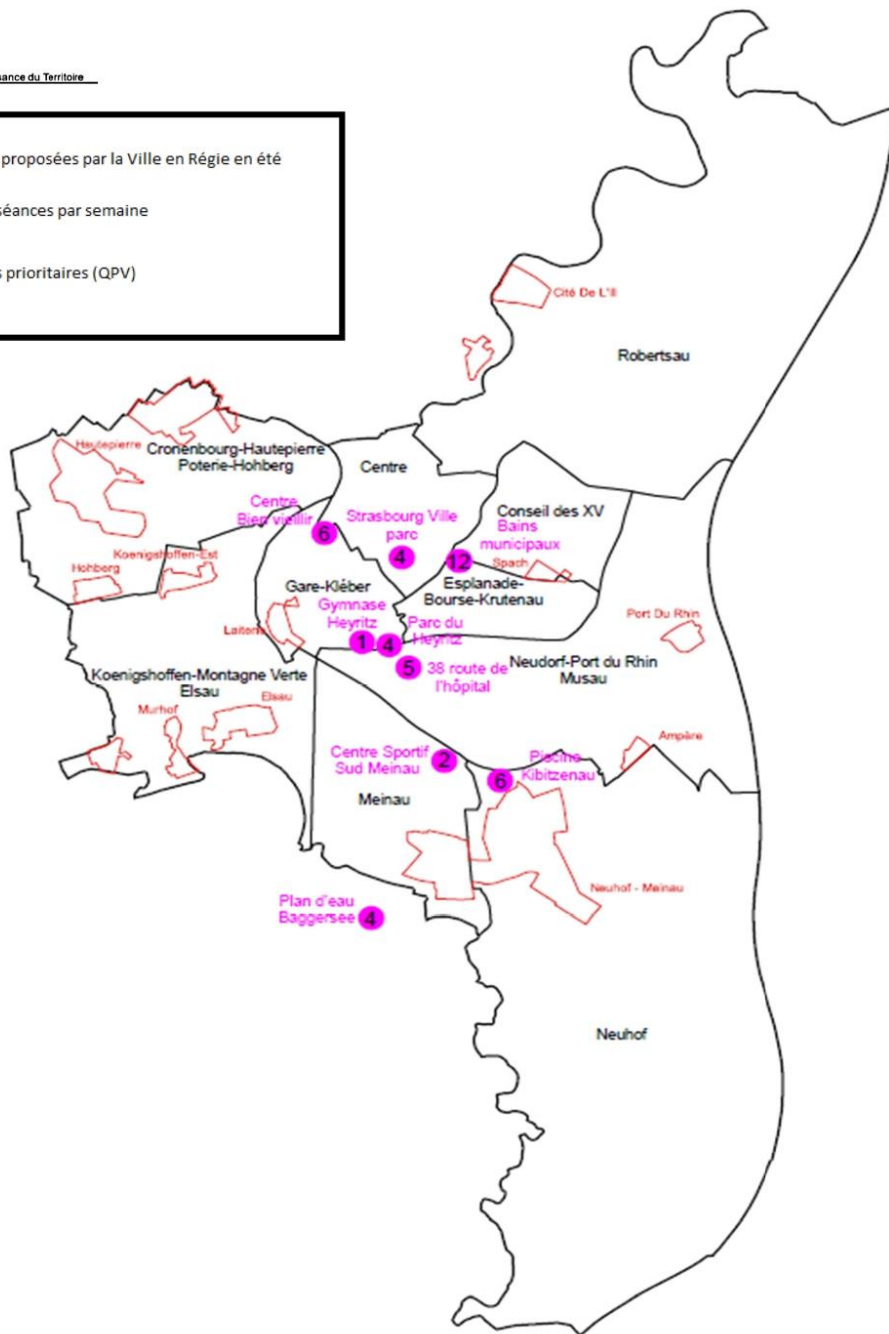


✓ Cartographie des lieux d'activités pour l'été 2017

Strasbourg.eu

Service géomatique et Connaissance du Territoire

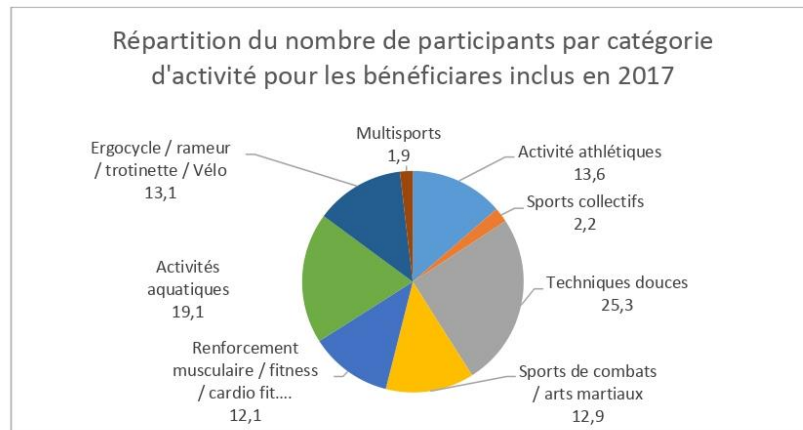
- Les activités proposées par la Ville en Régie en été
- 1 Nombre de séances par semaine
- Les quartiers prioritaires (QPV)



Les activités proposées à l'inclusion

- ✓ Inclusion : Sur les 2032 personnes incluses depuis l'ouverture, l'indication des activités proposées est exploitable pour **1805** d'entre elles (informations présentes dans l'outil de suivi). Compte tenu des éléments de contexte connus à l'inclusion, **457** personnes ont été orientées vers une seule activité (**25.3%**), **1049** vers 2 activités (**58,1%**) et **299** vers 3 activités (**16.6%**).
- ✓ **83.4% des personnes incluses ont au moins 2 activités prescrites à l'inclusion (de 2012 à 2017).**

Focale pour les personnes incluses durant l'année 2017 :



- ✓ En plus des 2 activités physiques hebdomadaires, le bénéficiaire peut se voir proposer un Vél'hop pour une utilisation personnelle sur une durée d'un an maximum, grâce au partenariat avec Strasbourg-Mobilités.



VALERIE FOURNEYRON,
Ancienne ministre des sports, à
l'origine du texte de loi
instituant la prescription du
sport santé

La participation de bénéficiaires dans des événements sportifs strasbourgeois

En plus des activités proposées tout au long de l'année, les personnes qui sont ou qui ont été intégrés dans le dispositif Sport-Santé sur Ordonnance sont invitées à un certain nombre d'événements sportifs. Une équipe « Sport-Santé » participe ainsi depuis plusieurs années à la manifestations « octobre rose » ou encore aux courses de Strasbourg.

✓ La strasbourgeoise :

Durant le mois d'octobre, des événements au profit de la lutte contre le cancer du sein sont réalisées. 21 bénéficiaires ont ainsi participé à l'édition 2017 de la strasbourgeoise avec l'accompagnement d'une partie de l'équipe « Sport-santé ».



Bénéficiaires lors de la Strasbourgeoise

✓ Les courses de Strasbourg :



Bénéficiaires lors des courses de Strasbourg

28 bénéficiaires ont participé aux courses de Strasbourg en mai 2017 sur plusieurs épreuves de marche (8 km et 4 km) et de course (5km).

✓ Les événements de l'été à Strasbourg :

La ville de Strasbourg met en place des activités l'été à destination de l'ensemble de la population. Les bénéficiaires sont invités à y participer d'autant plus que les activités associatives du dispositif sont suspendues pendant les congés d'été.

Pour l'année 2017, on retrouve notamment Passion tonic le samedi matin mais aussi des séances de pratiques douces proposées le dimanche matin.

✓ Les vitaboucles :

Les vitaboucles sont des boucles d'activité physique urbaine permettant de découvrir la ville autrement en facilitant l'accès de tous à une pratique de plein air gratuite. Des aires d'agrès sont installées le long des différents parcours. Elles sont utilisées dans le cadre du dispositif Sport-Santé sur Ordonnance. Cette activité permet d'inciter les bénéficiaires à devenir autonomes dans leur pratique de l'activité physique au quotidien et ainsi de créer une passerelle entre le dispositif et la sortie de ce dernier.



Le budget

✓ Le budget réalisé pour l'année 2017 s'élève à 435 268 €

Répartition par financeur :

- Ville : 226 766 € soit **52 %**
- Département (Conférence des financeurs) 101 000 € soit **23.2 %**
- ARS : 41 200 € soit **9.5 %**
- RLAM : 20 152 € soit **4.6 %**
- DRDJSCS et CNDS : 17 000 € soit **3.9 %**

✓ Au-delà des charges de personnel et du financement de certaines associations partenaires, la Ville met à disposition les infrastructures : Bains Municipaux, gymnases, parcs, mobilier urbain.

La CTS met à disposition 100 Velhop pour l'année 2017, valorisés à hauteur de 12 000 euros.



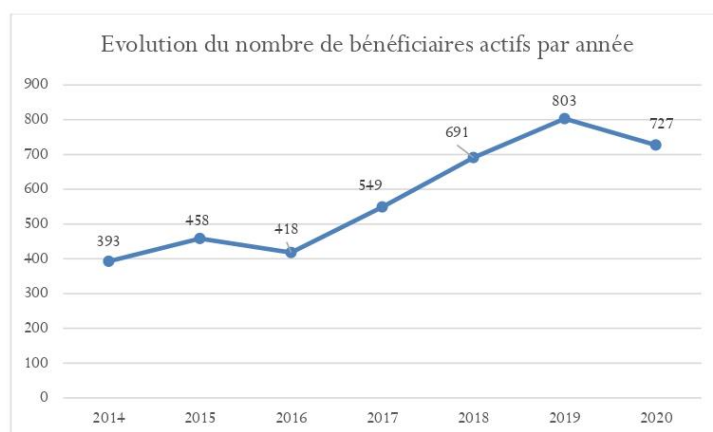
CHRISTOPHE LANNELONGUE, Directeur général de l'ARS Grand Est

Annexe 3 Extrait du rapport d'activité 2020 SSO, Ville de Strasbourg

File active du dispositif

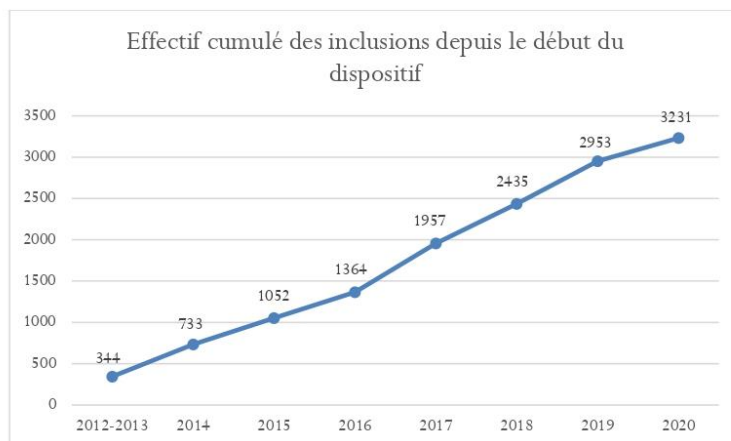
File active = à un moment T, le nombre d'inclusions - le nombre de sorties

- ✓ Au 31 décembre 2020, **727** bénéficiaires étaient actifs. Cette file active rend compte d'un instant précis et évolue en fonction des inclusions et des sorties du dispositif. On constate une évolution croissante du nombre de bénéficiaires actifs depuis 2016. L'augmentation des moyens humains et financiers, permettent au dispositif de prendre en charge simultanément de nombreux bénéficiaires. L'ouverture du dispositif aux personnes âgées fragiles en 2017 puis à d'autres pathologies en 2018 dans le cadre du programme régional Prescri'mouv explique pour une grande partie cet accroissement. La crise de la COVID-19 en 2020 n'a quasiment pas impacté notre file active qui s'est maintenue à un niveau similaire par rapport à l'année précédente.

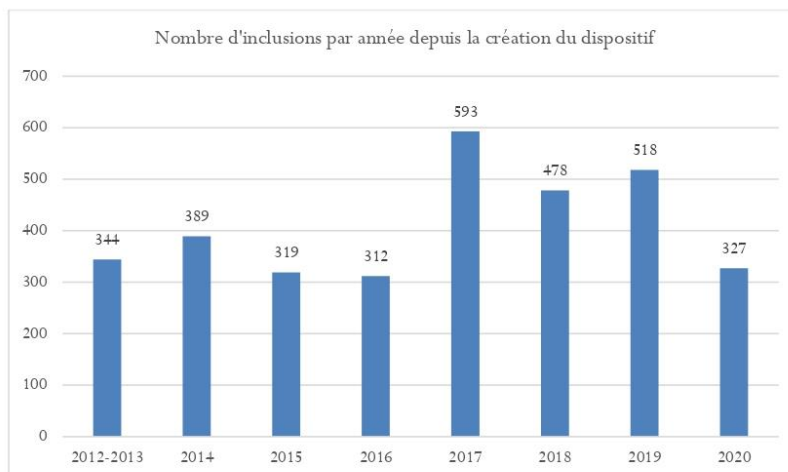


Inclusions

- ✓ Depuis sa mise en œuvre fin 2012 et jusqu'au 31 décembre 2020, **3231** personnes ont été incluses dans le dispositif.

