

2

Logiques et modalités d'intervention en activité physique auprès des malades chroniques : approches sociologiques

Intervenir sur la santé de personnes affaiblies par le biais de l'activité physique n'est pas une idée nouvelle en soi. Les pratiques médicales du monde grec antique sont connues pour leurs liens étroits avec les pratiques d'activité physique (Quéval, 2011). Selon Hippocrate, un équilibre très précis doit être trouvé « entre la force que l'on dépense et celle que l'on absorbe », tandis que l'idée d'excès est à bannir.

Cette représentation qui associe la santé à un exercice régulier et modéré sera reprise par le courant hygiéniste vers le milieu du XIX^e siècle pour combattre les méfaits de la tuberculose, de l'alcoolisme, de la malnutrition. Le manque d'exercice est alors associé au risque de « dégénérescence de la race » et au jugement moral (Defrance, 1998 ; Vigarello, 1999).

Il faudra attendre les années 1970 pour que la pratique sportive en compétition soit autorisée en France à de jeunes adultes vivant avec une maladie chronique (Terret et Perrin, 2007). La confrontation des sociétés occidentales avancées au développement massif de pathologies en partie liées au mode de vie s'accompagne d'un renouvellement du regard porté sur l'inactivité physique. À partir des années 1990, la remise en mouvement va progressivement devenir un objet de recommandation et d'éducation du patient chronique dans le cadre de pratiques professionnelles innovantes, progressivement promues par les politiques publiques (Perrin, 2008b, 2013, 2016).

La nécessité d'un autocontrôle³¹ de l'activité physique par les individus se construit alors dans une double tension entre d'une part la gestion des risques

31. Elias (2000) analyse conjointement le processus de civilisation et le processus d'individuation. Ce dernier se caractérise par l'intériorisation de contraintes externes par les sujets, donc

pour la santé individuelle et des coûts pour la société, et d'autre part la quête d'un bien-être tantôt pensé comme un droit pour tous et une responsabilité de chacun. « La lutte contre la sédentarité, construite socialement en nouvelle préoccupation sanitaire, s'érige en morale de l'exercice physique sous la pression de l'autorité médicale » (Génolini et Clément, 2010).

L'activité physique a aujourd'hui acquis une légitimité scientifique et institutionnelle dans la prise en charge des maladies chroniques, condition de possibilité de son intégration dans le parcours de soins. L'article 144 du 26 janvier 2016 de la nouvelle loi de modernisation de notre système de santé consacre cette reconnaissance par « la prescription, par le médecin traitant, de l'activité physique adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical du patient, dans le cadre du parcours de soins des patients atteints d'une affection de longue durée ».

Cette rapide analyse socio-historique permet d'esquisser quelques permanences et reconfigurations dans l'approche française de l'activité physique à des fins de santé. Inscrite dans une approche généralisée de modération de l'activité humaine, elle reste traversée par des tensions dynamiques entre le vital et le social (Pociello, 2004 ; Marcellini et coll., 2016). Les logiques et les modalités d'intervention en activité physique auprès des malades chroniques sont ancrées dans cette histoire en même temps qu'elles la renouvellent. Elles s'expriment à différents niveaux d'échelle que ce chapitre va distinguer : l'institution, les organisations et les groupes professionnels (Perrin, 2014). Par institution sont désignés des projets de société reconnus comme légitimes et déclinés sous la forme d'encadrements politiques et professionnels. Par organisation, ce sont les cadres et les collectifs formels et locaux d'exercice d'une activité qui sont appréhendés. Enfin les groupes professionnels renvoient aux cadres et aux collectifs transversaux de pairs exerçant la même activité professionnelle (Milly, 2012).

À l'heure actuelle, il existe un nombre limité de travaux sociologiques sur l'intégration de l'activité physique dans les parcours de soins, et sur la construction des logiques et modalités d'intervention en activité physique auprès des malades chroniques.

L'objectif de ce chapitre est d'en proposer une lecture synthétique en distinguant les trois niveaux de réalité et d'analyse (institutions, organisations et professions) qui fonctionnent dans les faits dans des « écologies liées » (Abbott, 1988 et 2003), c'est-à-dire dans des équilibres dynamiques trouvés à l'échelle sociétale (Milly, 2012). Quelles que soient les sources de leur

d'un autocontrôle individuel qui renforce la conscience de soi et permet, potentiellement, le développement d'une individualité, hors du groupe.

légitimité, les institutions en tant que projet pour la société et ses membres, deviennent aussi des missions et des mandats (Hughes, 1958) pour les structures et les professionnels chargés de les porter. Ainsi, on ne peut comprendre le travail des professionnels de l'intervention en activité physique sans s'intéresser aux politiques publiques, ni aux organisations qui encadrent les interventions auprès des malades chroniques.