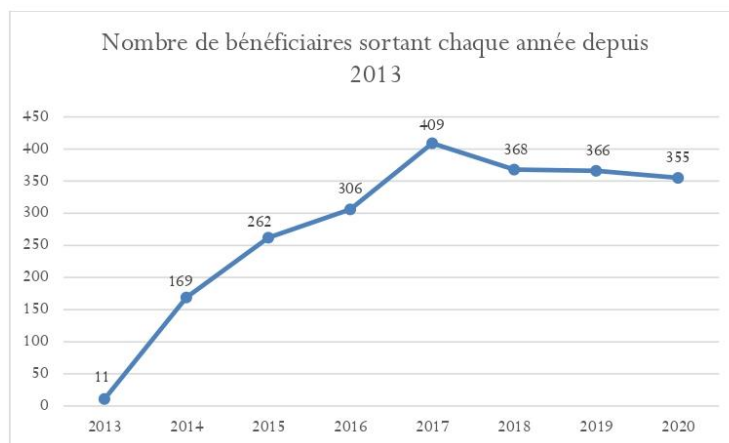


- ✓ Le nombre d'inclusions par année permet une comparaison de la fréquentation du dispositif depuis sa création. 327 personnes ont ainsi été incluses dans le dispositif en 2020.
- ✓ On constate une diminution par rapport à 2019 du nombre d'inclusions. En effet, la crise de la COVID-19 et les deux confinements n'ont pas permis de maintenir le même niveau d'inclusion.



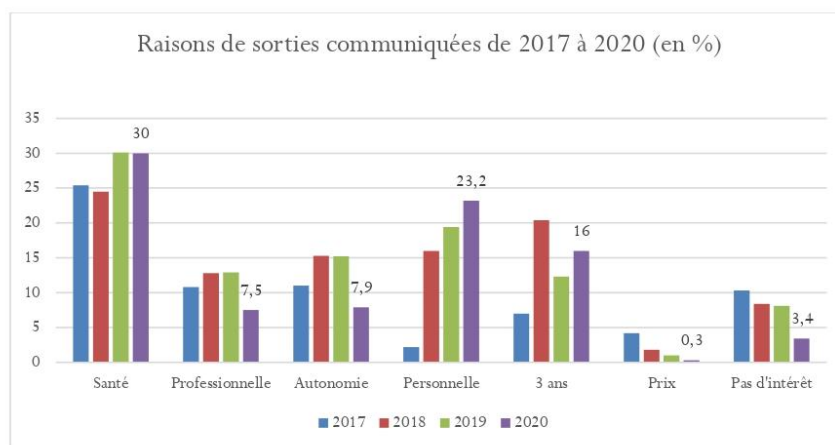
Sorties

- ✓ **355 bénéficiaires** sont sortis du dispositif en 2020. Le nombre de sorties au regard du nombre d'inclusions permet de créer une dynamique favorable à l'accueil continu de nouveaux bénéficiaires.

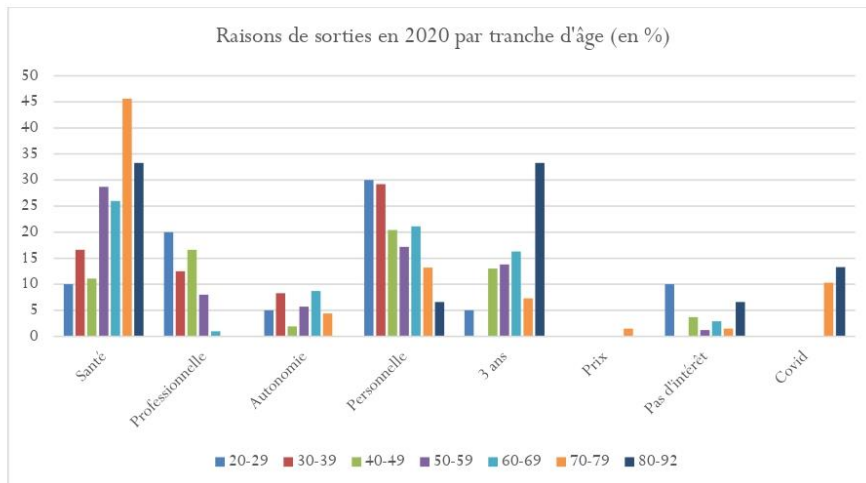


Les raisons de sortie

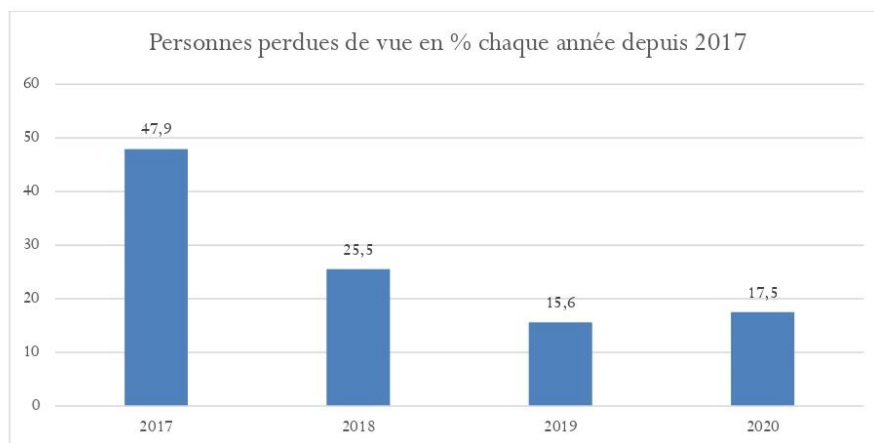
- ✓ Sur les **355 sorties** du dispositif en 2020, **293 personnes en ont indiqué la raison** aux éducateurs sportifs, soit **82.5 %**. La raison la plus évoquée est l'état de santé (30%).



- ✓ Très peu de personnes sortant du dispositif évoquent la raison monétaire comme motif de sortie. La santé est la raison la plus évoquée chez les 80-92 ans.
- ✓ La crise COVID est indiquée comme raison de sortie par certains bénéficiaires : 10,3% pour les 70-79 ans et 13,3% pour les 80-89 ans. Cette raison n'est pas invoquée par les autres tranches d'âge.

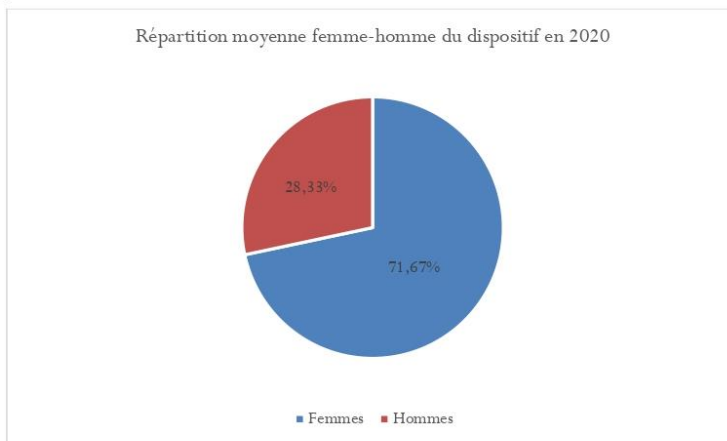


- ✓ 17.5 % des personnes sortent du dispositif sans en communiquer la raison, elles sont appelées « personnes perdues de vue ». Cette proportion s'est stabilisée en 2020 par rapport à 2019.

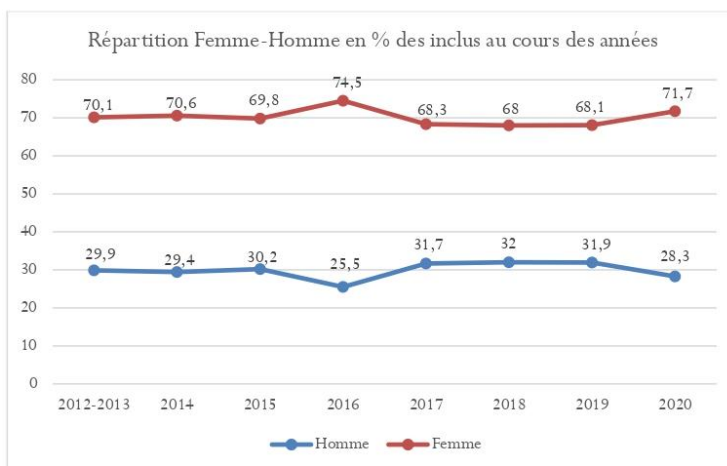


Répartition femmes/hommes

- ✓ Les femmes sont beaucoup plus nombreuses à entrer dans le dispositif (valeur basée sur le nombre d'inclusions). Elles représentent 71,67% de la population en 2020.



- ✓ Le pourcentage de femmes incluses reste nettement supérieur à celui des hommes, il est relativement constant au cours des années.

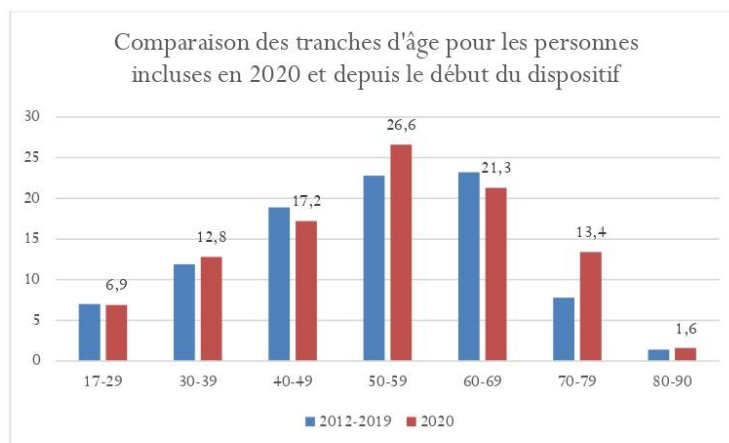


Âge des bénéficiaires

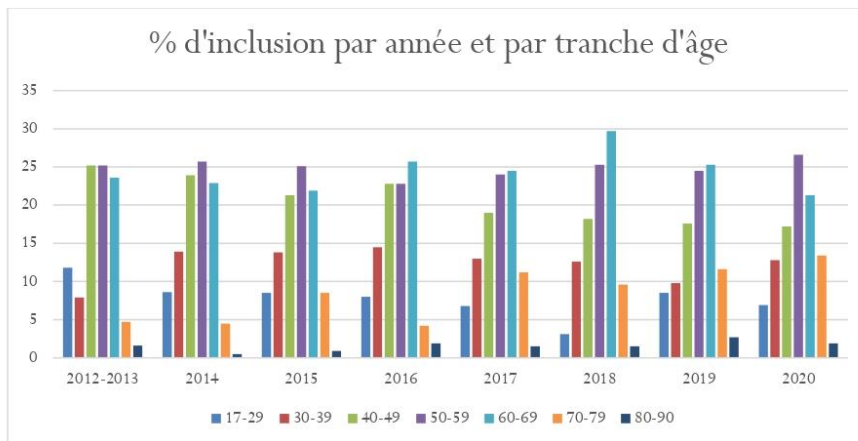
- ✓ L'âge moyen pour l'année 2020 est stable par rapport à celui de l'ensemble des personnes incluses depuis 2012 :

	âge (années)
Moyenne depuis 2012	52,5
Moyenne 2020	52
Min 2020	19
Max 2020	87

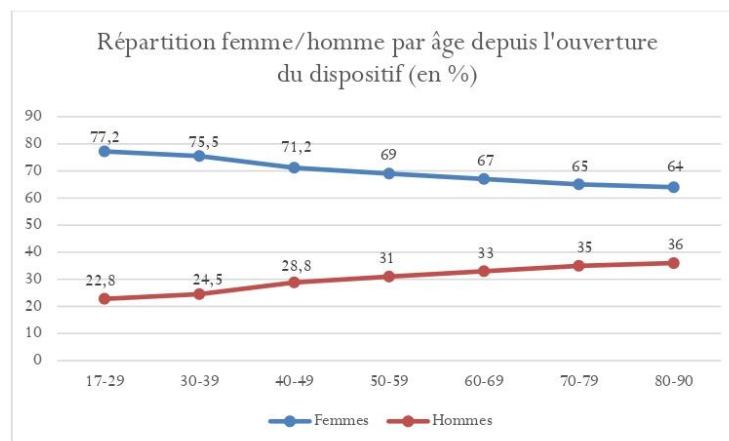
- ✓ En 2020, les personnes entre 50 et 69 ans (47,9%) continuent d'être les plus nombreuses à intégrer le dispositif.
- ✓ On note une hausse des inclusions des personnes de plus de 70 ans : 14,9% en 2020 contre 9,2% entre 2012 et 2019.



- ✓ L'ouverture du dispositif aux seniors fragiles (sans pathologie) depuis 2017 continue de favoriser l'inclusion des plus de 60 ans et plus particulièrement la tranche d'âge 70-79 ans.

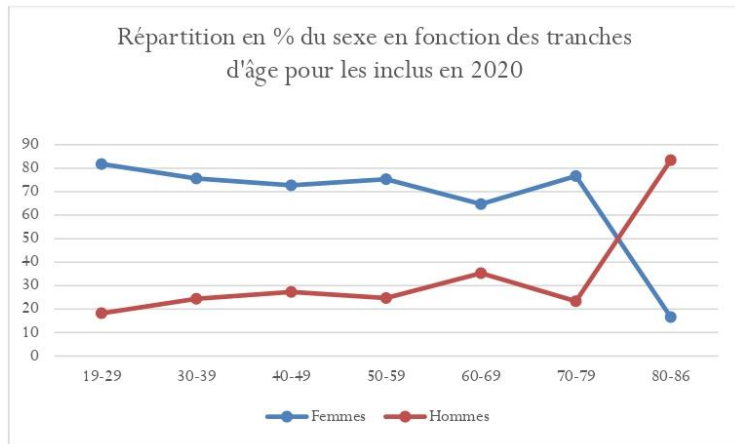


- ✓ Jusqu'à la classe d'âge 80-89, plus l'âge progresse, plus la répartition Hommes / Femmes tend à s'équilibrer.



- ✓ En 2020, la répartition Hommes/ Femmes suit le schéma des années précédentes. Une disparité de genre en faveur des femmes est nette jusqu'à 79 ans et le phénomène inverse survient à partir de 80 ans (qui s'explique aussi par le peu de personnes incluses en 2020 âgées de plus de 80 ans, soit 5 hommes et 2 femmes).

Répartition en % du sexe en fonction des tranches d'âge pour les inclus en 2020



Situations professionnelles

- ✓ La situation personnelle et professionnelle est une information déclarée par le bénéficiaire lors de son rendez-vous d'inclusion uniquement.

Situation connue	315 personnes	98,4%
En activité	92	29,2%
Sans emploi	89	28,3%
En arrêt, invalidité	33	10,5%
Étudiant	7	2,2%
Retraité	94	29,8%

Population totale à Strasbourg (d'après INSEE 2017) :
232791 (Pop de 15 à + de 75 ans)

55,2% de la population à Strasbourg est en activité (avec un emploi)

12,8% est au chômage (sans emploi)

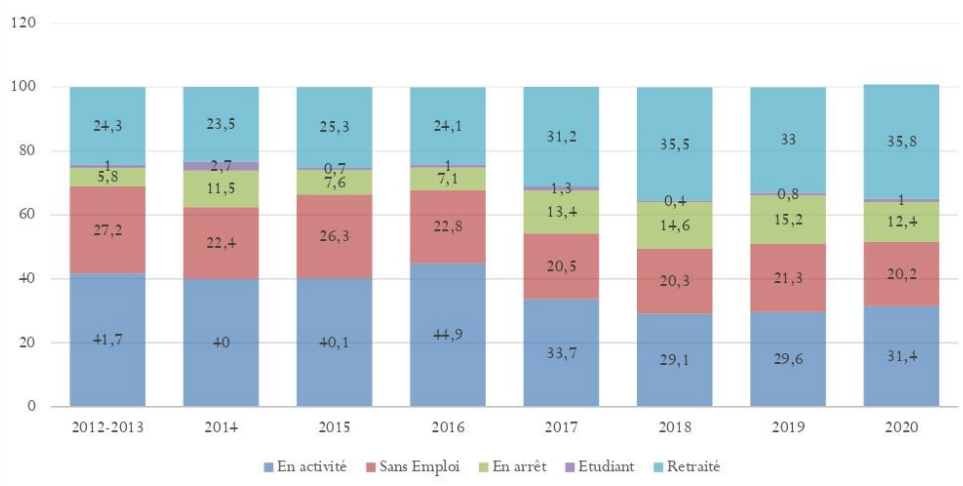
9,7% % inactifs (autre qu'au chômage, étudiant ou à la retraite)

18,5% % d'étudiants et d'apprentis

18,4 % sont retraités

- ✓ En 2020, 223 personnes incluses ayant déclaré leur situation n'étaient pas en activité professionnelle (sans emploi, en arrêt/invalidité, étudiant ou retraité), soit 70.8%.
- ✓ Depuis 2012, les personnes incluses semblent être de moins en moins en situation d'activité.

Evolution de la répartition des situations des personnes incluses depuis l'ouverture en %

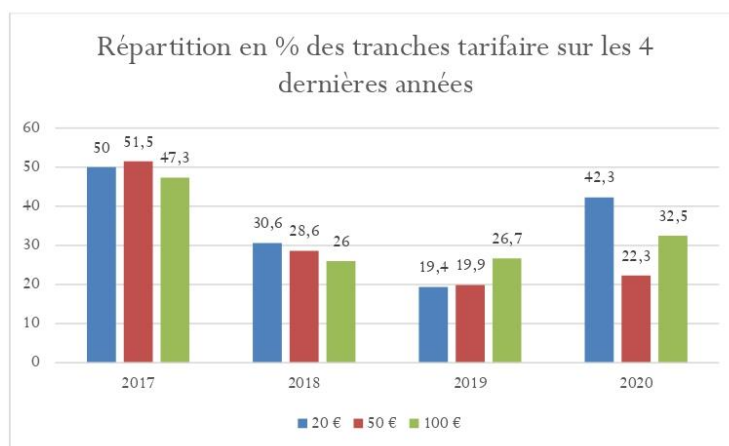


Tarification solidaire

- ✓ La tarification solidaire a été mise en place à l'automne 2015. Après une première année gratuite pour les bénéficiaires (prise en charge en totalité par les partenaires financiers), nous demandons une participation financière aux personnes qui souhaitent bénéficier du dispositif une deuxième puis une troisième année. La tarification est fixée sur la base du quotient familial (QF) qui détermine le montant de la participation financière demandée pour l'année en cours. Elle est répartie en 3 tranches :



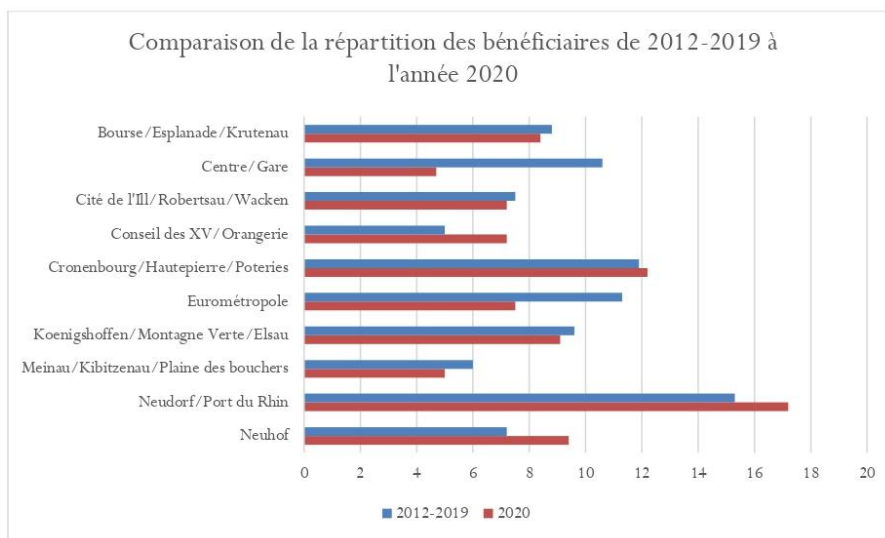
- ✓ La tarification a concerné 123 personnes en 2020.
- ✓ La première tranche représente **42,3%** soit 52 personnes, la deuxième **22,3%** soit 28 personnes, la dernière tranche correspondant à **32,5%** soit 40 personnes.
- ✓ La contribution tarifaire sur l'année 2020 a permis d'établir une recette de **6300 €**.
- ✓ Au vu des éléments précédents, il est permis de constater que le dispositif tend à répondre à l'objectif de réduction des inégalités sociales de santé en touchant un public à revenus faibles. 42,3% des personnes qui participent financièrement au dispositif bénéficient des minima sociaux.



- ✓ La tarification ne semble pas être un frein à la poursuite du programme : en effet seule 1 personne sur 355 a quitté le dispositif en justifiant ce motif.

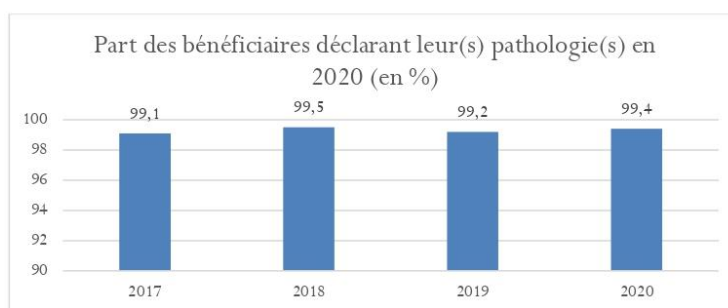
Secteurs d'habitation

- ✓ Les quartiers les plus représentés en 2020 sont les quartiers Neudorf / Port du Rhin (17.2%), Cronenbourg / Hautepierre / Poteries (12.2%), Neuhof (9.4%) et Koenigshoffen / Montagne Verte / Elsau (9.1%). La proportion des bénéficiaires résidant dans les quartiers du Neudorf / Port du Rhin et Neuhof a considérablement augmenté par rapport aux années précédentes.

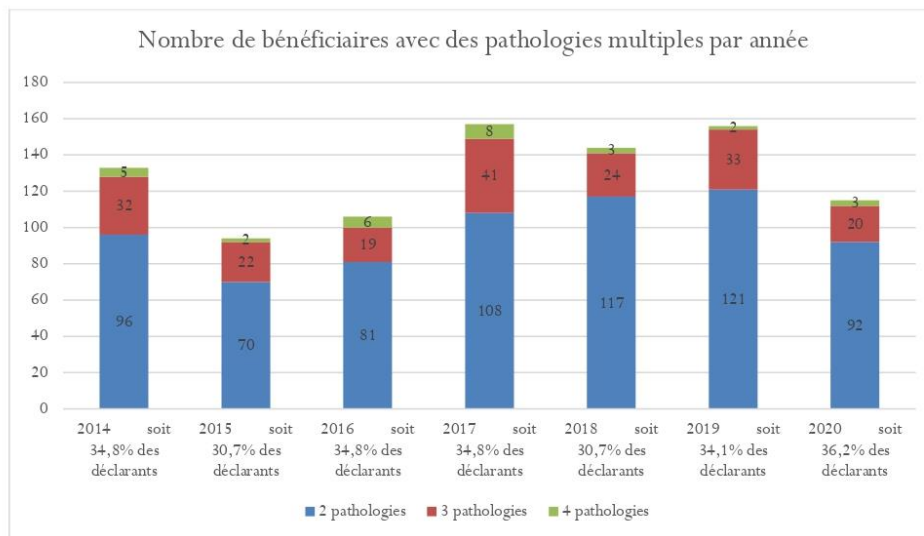


Pathologies déclarées

- ✓ Les pathologies relevant du secret médical, les personnes orientées dans sport-santé sur ordonnance n'ont aucune obligation d'en faire mention. Lorsque cette donnée est connue, elle émane d'une information transmise par le bénéficiaire lors de son rendez-vous d'inclusion uniquement. Dans les faits, la quasi-totalité des personnes mentionnent leur(s) pathologie(s) à leur éducateur référent. La part des bénéficiaires ayant déclaré leur(s) pathologie(s) en 2020 correspond à 99.4% des inclus.
- ✓ Depuis 2017, les personnes fragiles de plus de 60 ans peuvent intégrer le dispositif. Pour des raisons de précision, les personnes dont l'inclusion est basée sur le seul critère de l'âge n'ont pas été inclus dans ce graphique. L'âge relève d'une déclaration obligatoire et ne peut être une pathologie.