Ce chapitre mettra successivement en lumière les analyses réalisées dans chacune de ces dimensions en restant attentif à leurs effets ou leurs liens avec les deux autres. Il débouchera dans une quatrième partie sur l'analyse des enjeux de l'intervention en activité physique en prévention tertiaire.

La montée en puissance des politiques publiques en faveur de l'activité physique pour les malades chroniques marquée par les rapprochements interministériels

La progression spectaculaire des maladies chroniques initialement qualifiée de « transition épidémiologique » (Omran, 1971), puis de « transition sanitaire » (Frenk et coll., 1991) a été très tôt soulignée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme étant liée aux modes de vie des sociétés occidentales avancées. Dans son rapport intitulé « Des soins novateurs pour les maladies chroniques », l'OMS (2003) affirme la nécessité d'avoir une approche innovante. Un des huit objectifs pour une meilleure prise en charge des maladies chroniques est de « privilégier la prévention », reconnue comme une composante de toute activité de soins, en particulier par une augmentation de l'exercice physique. La prévention et l'éducation pour la santé constituent par ailleurs des dimensions importantes de la loi-cadre du 4 mars 2002 sur les droits des malades et la modernisation du système de santé.

Les maladies chroniques sont progressivement devenues un enjeu prioritaire des politiques de santé publique³² et des maladies telles que le diabète et l'asthme ont fait l'objet de plans de santé publique au début des années 2000 : sur les 100 objectifs de la loi de santé publique d'août 2004, 26 concernent les maladies chroniques ; le Haut conseil de la santé publique (HCSP) installé en mars 2007 y consacre une de ses commissions ; un plan national pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques, rendu public en avril 2007, donne une large place à la dimension de l'éducation du patient ; la Haute Autorité de santé (HAS), l'Institut national de

32. La prévention et l'éducation pour la santé constituent par ailleurs des dimensions importantes de la loi-cadre du 4 mars 2002 sur les droits des malades et la modernisation du système de santé.

prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) et des professionnels de santé ont rédigé un guide méthodologique visant à définir un cadre général de structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient en 2007.

Parallèlement, en 2000, le Comité national olympique et sportif français (CNOSF) inaugure sa Fondation sport-santé dont le but était de promouvoir la protection de la santé du sportif, en particulier par la lutte contre le dopage. Tandis que l'Agence française de lutte contre le dopage (AFLD) est créée en 2006, le CNOSF publie le livre blanc pour le sport en affirmant « la contribution du mouvement sportif à la société » et en soulignant les bénéfices du sport en tant que facteur de santé publique³³. Le sport de « haut niveau » est alors présenté comme le responsable du dopage dans sa recherche effrénée de la plus haute performance, et parallèlement, « le sport pour tous est présenté comme un remède à la sédentarité menaçante pour la santé » (Leclercq, 2007, p. 104). Dans les deux cas, le sport s'inscrit dans une réponse à de nouvelles demandes, à de nouveaux besoins et les associations sportives doivent désormais s'ouvrir et multiplier leurs offres de services (compétition, loisir, santé). Comme l'explique Patrick Mignon (2007), ce positionnement fait suite aux travaux de l'Union Européenne initiés au milieu des années 1990 et au rapport du *Surgeon General* en 1996 aux États-Unis, qui investissent l'idée que l'activité physique est et doit devenir un plein facteur de santé publique.

La question étudiée est complexe, construite par des acteurs multi-situés qui ont des intérêts divers et investissent le champ pour des raisons variables. Peu de travaux se sont intéressés à ce jour à la construction de l'action publique en matière d'activité physique, à ses fondements et à ses relations avec la construction parallèle des connaissances. Pour cette raison, il semble difficile de l'analyser de façon plus approfondie, si ce n'est en relatant les faits et en constatant que tous les plans justifient leurs propos à partir de travaux issus des sciences dures. Les travaux de Merlaud et Terral (2013 et 2016) sur l'usage de l'activité physique comme thérapeutique contre l'obésité, indiquent que les expertises et les recommandations qui en découlent ne sont pas aussi consensuelles que ce qu'elles donnent à penser et que des tensions existent entre les acteurs qui n'ont pas toujours la même vision du monde et des corps. L'analyse des jeux de savoir et de pouvoir qui la traversent est alors essentielle.

33. La raison du plus sport... Livre blanc pour le sport. Voir en particulier le chapitre 5 « Acteur de la santé », pp. 125-138. Disponible à l'URL : http://franceolympique.com/files/File/publications/Livre_blanc_du_sport_francais/Livre_blanc_CNOSF_fr.pdf

Le travail préparatoire à un plan national de prévention par les activités physiques ou sportives : prolongement du PNNS et/ou institutionnalisation des innovations de terrain ?

Dans ce cadre émerge en France un programme nutritionnel intitulé Programme national nutrition santé (PNNS), qui fait de la lutte contre la sédentarité une cause nationale. Sa deuxième phase (PNNS 2, 2006-2010)³⁴, qui met l'accent sur la promotion de l'activité physique, est à l'origine de nouvelles dynamiques au niveau des régions qui se sont traduites par des actions issues de collaborations entre le réseau des comités d'éducation pour la santé et les directions de la Jeunesse et des Sports (Basson et coll., 2013). Ce plan s'appuie sur les chiffres de plusieurs institutions françaises et internationales qui mettent en exergue le problème de la sédentarité (Mignon, 2007). Comme le soulignent Honta et Haschar-Noé (2011), ce PNNS s'inscrit plus généralement « dans la lignée des biopolitiques de l'éducation pour la santé qui instaurent, dans le courant des années 1970, la prévention comme alternative au tout hospitalier et en font un outil de politique publique au service de la maîtrise des coûts (Berlivet, 2004) ». Ce plan a été considéré comme novateur, en privilégiant une approche positive de l'alimentation, mais également comme ambitieux tant le champ qu'il tente de couvrir est large : la nutrition est transversale à plusieurs dimensions et inclut un grand nombre d'acteurs issus de divers milieux qu'il s'agit de mobiliser. Il entend également prendre appui sur les autres plans en place, dans lesquels l'activité physique prend une place prépondérante. C'est par exemple le cas des plans promouvant le « bien-vieillir » dont l'activité physique est un des trois piliers. Légitimées par de nombreuses études scientifiques, « les activités physiques ou sportives (APS) apparaissent comme un moyen d'action pertinent pour les politiques publiques et trouvent un rôle grandissant dans les dispositifs de prévention du vieillissement » (Collinet et coll., 2014).

L'activité physique continue de s'institutionnaliser en 2008 en tant que facteur de santé publique avec la construction d'un Plan National de Prévention par les Activités Physiques ou Sportives (PNAPS)³⁵, porté par le Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie Associative (SJSVA). La Commission Prévention, Sport et Santé s'est réunie d'avril à septembre 2008 pour la rédaction d'un rapport préparatoire à ce plan, sous la présidence de Jean-François Toussaint. Elle s'appuie sur des travaux de référence qui font alors état des bénéfices de la pratique d'une activité physique pour les

34. Le PNNS1 (2001-2005) s'était centré sur les habitudes alimentaires et a débouché sur la campagne « La santé vient en mangeant et en bougeant » promue par l'INPES en 2004.

35. Retrouver sa liberté de mouvement. Disponible à l'URL : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Retrouver_sa_liberte_de_mouvement.pdf

personnes atteintes de maladie chronique (WCRF/AICR, 2007 ; Inserm, 2008). Le PNAPS constate notamment que l'activité recommandée en France reste « relativement limitée et n'est pas développée pour elle-même, contrairement à ce qui est fait dans d'autres pays » (p. 101). Mettant en avant des travaux scientifiques nord-américains et s'inspirant notamment du plan Kino-Québec de 2002, il propose d'ajouter une nouvelle recommandation sur la « nécessaire diversification des activités physiques et sur l'importance d'activer les différentes composantes de la condition physique » (p. 100), tout en veillant à ce que ces activités demeurent adaptées et accessibles selon les différents profils.