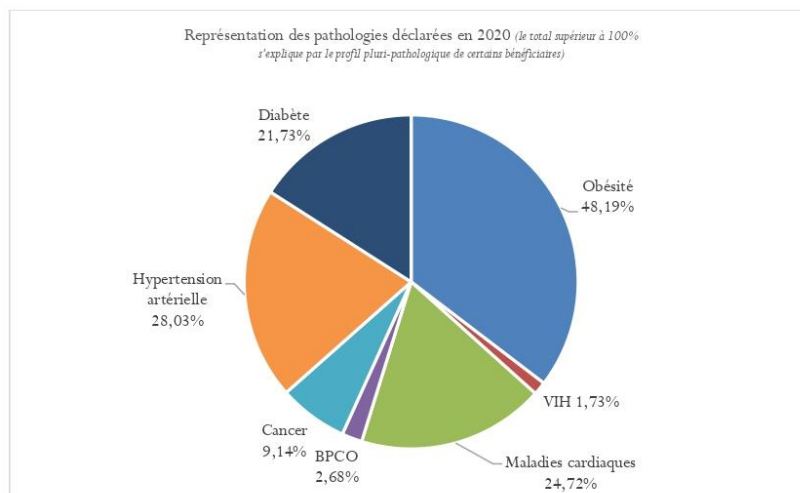


- ✓ Multi-pathologies : Lors de l'inclusion et de manière volontaire, les bénéficiaires peuvent déclarer plusieurs pathologies.

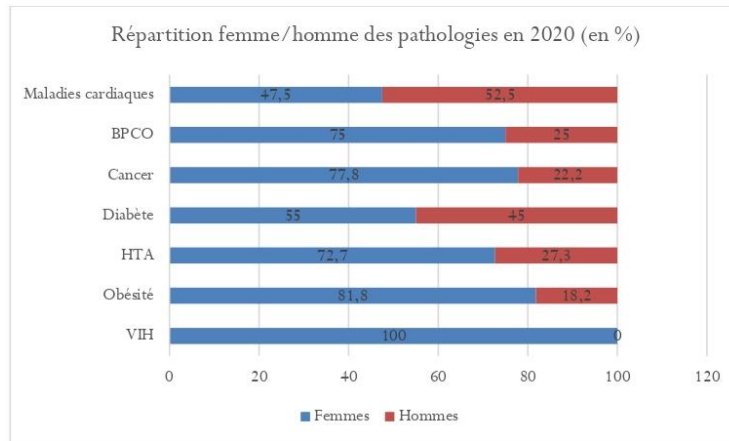


Répartition des pathologies sur l'année 2020

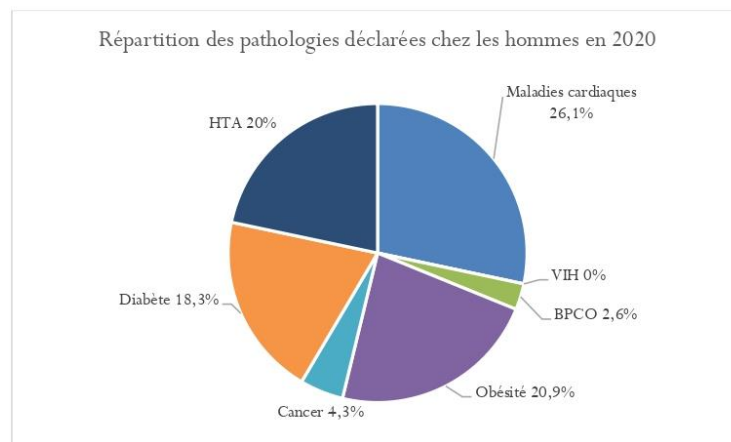
- ✓ Les graphiques présentés ci-après tiennent compte de l'ensemble des pathologies déclarées (pathologie unique et multi-pathologies).
- ✓ 318 pathologies ont été déclarées en 2020. La part des pathologies relevant d'une affection longue durée (ALD) est de 88,03%.



- ✓ Les femmes représentent 71% des bénéficiaires. Cependant pour certaines pathologies, comme les maladies cardiaques, la répartition s'équilibre (47,5% pour les femmes et 52,5% pour les hommes).

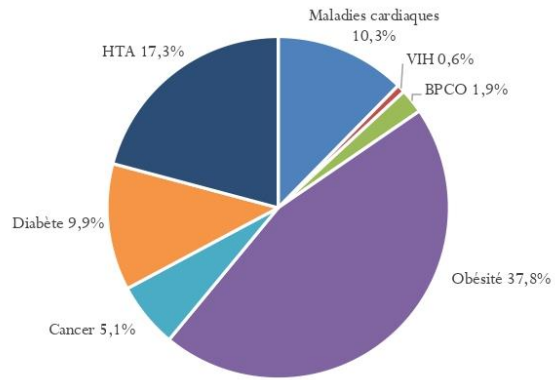


- ✓ Pour 89 hommes inclus en 2020, 115 pathologies étaient déclarées. Parmi ces pathologies, 71% sont des ALD.



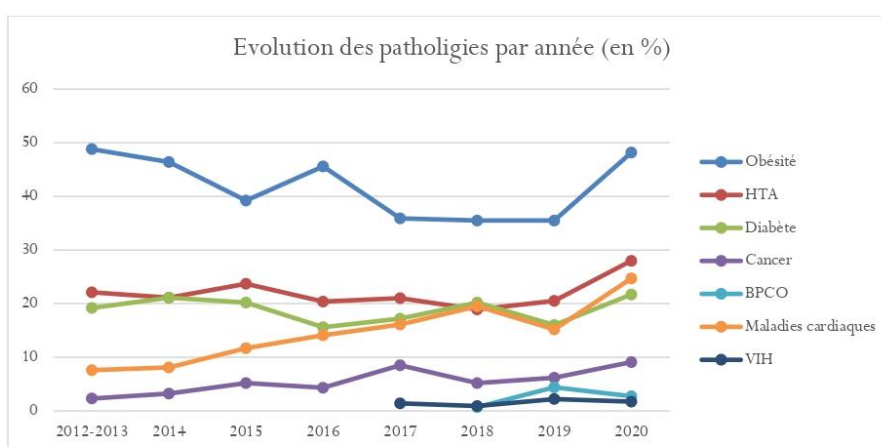
- ✓ Chez les femmes, sur 231 incluses, 312 pathologies sont déclarées. On observe une part croissante d'ALD déclarées qui atteint 61% en 2020.

Répartition des pathologies déclarées chez les femmes en 2020

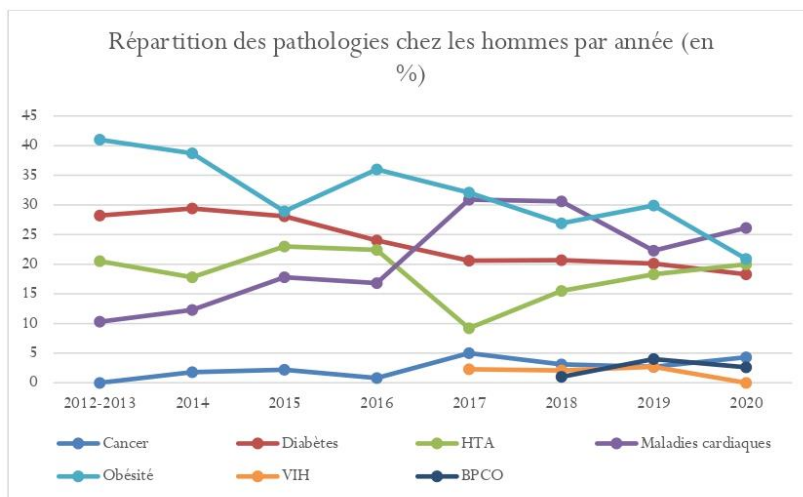


Évolution des pathologies par année

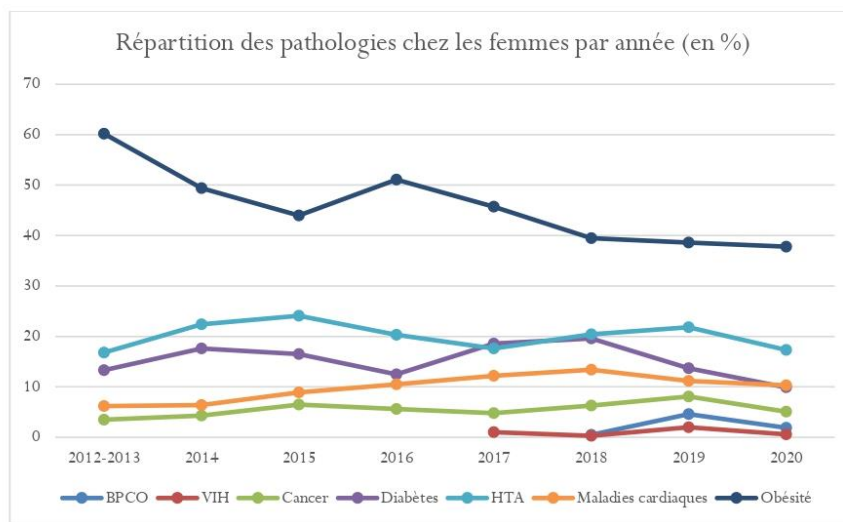
- ✓ Les personnes atteintes de BPCO peuvent profiter du dispositif SSSO depuis début 2018, on note ainsi une stagnation des inclusions des bénéficiaires déclarant cette pathologie en 2020.
- ✓ Les personnes vivant avec le VIH peuvent être incluses depuis fin 2016, on constate que la proportion de bénéficiaires atteints est en diminution en 2020.
- ✓ La part de l'obésité a diminué entre 2016 et 2019, mais concerne davantage de personnes en 2020 (145 bénéficiaires).



- ✓ En 2020, la répartition des pathologies chez les hommes indique une nette diminution de l'obésité, une relative stabilité des diabètes, cancers, BPCO et VIH mais une hausse des maladies cardiaques et de l'hypertension artérielle.



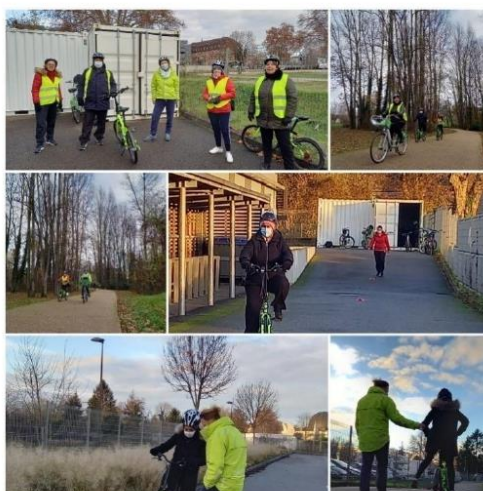
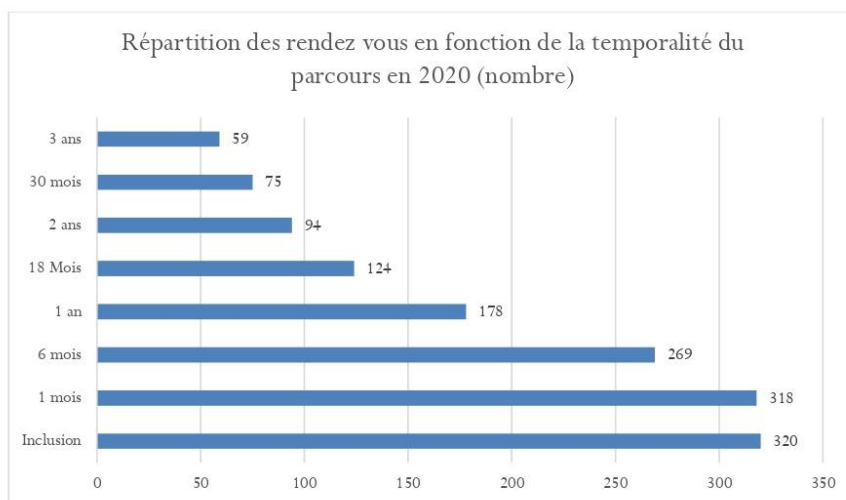
- ✓ Chez les femmes, nous observons une diminution du diabète et une stabilité de l'obésité ; nous constatons aussi une inversion de la tendance de l'hypertension. Pour les autres pathologies la répartition reste relativement stable.



Rendez-vous

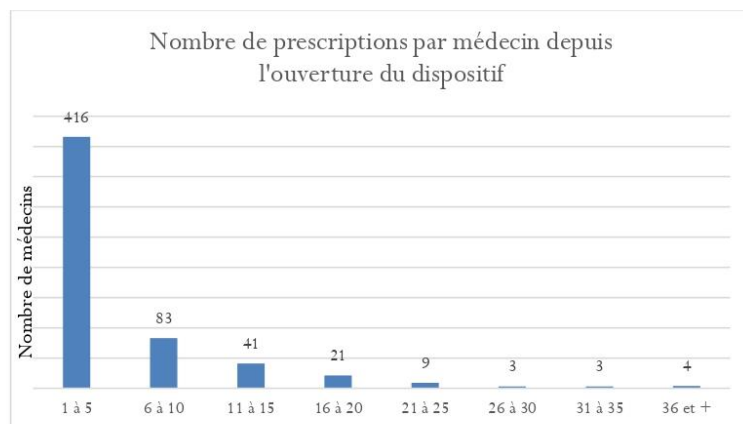
Les éducateurs sportifs de l'équipe dédiée sport santé sur ordonnance de la Ville rencontrent régulièrement les bénéficiaires du dispositif : lors des rendez-vous d'inclusion, puis des rendez-vous de suivi.

En 2020, **956 rendez-vous** (tout confondu) ont été fixés et se sont tenus. En 2019, cela concernait 2196 rendez-vous.

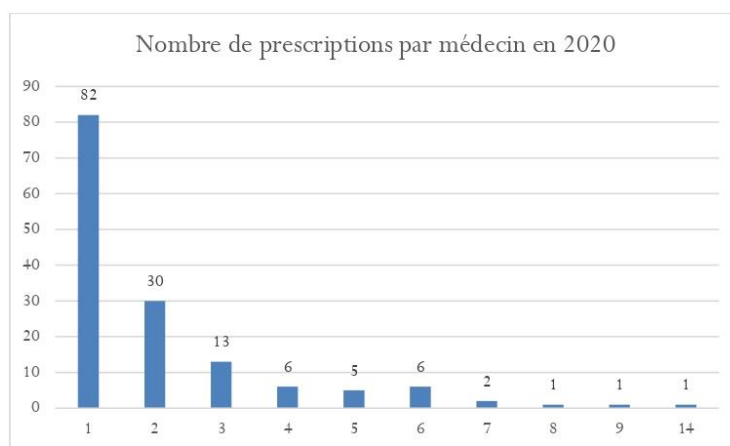


Médecins prescripteurs

- ✓ À Strasbourg, depuis le lancement du dispositif, **456** médecins traitants de Strasbourg ont orienté leurs patients vers le dispositif en prescrivant au moins une fois de l'activité physique. Ils ont en majorité signé la charte sport santé sur ordonnance proposée par la Ville.

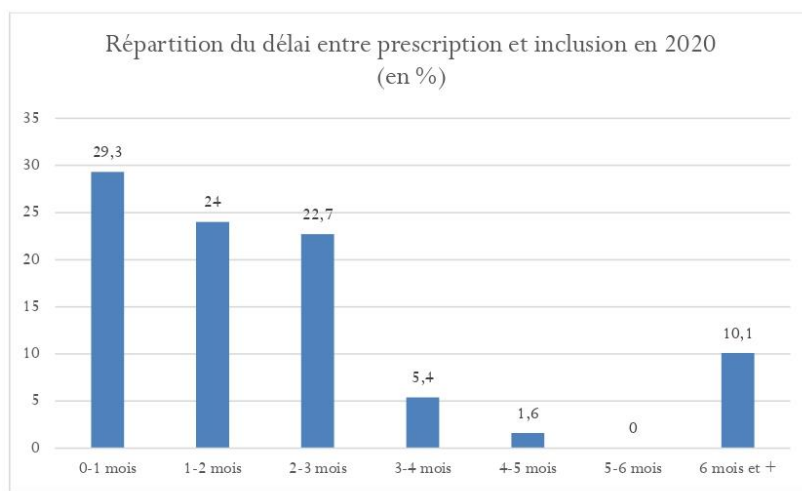


- ✓ En 2020, les 327 personnes incluses dans le dispositif ont été orientées par 149 médecins.
- ✓ On peut noter qu'un grand nombre de médecins prescrivant de l'activité physique à leurs patients, ne prescrivent qu'une fois ou deux au cours de l'année. C'est le cas pour 75,2% d'entre eux en 2020.



Délai entre la prescription et le rendez-vous d'inclusion

- ✓ Pour les inclusions réalisées en 2020, le délai entre la prescription du médecin et le rendez-vous d'inclusion était de 88,1 jours en moyenne, soit presque 3 mois.
- ✓ Près de 55% des personnes sont incluses dans le dispositif (en 2020) moins de deux mois après l'obtention de l'ordonnance de leur médecin.



Activités physiques et sportives

Les éducateurs sportifs de l'équipe dédiée Sport Santé sur Ordonnance assurent l'ensemble des rendez-vous d'inclusion et de suivi des bénéficiaires, c'est-à-dire l'ensemble des bilans. Ils encadrent une partie des séances d'activité physique hebdomadaires et pour compléter et diversifier l'offre municipale, un appel à projet annuel permet aux associations sportives locales de devenir partenaires du dispositif.

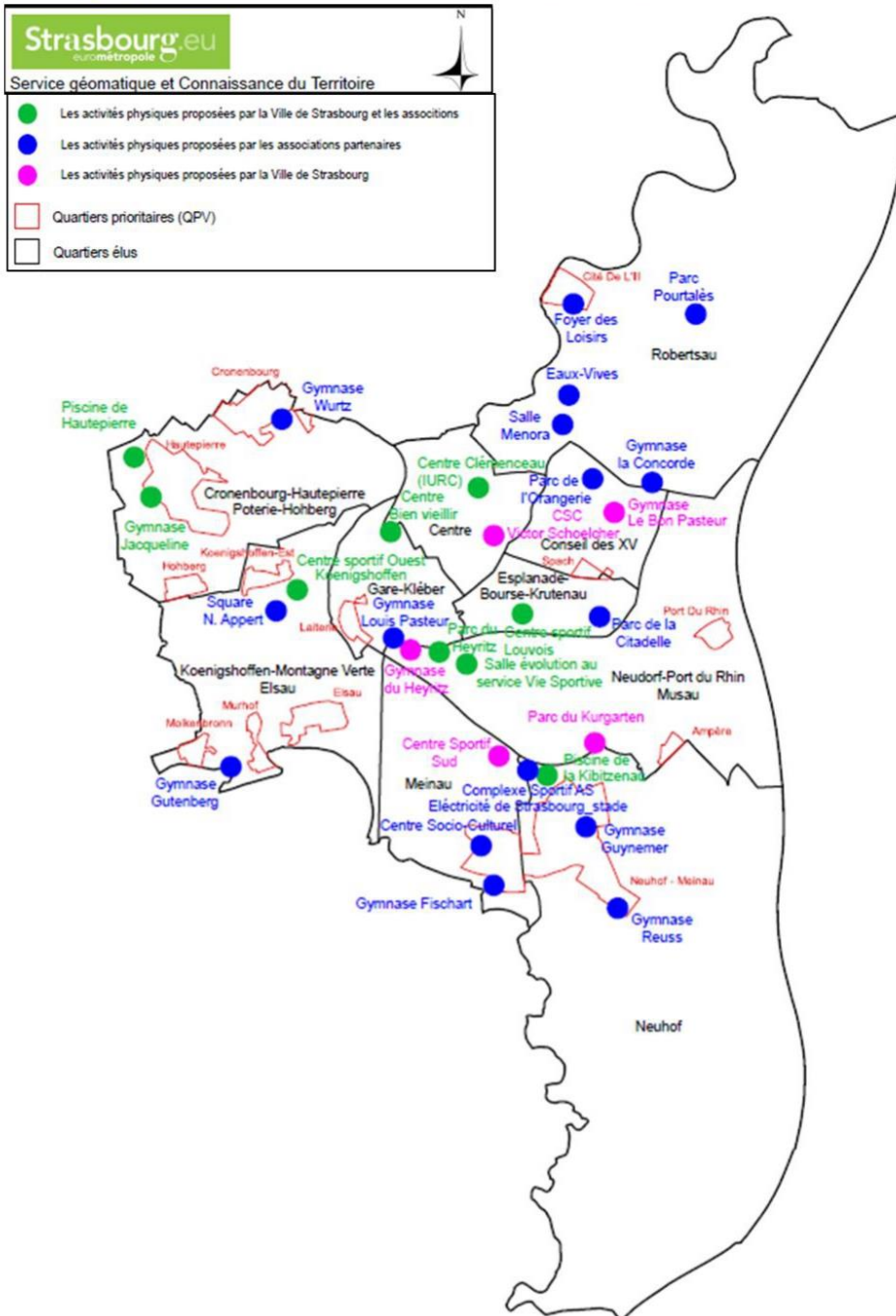
Les associations travaillent sur une année scolaire ainsi l'année 2020 est visée par deux plannings d'activités. La saison 2019-2020 comptait 22 associations.

La ville diversifie ainsi chaque année davantage les activités proposées. Cela permet aux bénéficiaires d'avoir un large choix afin de trouver une ou des activités qui leur correspondent au mieux.

Activités de l'équipe municipale pour l'année 2019-2020

Activités aquatiques	Aquagym Natation : débutants, confirmés Aquamarche	Aquatri Aquaphobie
Cardio/musculation	Vélo : école, sortie Trotti Nordic Renforcement musculaire Tennis de table Gym urbaine Walking foot	Pentathlon Musculation Multisports Danse Santé Autosport Gainage-posture-Stretching
Activités douces	Gym d'entretien Equilibre	gym sénior Proprioception-équilibre
Activités de combat	Boxe Santé	

Cartographie des lieux d'activité 2019-2020



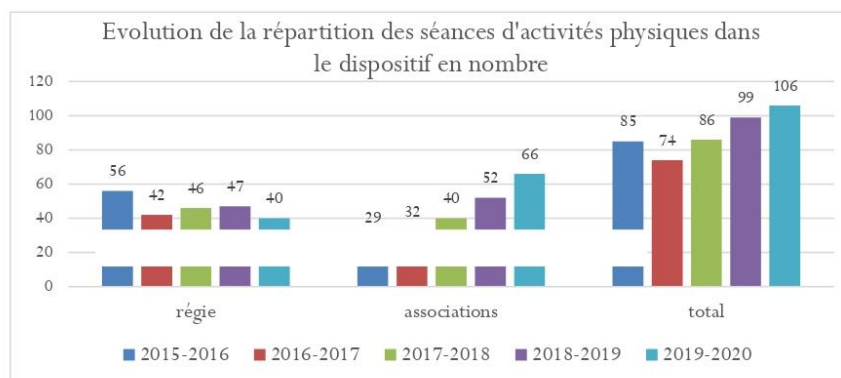
Sport santé sur ordonnance | Rapport d'activité 2020

Activités des associations pour l'année 2019-2020

24 activités
43 créneaux
41h45

Activités aquatiques	Aquagym Dragonboat Natation	Aquapilates
Cardio/musculation	Basket Santé Circuit training Gym d'entretien dynamique Marche nordique : débutant/avancé Pilates Renforcement musculaire Tennis Santé	Cardiotraining Endurance Foot santé Multisports Rameur Tchoukball Vélo
Activités douces	Gym d'accueil du corps Gym sénior Qi Gong	Gym douce
Activités de combat	Boxe Santé	Karaté Santé

Évolution du nombre global de séances d'activités hebdomadaires



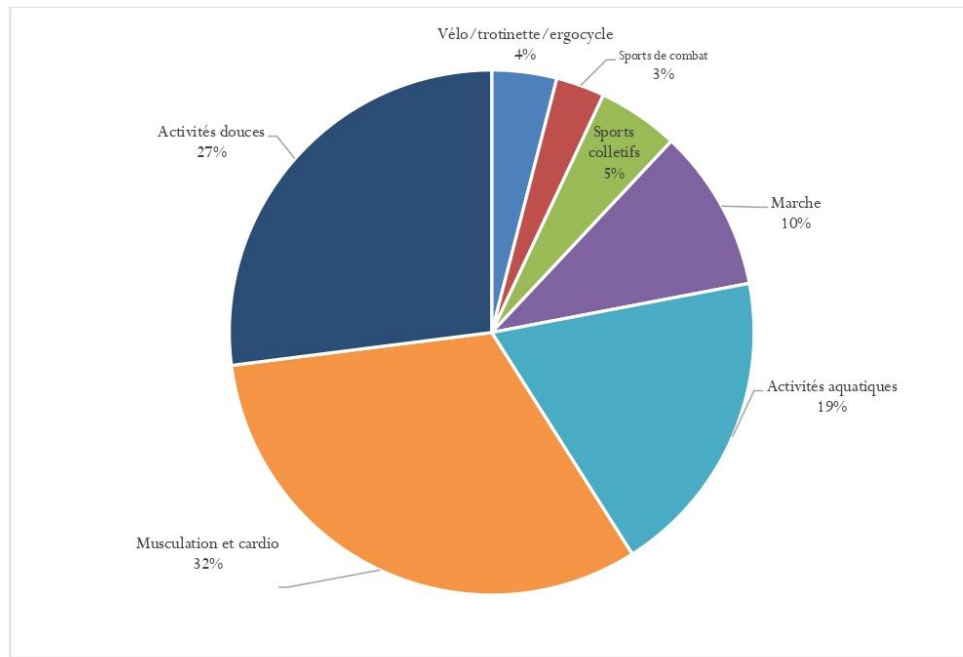
- ✓ Au vu de l'augmentation constante du nombre de personnes souhaitant intégrer le dispositif, il est nécessaire pour l'équipe municipale de s'adapter afin de pouvoir accueillir l'ensemble des bénéficiaires lors des rendez-vous d'inclusion et de suivi. De ce fait, la part d'encadrement des activités physiques dévolue aux associations progresse chaque année.