Ce long plan, fort de nombreuses recommandations et d'une large expertise sur la place de l'activité physique dans la vie sociale a été remis à Madame la Ministre, Roselyne Bachelot à l'époque. Il ne sera cependant jamais mis en place ni suivi de mesures effectives, sans que nous soyons pour l'instant en mesure de l'expliquer étant donné qu'aucun travail scientifique n'a analysé le PNAPS. Notons cependant qu'il a fait émerger une dynamique d'acteurs issus de différents milieux qui considèrent, encore aujourd'hui, ce texte comme une référence. À la suite du PNAPS, l'activité physique devient un axe à part entière³⁶ du troisième PNNS (2011-2015), mettant définitivement en exergue le processus d'inclusion de l'activité physique dans les politiques publiques de santé en prévention primaire : il s'agit de favoriser les « bonnes » pratiques pour éviter l'apparition de pathologies.

Cette légitimation progressive a permis que les activités physiques et sportives apparaissent dans le rapport d'orientation de la HAS d'avril 2011, parmi les prescriptions de thérapeutiques non médicamenteuses en tant que « règles hygiéno-diététiques » (HAS, 2011). Il est précisé dans le rapport que ces prescriptions nécessitent « une participation active du patient en interaction ou non avec un professionnel spécialisé ». Ce rapport d'orientation constituera un élément décisif dans le positionnement des politiques publiques en faveur de l'activité physique en prévention tertiaire.

Le plan « Sport Santé Bien-Être » et les disparités territoriales

Une communication en conseil des ministres du 10 octobre 2012 annonce la mise en place d'un Plan national sport santé bien-être, « promouvant les activités physiques et sportives pour tous et à tous les âges de la vie », avec pour ambition « d'accroître le recours aux thérapeutiques non médicamenteuses et de développer la recommandation des activités physiques et

sportives par les médecins et les autres professionnels de santé »³⁷. Cette communication, proposée conjointement par le ministère des sports et par le ministère de la santé, anticipe la mise en place effective de ce plan, lancée par la circulaire interministérielle du 24 décembre 2012. Partant du principe que « la contribution des activités physiques et sportives à l'amélioration de la santé des populations n'est plus à démontrer »³⁸, cette circulaire impose aux agences régionales de santé (ARS) et aux directions régionales de la jeunesse, des sports, et de la cohésion sociale (DRJSCS) de créer et de copiloter avec les acteurs du territoire un plan régional. Selon Honta (2016), le constat des deux ministères aurait été que, malgré les différents plans nationaux prenant en compte l'activité physique en tant qu'outil de promotion (PNNS, Plan Obésité, Plan Bien-Vieillir...), une grande partie de la population n'accédait pas réellement et durablement à la pratique. L'état de santé, le handicap, l'âge, le niveau socioéconomique et le lieu d'habitation seraient autant de facteurs déterminants dans l'accès à l'activité physique, qu'il s'agissait de prendre en compte pour atténuer les inégalités. Le Plan sport santé bien-être vise à ce titre les publics les plus vulnérables, définis comme ayant des « besoins particuliers » : personnes avançant en âge, précaires, handicapées ou porteuses de maladies chroniques. Il constitue la première politique publique centrée exclusivement autour de la mise en mouvement des individus et entend instaurer les conditions favorables d'une population physiquement active. Comme l'analysent Collinet et Delalandre (2015) dans le cadre des politiques de prévention du vieillissement, il s'agit pour la collectivité de créer des « environnements supportifs pour les individus » (p. 3) qui doivent eux-mêmes se responsabiliser et acquérir des aptitudes afin de garantir leur propre santé. Selon ces auteurs, la santé et le bien-être relèveraient dans ce cadre de la responsabilité individuelle autant que des facteurs extérieurs. Il s'agit de favoriser l'émergence et le soutien financier d'actions favorables à l'activité physique pour ces publics, par le biais des comités de pilotages régionaux qui choisissent les modalités de fonctionnement sur leur territoire. Cette tendance à l'individualisation des pratiques de santé est également mise en avant par Bergeron et Castel (2014) qui affirment que, « de variables dépendantes, les conduites des individus se seraient muées en variables indépendantes sur lesquelles il convient d'agir » (p. 279). C'est ce qui explique selon Armstrong (2009, p. 910) que « le

37. Communication en conseil des ministres du 10 octobre 2012. Disponible à l'URL : <http://archives.gouvernement.fr/ayrault/gouvernement/la-pratique-des-activites-physiques-et-sportives-facteur-de-sante-publique.html>

38. Instruction n° DS/DSB2/SG/DGS/DS/DGCS/2012/434 du 24 décembre 2012 relative à la mise en œuvre opérationnelle des mesures visant à promouvoir et développer la pratique des activités physiques et sportives comme facteur de santé publique, annoncées en conseil des ministres du 10 octobre 2012. Disponible à l'URL : http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2013/01/cir_36363.pdf

changement comportemental est devenu le Graal de la médecine, en ce que les chercheurs explorent toutes les techniques et technologies qui vont permettre de transformer les comportements, d'éviter les maladies et de repousser la mort ».