Activités en régie de l'été 2020

- ✓ Les activités proposées par les associations sont suspendues durant la période estivale. Afin de ne pas créer de césure, les équipes Sport Santé de la ville de Strasbourg proposent une offre variée d'activités aux bénéficiaires du dispositif. Cette offre est complétée par d'autres activités mises en place par la ville, telles que Passion Tonic ou encore la Tournée des pratiques douces.
- ✓ L'organisation des séances associatives est réalisée sur une année scolaire, la saison estivale étant entièrement proposée par l'équipe municipale.

Sports aquatiques	Aquagym Natation : débutants, confirmés	aquatri
Cardio/musculation	Danse Santé Gainage-posture-Stretching Multisports Tennis de table Marche nordique Passion Tonic Paddel : débutant, avancé Vélo : école, sortie balade nature	Ergocycle Renforcement musculaire Pentathlon Parcours Santé
Activités douces	Gym douce Stretching-Relaxation	Pratique douce

Activités proposées à l'inclusion en 2020



KARATÉ SANTÉ

- ✓ En plus des activités physiques hebdomadaires, le bénéficiaire peut se voir proposer un Vél'hop pour une utilisation personnelle sur une durée d'un an maximum, grâce au partenariat avec Strasbourg-Mobilités et la CTS.

Crise Sanitaire COVID-19

L'adaptation des structures pendant le premier confinement

- ✓ Pendant les deux confinements de 2020, les **éducateurs SSSO** ont maintenu un contact permanent avec les bénéficiaires qu'ils accompagnent, notamment au travers d'un temps d'échanges quotidien de 10h à 12h via Skype. En revanche, comme les locaux étaient fermés pendant le premier confinement, aucune inclusion n'a pu être réalisée avant septembre 2020. De plus, les rendez-vous de suivi ont été réalisés par téléphone de mai à août 2020, et 6 mois supplémentaires ont été « offerts » à tous les bénéficiaires actifs dans le dispositif entre mars et septembre 2020 dans le but de compenser l'impossibilité de suivre des séances entre mars et mai.

Afin de mieux suivre les bénéficiaires, des fiches APAS ont été produites pour aider ceux-ci à continuer une activité physique en autonomie. Mais aussi, dans la mesure du possible, des séances ont pu être animées via des plateformes numériques telles que Zoom.

- ✓ Le suivi des bénéficiaires a été réalisé de manière très assidue pour les éducateurs. Pour exemple, voici le bilan de suivi pendant le premier confinement pour l'une des éducatrices SSSO :

	courriel	sms/mms	Appels téléphoniques	Fiches
Mars	2592	56	0	4
Avril	3338	124	18	6
Mai	1107	144	34	2

- ✓ Avant la reprise des activités en présentiel, les intervenants se sont adaptés pour proposer aux bénéficiaires des activités à distance. Cela représente notamment :
 - 285 séances d'activités via Zoom
 - 27 vidéos You tube
 - 46 fiches techniques « Bougez chez vous ! »
 - 4 groupes de discussion
- ✓ Les éducateurs SSSO ont pu reprendre leurs activités en présentiel uniquement en extérieur dans les parcs et plan d'eau du BAGGERSEE du 22 juin au 28 août 2020, avec application des recommandations sanitaires.

Des programmes expérimentaux

- ✓ L'Institut Siel Bleu a proposé au cours de l'année 2020 une prise en charge du sport santé pour les personnes souffrant de symptômes COVID « longs ». Lancé en Novembre 2020, ce programme expérimental se compose de 14 séances réparties sur deux mois et allie à la fois des bilans physiques que des séances en APA. Dans le respect des consignes sanitaires, les bénéficiaires ont pu profiter d'un programme complet leur permettant d'évaluer et d'agir sur leur condition physique et respiratoire tout en maintenant un lien social dans une période de confinement où la santé psychologique des personnes fragiles est mise à rude épreuve. Sur un objectif de 100 personnes, l'Institut Siel Bleu a réalisé 70 inclusions. Celles-ci concernaient des cours collectifs (22), des visites à domicile (3) mais aussi et surtout des EHPAD (45), pour un budget total de 103 542€.



Après avoir suivi ce programme expérimental, les bénéficiaires résidant à Strasbourg sont, dans la mesure du possible, redirigés vers le dispositif SSSO de la MSS soit pour un bilan final, soit réorientés vers les éducateurs de la ville, soit intégrés dans des activités proposés par le SSSO. Pour celles et ceux résidant dans l'Eurométropole, on propose une orientation vers des activités adaptées en associations.

Budget

- ✓ Le budget réalisé pour l'année 2020 s'élève à 590 147 €

Répartition de la participation au fonctionnement du projet :

• Ville	271 503 € soit 46 %
• Département (Conférence des financeurs)	100 000 € soit 16.9 %
• ARS	158 644 € soit 26.9 %
• RLAM	40 300 € soit 6.8 %
• DRDJSCS	12 700 € soit 2.2 %
• Tarification solidaire	6300 € soit 1.1 %
• Autres établissements publics	7000 € soit 1.2 %

- ✓ En dehors de la participation financière, diverses contributions volontaires en nature permettent au dispositif de fonctionner. La CTS et Strasbourg mobilités mettent à disposition 100 Vélohop pour l'année 2020, valorisés à hauteur de 12 000 €.
- ✓ Les HUS contribuent à hauteur de 18 280 € par la mise à disposition de personnel.

Annexe 4 Programme des 3èmes Assises du Sport santé sur ordonnance à Strasbourg

Strasbourg.eu

3èmes assises européennes du sport santé sur ordonnance 14 octobre 2019

*En présence de Madame Roxana MARACINEANU,
ministre des sports*



Lundi 14 octobre

Palais de la Musique et des Congrès

De 9h à 11h : plénière inaugurale

- Introduction : Les fédérations sportives, un levier pour le sport santé
 - Fédération française de tennis : Dr Anne GIRES, médecin coordonnateur national
 - Fédération française d'athlétisme : Martine PREVOST, Présidente de la Commission nationale d'athlétisme forme santé (CNAFS)
 - Fédération française de natation : Dr Dominique CUPILLARD, Présidente de la commission natation santé et éveil aquatique et Latif DIOUANE, département développement
- Ouverture officielle
 - Le Maire de Strasbourg
 - Belkhir BELHADDAD et Martine WONNER, députés
 - Adrien TAQUET, secrétaire d'Etat auprès de la ministre des solidarités et de la santé Agnès BUZYN, *intervention vidéo*
 - Roxana MARACINEANU, ministre des sports
- Mises en perspectives
 - Marie BARSACQ, directrice *Impact et héritage*, Comité d'organisation des Jeux Olympiques et paralympiques de Paris 2024
 - L'Adjoint au maire de Strasbourg en charge de la santé, *La dynamique des villes au sein du réseau français des villes santé de l'OMS*
 - Didier ELLART, Vice-président de l'ANDES, Association Nationale des Elus en charge du Sport), *La dynamique des villes sport*
 - Julia, Rocio, Alain, *La parole des usagers*
 - François SENERS, rapporteur général de la section du rapport et des études, *Analyses du Conseil d'Etat sur le sport santé*
 - Clément PERRIER, doctorant, trésorier de l'Institut ReCAPPS, *État de la science côté sociologie du sport*
 - Dr François CARRE, Professeur en physiologie cardiovasculaire au CHU de Rennes, *État de la science côté santé*

Julie ARANEDER, Directrice Solidarités Santé Jeunesse et Jacques VERNEREY, Directeur des Sports, Ville de Strasbourg, *animateurs*



#SportSanté #AssisesStrasbourg19

De 11h00 à 12h30 : ateliers 1 à 5

1. Les Jeux Olympiques 2024 : enjeux et héritage pour la santé salle Varsovie

- **Présidence** : Dr Guillaume BARUCQ, adjoint au Maire chargé de l'environnement, qualité de l'air et bien-être, Ville de Biarritz
- **Animation** : Marie BARSACQ, directrice 'impact et héritage', Comité d'organisation des Jeux Olympiques et Paralympiques Paris 2024
- **Exposés** :
 - Rémi STANGRET, directeur général de la Ligue d'athlétisme de la Région Grand Est
 - Muriel DUBREUIL, chargée d'études, Observatoire régional de santé d'Ile de France
 - Stéphanie GOURDOL, directrice de projet J.O.P, Conseil départemental de Seine Saint Denis
 - Christophe CELENY, chef du service Vie sportive, Ville de Strasbourg

2. Le modèle économique : du financement à l'activité au remboursement solidaire ? salle Rome

- **Présidence** : Jean-Claude DUBOS, conseiller délégué au sport santé, Ville de Blagnac
- **Animation** : Anne-Céline FREISS, directrice adjointe du Régime local d'assurance maladie d'Alsace Moselle
- **Exposés** :
 - Dr Alain FUCH, médecin conseil chef, Caisse déléguée Côte d'azur, Sécurité sociale des indépendants : *'As du cœur' : de l'étude scientifique à l'expérimentation article 51*
 - Dr Jean-Luc GRILLON, médecin conseil DRDJSCS Bourgogne Franche comté : *Le financement du sport santé : un besoin d'approche systémique et de mise en réseau des acteurs*
 - Thierry FAUCHARD, Mutuelles des sportifs groupe VYV : *L'activité physique sur ordonnance dédiée aux adhérents en affection longue durée*

3. Le sport-santé sur ordonnance : et après ? salle Londres

- **Présidence** : Jérémie PARDIES, conseiller municipal délégué aux relations avec les clubs sportifs, Ville de Miramas
- **Animation** : Dominique DELANDRE, adjoint au Maire en charge des sports, Ville de Montargis
- **Exposés** :
 - Ludwig WOLF, conseiller technique national sport santé, Fédération Française d'Haltérophilie-Musculation
 - Cédric BARREAU, secrétaire de l'association Urban Runners France
 - Dr Bernard BROS, Président d'Efformip

4. Les Maisons sport santé : cadrage national et initiatives locales salle Madrid

- **Présidence** : Dr Geneviève PICHARD, conseillère municipale en charge de la santé, Ville de Carcassonne
- **Animation** : Christèle GAUTIER, cheffe de projet Stratégie nationale sport santé, Ministère des sports
- **Exposés** :
 - Jean-François SALOMON, Directeur des sports, Communauté urbaine de Caen et Ville de Caen : *Maison du sport santé, illustration à Caen*
 - Pauline BLANC, chargée d'études, doctorante et François JOUAN, chef du service santé et autonomie, Ville de Strasbourg : *Le projet strasbourgeois de Maison sport santé parmi d'autres structurations locales*
 - Jean-Paul SOUSA, Directeur général de Goove : *La Maison sport santé d'Angers*

5. Les Liv lab sport : concept, initiatives salle Amsterdam

- **Présidence** : Dr Patrick PADOVANI, adjoint au Maire en charge de la santé, Ville de Marseille
- **Animation** : Dr Henri METZGER, conseiller municipal délégué à la santé, Ville de Mulhouse
- **Exposés** :
 - Guillaume FACCHI, coordinateur des programmes stratégiques, Alsace BioValley : *L'implication du citoyen, levier de l'innovation socio-économique*
 - Cathy CHRISTOPHE, Directrice de la Maison d'arrêt de Strasbourg : *Sport santé sur ordonnance en prison, une innovation pour l'insertion sociale*
 - Dr Christiane BRUEL, directrice de la Promotion de la santé, Ville de Marseille : *le projet de Liv lab sport*

6. Sport santé sur ordonnance : un modèle pour l'Europe ?

salle Londres

- **Présidence** : Francis TOUYA, adjoint au Maire en charge des sports, Ville de Tarbes
- **Animation** : Pr William GASPARINI, Faculté des sciences du sport et chercheur au laboratoire Sport et sciences sociales, Université de Strasbourg
- **Exposés** :
 - Dr Didier ELLART, adjoint au Maire en charge du sport et de la santé, Ville de Marcq-en-Barœul et Vice-président de l'ANDES : *Retours d'expériences de l'ANDES sur 5 villes européennes*
 - Pr Giovanna RUSSO, Dép. for life quality studies and Dép. of education sciences, Université de Bologne : *Promotion et prescription médicale de l'activité physique en Emilie-Romagne*
 - Benoît MASSART, coordinateur de l'association sport sur ordonnance en Wallonie : *Le contexte du sport sur ordonnance en Belgique*
 - Dr Alberto AIBAR SOLANA, coordinateur CAPAS-Ciudad à Husca, Professeur à l'Université de Saragosse : *Le rôle du médecin en Espagne*

7. L'activité physique à des fins de santé : une chance pour les enfants en surpoids

salle Rome

- **Présidence** : Dr Alain BATILLOT, conseiller municipal délégué à la santé, Ville de Bourgoin Jallieu
- **Animation** : Dr Salima DERAMCHI, cheffe de pôle promotion de la santé et réduction des inégalités sociales de santé, Ville de Paris
- **Exposés** :
 - Marie GLUCK, enseignante en APA réseau Obésité et Diabète de l'Enfant (ODE) : *La place des activités physiques adaptées dans un programme d'éducation thérapeutique*
 - Dr Noémie MUTZIG, médecin référent dispositif PRise En Charge Coordonnée des enfants en surpoids et Obèses de Strasbourg (PRECCOSS) : *Un réseau municipal d'accompagnement, une chance pour l'activité physique et sportive des enfants ?*
 - Julien BOIS, responsable du projet CAPAS-cité: *Mouv à l'école, un exemple d'intervention association l'Université de Pau et la ville de Tarbes pour promouvoir l'activité physique des écoliers*

8. Le bénéficiaire acteur du sport santé : vers un patient expert ?

salle Amsterdam

- **Présidence** : Daniel RAYMOND, adjoint au Maire en charge des sports, Ville de Fontainebleau
- **Animation** : Marc EYRAUD, coordinateur de la communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) Champsaur Valdaudemar, Hautes Alpes
 - Jean-Michel MEYER, Président de France assoc santé Grand Est
 - Karine LAURENT, pharmacienne, Klen impact : *Patient expert, l'avenir du sport santé sur ordonnance*
 - Cathy, Julia, Rocio, Collectif bénéficiaires

9. Faut-il prescrire du sport santé aux seniors ?

salle Varsovie

- **Présidence** : Dr Véronique GONNET, conseillère municipale, Ville de Charenton-le-Pont
- **Animation** : Dr Elise SCHMITT, praticien hospitalier, gériatrie, Hôpitaux universitaires de Strasbourg
- **Exposés** :
 - Dr Michel TREGARO, médecin, Fédération retraite sportive
 - Dr Corinne GHOZLAN, Directrice générale Lean de Vie (Silver run)
 - Dr Anne GIRES, médecin coordonnateur national, Fédération française de tennis

10. Médecin traitant et intervenant en activité physique : binôme gagnant au service du patient

salle Madrid

- **Présidence** : Michaël DOZIERE, adjoint au Maire en charge du sport et de la santé, Ville de Douai
- **Animation** : Pr Marie-Eve ISNER-HOROBETI, médecin chef de l'Institut Universitaire de Réadaptation Clémenceau (IURC), Strasbourg
- **Exposés** :
 - Dr Olivier COSTE, médecin conseiller, DRJSCS Occitanie
 - Dr Elisabeth PENIDE, médecin généraliste Maison urbaine de Santé à Strasbourg, Joëlle JOLLY, éducatrice sport santé, Ville de Strasbourg et Samya, bénéficiaire
 - Corinne PACAUD, infirmière dispositif ASALEE

De 15h30 à 17h : Plénière

- Christophe LANNELONGUE, Directeur général de l'ARS Grand-Est
- Emmanuel THIRY, Directeur régional adjoint de la DRDJSCS Grand Est
- Sylvie MANSION, Directrice de la CPAM du Bas-Rhin
- Dr Helmut HILDEBRANDT, chercheur et directeur général d'Optimedis & Manfred ZAHORKA, consultant spécialisé, *L'activité physique et sportive dans un système de santé intégrée, l'exemple de « Gesundes Kinzigtal »*
- Dr Brice CANOT, collectif national des structures sport santé
- Pr Martine DUCLOS, Présidente du comité scientifique de l'ONAPS, Présentation de l'état des lieux des dispositifs sport santé sur ordonnance en France
- L'Adjoint au Maire de Strasbourg en charge des sports, Nathalie MARAJO-GUTHMULLER, conseillère départementale du Bas-Rhin, Dr Véronique GUILLOTIN, Conseillère régionale du Grand Est : *table ronde - Les territoires au service du sport santé*
- Conclusion : la journée vue par les usagers

François JOUAN, chef du service santé et autonomie et Sylvie SCHWALLER, chargée de mission vivre mieux, service vie sportive, Ville de Strasbourg, *animateurs*

Un déjeuner buffet vous est offert sur place, de 12h45 à 14h

Avec le soutien financier de :



Le groupe national des villes sport santé sur ordonnance du réseau français de l'organisation mondiale de la santé se réunit en plénière

mardi 15 octobre de 9h à 12h

au centre administratif, 1 parc de l'Etoile (salle des conseils – 1^{er} étage).

Annexe 5 Extrait de l'appel à projet Nutrition 2016-2017 du contrat local de santé

Strasbourg.eu
eurométropole

Capitale
européenne

APPEL A PROJETS NUTRITION 2016-2017 Contrat Local de Santé

I. Contexte

La Ville de Strasbourg s'engage depuis de nombreuses années dans une politique de promotion de la santé afin d'agir sur la réduction des inégalités territoriales et sociales de santé ; c'est-à-dire, agir au plus près des populations en difficultés. Elle porte chaque année des actions de prévention et de promotion de la santé en cohérence avec les besoins et les demandes identifiées par les habitants et les relais territoriaux dans les quartiers.

Certains quartiers de la ville présentent les taux d'obésité les plus élevés d'Alsace. Ces données sont particulièrement préoccupantes chez les enfants et chez les adultes atteints de maladies chroniques. Les actions menées en matière de nutrition, c'est-à-dire sur l'équilibre alimentaire et l'activité physique¹, constituent les premiers éléments dans la prévention de cette problématique de santé. En effet, bouger est un facteur important pour protéger sa santé au même titre que bien manger. Dans le cadre du Contrat Local de Santé de la Ville de Strasbourg, les partenaires signataires portent et soutiennent des actions en matière de nutrition tant auprès des enfants que des adultes.

Ainsi, le présent cahier des charges vise à harmoniser les différents niveaux d'intervention en matière de nutrition que ce soit en prévention primaire pour tous (en amont de la maladie), en prévention secondaire (au stade précoce de la maladie) ou en prévention tertiaire (pour lutter contre les complications liées à la maladie).

II. Objectifs

Ce cahier des charges « Nutrition » de la ville de Strasbourg :

- est destiné à présenter les dispositifs et leurs actions aux structures associatives qui souhaitent participer à la promotion de l'activité physique et/ou de l'équilibre alimentaire en devenant partenaire de la Ville de Strasbourg ;
- donne un cadre et des modalités de suivi aux futures associations partenaires ;
- fixe des règles de coordination et d'échange entre les associations et la ville qui pilote les dispositifs ;
- permet d'harmoniser les différentes actions sur le territoire strasbourgeois autour d'un projet commun.


Cet appel à projet est constitué des deux axes de la nutrition à plusieurs niveaux de prévention :

- **AXE 1 : Activité physique**
 - Volet 1 : Apprentissage du vélo pour les enfants, sorties pédestres et vélo en famille
 - Volet 2 : PRECCOSS (Prise en charge coordonnée des enfants obèses et en surpoids de Strasbourg)
 - Volet 3 : Sport-santé sur ordonnance
- **AXE 2 : Alimentation**
 - Volet 4 : Petits-déjeuners pédagogiques dans les écoles publiques

¹ Cf. Plan National Nutrition Santé (PNNS) : la nutrition comprend autant les questions relatives à l'alimentation que celles relatives à l'activité physique.

III. Critères d'éligibilité communs

- Un dossier complet et un projet clairement exposé ;
- Une action apportant une réelle plus-value spécifique « santé » et non une simple activité sans contenu pédagogique orienté vers cet objectif de santé ;
- Une offre adaptée aux besoins des bénéficiaires : accueil, conditions d'accessibilité, progressivité, modalités et niveau de l'encadrement, pédagogie retenue, accompagnement proposé... ;
- Du personnel encadrant formé aux caractéristiques du public concerné, avec des professionnels présentant des compétences et connaissances en lien avec le public accueilli ;
- L'opportunité de la demande par rapport aux objectifs : adéquation de la réponse, expérience et ancrage territorial du porteur de projet ;
- Un projet comportant des critères d'évaluation et de suivi de/des l'action(s) proposée(s).

 Il est conseillé aux associations sportives répondant aux volets 2 et/ou 3 qu'elles s'inscrivent dans une démarche de labellisation Sport-Santé ARS-DRJSCS du plan "Activités physiques, santé, bien-être" (APSBÉ)².

Ne seront pas recevables les demandes suivantes :

- Les projets portés par des structures non-associatives ;
- Les projets ne répondant pas aux objectifs généraux et spécifiques de chaque volet ;
- L'élaboration d'outils de communication ;
- La réalisation de tests de condition physique exclusivement ;
- Les projets strictement événementiels, non inscrits dans le temps ;
- Les projets non réalistes (technique, logistique, budget...)

IV. Comment répondre ?

Le formulaire pour candidater est disponible sur le site de la ville de Strasbourg. Dûment rempli et accompagné des annexes demandées, les dossiers de candidature doivent parvenir en version électronique par mail et en version papier par courrier **au plus tard le 03 juin 2016 à la Ville de Strasbourg.**

Constitution du dossier

LES ASSOCIATIONS PEUVENT REpondre A UN OU PLUSIEURS VOLETS. SI LA DEMANDE CONCERNE PLUSIEURS VOLETS DE L'APPEL A PROJET, UN DOSSIER EST A CONSTITUER POUR CHACUN DES VOLETS

- Remplir le formulaire d'appel à projet (un par volet)
 - I) Présentation de l'association
 - II) Descriptif détaillé de l'action
 - III) Ressources mobilisées pour l'action
 - IV) Calendrier de l'action
 - V) Evaluation de l'action
 - VI) Budget prévisionnel de l'action
- Fournir une copie de l'attestation d'assurance de votre association en cours de validité
- Fournir les diplômes de chaque intervenant et les cartes professionnelles à jour de chaque éducateur sportif

² <http://alsace-champagne-ardenne-lorraine.drdjcs.gov.fr/spip.php?rubrique177>

Volet 3 Sport-Santé Sur Ordonnance

Le dispositif Sport-santé sur ordonnance est né en novembre 2012, dans le cadre du CLS I, de la volonté conjointe des signataires du Contrat Local de Santé. Il consiste à favoriser la pratique d'une activité physique régulière et modérée chez les personnes atteintes d'une maladie chronique. Il repose sur une prise en charge des bénéficiaires par l'activité physique à la fois individuelle et collective, dans une optique de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. Le dispositif vise une modification des habitudes de vie, un changement de comportement vers un mode de vie actif.

Sport-santé sur ordonnance est un dispositif de prévention secondaire et tertiaire à destination des adultes atteints de maladies chroniques stabilisées : obésité, diabète de type 2, maladies cardiovasculaires stabilisées, hypertension artérielle et cancers du sein et du colon (en rémission depuis au moins 6 mois). Ces critères d'inclusion pourront prochainement s'élargir suite à l'adoption de l'amendement « sport sur ordonnance » en novembre 2015 dans le cadre de la loi sur la modernisation du système de santé (*décret attendu avant la fin 2016*).

Munis d'une ordonnance délivrée par leur médecin généraliste, les patients prennent rendez-vous avec un éducateur sportif de l'équipe « sport santé » de la Ville de Strasbourg. Ce rendez-vous d'inclusion permet d'orienter les patients vers deux activités physiques qui conviennent le mieux à leurs habitudes, leurs envies et surtout leur état de santé. Un rendez-vous à 1 mois est ensuite convenu. Par la suite, le suivi se réalise lors d'entretiens qui ont lieu tous les 6 mois avec l'éducateur sport-santé de la ville.

L'appel à projet

Mise en œuvre : de septembre 2016 à juin 2017 (possibilité juillet / août 2017)

Territoire cible : Ville de Strasbourg

Publics cibles : bénéficiaires du dispositif Sport-santé sur ordonnance : des personnes adultes, sédentaires et atteintes de maladies chroniques stabilisées (obésité, diabète de type 2, maladies cardiovasculaires stabilisées, hypertension artérielle et cancers du sein et du colon en rémission depuis au moins 6 mois).

Action générale attendue : accueil, encadrement de séances d'activités physiques et suivi des bénéficiaires.

Observations/recommandations

- Les créneaux présentés seront a priori spécifiques à l'accueil du public ciblé mais, en fonction des situations, pourront accueillir un public élargi. Les séances peuvent donc être dédiées au public du dispositif ou mixtes.
- L'association s'engage à réaliser un bilan (le nombre de personnes régulièrement présentes, les difficultés rencontrées, les points positifs, les choses à améliorer etc..) et à le transmettre à l'équipe sport-santé de la ville.
- Plusieurs réunions, réunissant les différentes associations sportives et l'équipe sport-santé de la ville, auront lieu durant l'année 2016-2017 (une par trimestre environ). Elles permettront d'échanger autour du dispositif.
- L'association se verra fournir une liste de présence pour chaque séance par l'équipe de la ville, celle-ci devra être transmise informatiquement de façon hebdomadaire afin d'assurer un suivi des bénéficiaires.
- Les éducateurs devront signer le carnet de suivi des bénéficiaires à chaque séance.
- L'association s'engage à faire remonter les éventuels problèmes rencontrés à l'équipe sport-santé de la ville. Elle s'engage également à informer celle-ci sans délai, de toute annulation ponctuelle de créneau (absence, maladie,...).
- L'association doit aussi prévenir les bénéficiaires directement en cas d'annulation d'une séance.
- L'association qui souhaiterait annuler ou modifier durablement un créneau (jour, lieu, horaire) doit le faire par écrit (mail et/ou courrier) à l'équipe sport-santé de la ville en précisant les motifs et les alternatives proposées
- L'association s'engage à ne demander aucun frais d'inscription (de type licence) aux participants, ceux-ci bénéficiant de la tarification solidaire mise en place par la Ville.
- L'organisation d'une action ponctuelle (1 à 2 fois/an) à l'attention des bénéficiaires des dispositifs PRECCOSS et Sport santé sur ordonnance.

Deux points essentiels au bon fonctionnement du dispositif

- ✓ **Les relations fréquentes entre l'association et l'équipe Sport-Santé de la Ville**
- ✓ **L'autonomie de l'association dans ses liens avec les bénéficiaires**

Indicateurs minimaux de suivi par l'association

- Nombre de séances par semaine.
- Nombre de bénéficiaires à chaque séance.

Critères de sélection spécifiques :

- L'activité physique doit être hebdomadaire et continue sur l'année en dehors de la période des vacances de Noël.
- Lors de la commission de sélection, une attention particulière sera portée sur le niveau de formation en cohérence avec la(les) pathologie(s) des bénéficiaires (mention obligatoire dans le formulaire).

Annexe 6 Extrait de l'appel à projet 2021-2022 volet activité physique de la maison sport-santé de Strasbourg



APPEL À PROJETS 2021-2022

VOLET ACTIVITE PHYSIQUE des dispositifs

PRECCOSS et SSsO

(Prise en Charge Coordonnée des enfants et des adolescents Obèses et en Surpoids et Sport Santé sur Ordonnance à Strasbourg)

I. Contexte

Le Groupement d'Intérêt Public Maison Sport Santé de Strasbourg et ses partenaires s'engagent dans une politique de promotion de la santé globale afin d'agir sur la réduction des inégalités territoriales et sociales de santé, au plus près des populations en difficultés. Il porte des actions de prévention et de promotion de la santé en cohérence avec les besoins et les demandes identifiées par les habitants et les relais territoriaux dans les quartiers. Ces actions sont soutenues par des partenaires du Contrat Local de Santé-Strasbourg que sont notamment la Ville de Strasbourg, l'Agence Régionale de Santé Grand Est, la Délégation Régionale Académique à la Jeunesse, à l'Engagement et aux Sports Grand Est, le Régime Local d'Assurance Maladie Alsace Moselle et la Collectivité Européenne d'Alsace.

« Bouger » au même titre que « bien manger », est un facteur important pour protéger sa santé. Chaque année, plus de 2 000 strasbourgeois sont admis en affections de longue durée (ALD) et la part d'enfants et d'adultes en surpoids reste importante sur le territoire. C'est pourquoi, les actions menées en matière de nutrition, sur l'équilibre alimentaire et l'activité physique¹, constituent des déterminants importants dans la prévention de ces problématiques de santé. C'est dans ce cadre que le GIP Maison Sport Santé de Strasbourg et ses partenaires soutiennent cet appel à projet en activité physique tant auprès des adultes que des enfants.

II. Objectifs

Ce nouvel appel à projets :

- est destiné à présenter les dispositifs et leurs actions aux structures qui souhaitent participer à la promotion de l'activité physique dans le cadre des dispositifs Sport santé sur ordonnance (SSSO) et PRECCOSS, Prise en Charge Coordonnée des enfants et des adolescents Obèses et en Surpoids de Strasbourg, en devenant partenaire du GIP Maison Sport Santé de Strasbourg.
- donne un cadre et des modalités de suivi aux futures structures partenaires ;
- fixe des règles de coordination et d'échange entre celles-ci et le GIP qui pilote les dispositifs ;
- permet d'harmoniser les différentes actions sur le territoire strasbourgeois.
- est constitué de deux parties :
 - 1 : Dispositif PRECCOSS (Prise en charge coordonnée des enfants et adolescents obèses et en surpoids de Strasbourg)
 - 2 : Dispositif Sport santé sur ordonnance (SSSO)

¹ Cf. Plan National Nutrition Santé (PNNS) : la nutrition comprend autant les questions relatives à l'alimentation que celles relatives à l'activité physique.

III. Critères d'éligibilité communs

- Un **dossier complet** et un projet clairement exposé
 - Une action apportant une réelle **plus-value spécifique « santé »** dans un objectif pédagogique
 - Une **offre adaptée** aux besoins des bénéficiaires : accueil, conditions d'accessibilité, progressivité, modalités et niveau de l'encadrement, pédagogie retenue, accompagnement proposé...
 - Du **personnel encadrant formé** aux caractéristiques du public concerné, avec des professionnels présentant des compétences et connaissances en lien avec le public accueilli ; pour Sport santé sur ordonnance, qualifications référencées dans le décret du 30 décembre 2016 relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée. Nous retenons les mêmes critères pour l'obésité chez les enfants, les adolescents et les adultes, l'hypertension artérielle et les personnes âgées.
- ⇒ L'encadrant du créneau doit obligatoirement être soit :
- masseur kinésithérapeute
 - titulaire d'une licence STAPS APAS
 - titulaire d'un brevet* ou d'un diplôme* d'État délivré par la DRAJES
 - Initiation et animation : BPJEPS
 - Initiation et Pratique Entraînement-Perfectionnement : DEJEPS
 - Fonction de direction et système d'entraînement performance sportive : DESJEPS
 - Brevets d'État : BEES 1er, 2ème et/ou 3ème degré.
 - titulaire d'un titre à finalité professionnelle ou d'un certificat de qualifications professionnelles (CQP)*
 - titulaire d'une certification délivrée par une fédération sportive agréée **

Les formations sport-santé délivrées par le CROS Grand Est et nécessaires pour pouvoir encadrer un créneau :

Niveau 1 : tronc commun ayant pour objectif de former l'éducateur à comprendre et animer l'activité physique quel que soit l'âge ou l'état de santé du pratiquant. Lors de ces 16h de formation, les compétences développées, fondées sur les données scientifiques relatives à l'activité physique adaptée, concernent la posture neutre de l'intervenant, sa capacité d'empathie, la conception d'un projet APS et santé, l'accueil, la prise en charge, et la mise en confiance du pratiquant.

Niveau 2 : module spécifique «Pathologies Chroniques» spécialement développé pour former les éducateurs professionnels aux affections de longue durée prises en charge dans le protocole Prescri'mouv. Le participant développe les compétences relatives aux spécificités de 8 pathologies, à leur impact sur la pratique physique et sportive, aux principaux bénéfices liés à l'APS dans le cadre de la spécificité, à l'adaptation de son activité et à la programmation d'une séance. Il sera capable de prendre en charge une personne atteinte d'une ALD et de l'inscrire dans une activité physique adaptée et durable. Cette formation est d'une durée de 36h. Pour en savoir plus sur ces niveaux de formation : dates, coût, système d'équivalence... vous pouvez vous rapprocher du CROS Grand Est

/// Le niveau 2 peut être proposé à la carte dans l'hypothèse où l'éducateur serait d'ores et déjà formé sur certaines pathologies ou dans le cas de figure où il souhaiterait ne prendre en charge que certaines pathologies.

- ☛ L'intervenant doit être en possession d'une CARTE PROFESSIONNELLE D'EDUCATEUR SPORTIF en cours de validité et doit dans le cadre de ses activités intervenir dans le strict respect des prérogatives liées aux diplôme(s) dont il est titulaire, il convient de fournir la copie de la carte incluant les diplômes (disponible via le site <https://eaps.sports.gouv.fr> et le QR Code de la carte)
- ☛ Dans le cas contraire, l'intervenant doit en faire la demande sur le site <https://eaps.sports.gouv.fr>, dans les plus brefs délais
- ☛ Être à jour de **secourisme** PSE1 ou PSC1 ou équivalent
- ☛ **L'adéquation de la réponse** par rapport aux spécificités des dispositifs présentés ci-après dans les deux parties
- ☛ Un projet prenant en compte les **critères d'évaluation** et de suivi de/des l'action(s) proposée(s).

² * Pour ces profils d'encadrant, un complément de formation sport santé délivré par le CROS est demandé (cf tableau ci-dessous). Néanmoins, un dossier de demande d'équivalence peut être renseigné et transmis à l'opérateur de son territoire si le candidat estime pouvoir justifier des compétences listées dans le décret du 31 décembre 2016 grâce à d'autres formations ou expériences

** Sont **UNIQUEMENT** concernés les éducateurs sportifs titulaires d'une certification fédérale référencée dans les arrêtés ministériels des 8 novembre 2018 et 29 juillet 2019

Sport sur ordonnance : de la prescription à l'engagement des bénéficiaires dans le dispositif. Parcours de vie et expériences de malades chroniques à Strasbourg

Résumé

Liée à la multiplication des actions d'éducation et de promotion de la santé par les activités physiques, la prescription médicale d'activités physiques (AP) permet aux malades chroniques d'intégrer des programmes d'AP adaptées à leur état de santé. Dès 2012, dans un contexte national et local favorable au "sport-santé", la ville de Strasbourg développe le dispositif « Sport-santé sur ordonnance ». L'enquête qualitative auprès de 32 anciens usagers de cette action publique strasbourgeoise révèle ainsi différents profils de bénéficiaires tant du point de vue des dispositions individuelles que des socialisations sportives antérieures ainsi que des moments ou ruptures biographiques du parcours de vie. L'analyse compréhensive des récits et des expériences subjectives permet également de dégager des parcours de pratiquants d'activités physiques dont les appropriations de l'AP prescrite et l'engagement pérenne dans une AP apparaissent socialement différenciés.

Mots-clés : Prescription d'activités physiques ; Socialisation ; Maladies chroniques ; Parcours de vie ; Engagement

Résumé en anglais

Related to the proliferation of health education and health promotion actions through physical activity, the medical prescription of physical activity (PA) allows patients with chronic diseases to integrate adapted PA programs to their health condition. From 2012, in a national and local favourable context to "sport-health", the city of Strasbourg developed the "Health-Sport by Prescription" program. The qualitative survey of 32 former users of this Strasbourg public action thus reveals different profiles of beneficiaries, both from the point of view of individual dispositions and past sport socialization, as well as biographic rupture or turning point in the life course. The comprehensive analysis of narratives and subjective experiences also makes it possible to identify the paths of physical activity practitioners whose appropriations of the prescribed PA and long-term engagement to a PA appear socially differentiated.

Keywords : Medically prescribed physical activity ; Socialization ; Chronic Illness ; The course of life ; Engagement