Par ailleurs, on remarque que peu de travaux publiés jusqu'ici ont étudié la mise en place du Plan sport santé bien-être. Honta (2016) indique cependant qu'il « s'inscrit dans un processus d'institutionnalisation du positionnement de l'État comme chef de file dans ce secteur, et vise autant la maîtrise des coûts (social et financier) des maladies chroniques restant considérables pour la collectivité, que la mise en cohérence du système » (p. 2). Cela serait devenu nécessaire dans un contexte où les acteurs qui investissent et mettent en œuvre les politiques de santé publique se démultiplient. Ainsi il a été demandé aux institutions décentralisées, plus proches du terrain et des actions locales, d'organiser la mise en place effective du Plan sport santé bien-être. Les recherches en sciences sociales qui analysent les politiques de santé insistent sur l'importance de sa gouvernance régionale, qui serait considérée en France comme le niveau le plus pertinent d'application des plans nationaux (Jabot et Demeulemeester, 2005). Basson et coll. (2013) expliquent à ce titre que « si le processus de décentralisation initié en 1982 confie des compétences sanitaires limitées aux différentes collectivités territoriales que sont les communes, les départements (*via* les conseils généraux) et singulièrement les régions (*via* les conseils régionaux), le cadre régional n'en est pas moins progressivement devenu le lieu de la reconfiguration des rapports entre acteurs institutionnels nationaux et acteurs non étatiques mobilisés localement ». Les travaux insistent également sur l'importance de l'échelon local et des politiques de la ville, ces dernières étant invitées à se mobiliser pour favoriser l'adoption d'un mode de vie actif en leur sein (Honta et coll., 2015 ; Collinet et Schut, 2016). La coordination des plans est cependant le plus souvent confiée aux institutions régionales, et les disparités entre les territoires peuvent être conséquentes. Ainsi l'article de Honta et Haschar-Noé (2011) mettait déjà en exergue les difficultés de mise en place du Programme national nutrition santé, les projets étant conditionnés par les traductions locales des plans nationaux et par les ressources financières, humaines et matérielles associées.

Le Plan sport santé bien-être fonctionnant sur le même modèle, des inégalités territoriales similaires ont été observées. Cela est d'autant plus vrai que les ARS et les DRJSCS ont eu pour responsabilité la rédaction de leur plan régional, alors que les PNNS avaient été rédigés à l'échelon national. D'une région à l'autre, les moyens déployés, la répartition des ressources, le public visé et l'organisation spatio-temporelle ont donc été pensés différemment (Honta,

2016). Par ailleurs, la réforme territoriale française adoptée en 2015 a posé la question de l'uniformisation des plans en cours. Les ARS et DRJSCS de chacune des régions d'origine ayant fusionné, certaines équipes ont été modifiées et il a fallu trouver des solutions alors même que les processus engagés étaient parfois éloignés, avec des modes de financements différents et une temporalité hétérogène. C'est ce qui conduit selon Honta (2016) à un arrangement important avec les règles sur chaque territoire. Cela est également dû à la démarche interministérielle dans laquelle s'inscrit le Plan et au fait que deux institutions, émanant de deux champs jusqu'alors peu associés, doivent coordonner ensemble une action territoriale tandis que leurs services sont souvent cloisonnés avec des processus pensés en interne (Honta, 2016). Selon les lieux, la chercheuse note de très grandes disparités dans la façon de répartir les tâches et de piloter les projets, notamment parce que les agents ont des intérêts divergents dans la mise en œuvre des politiques publiques : les différents services n'ont pas les mêmes moyens ni les mêmes missions et n'évoluent pas avec les mêmes conditions de travail, ce qui peut ralentir les coopérations.

Cela étant, comme le Programme national nutrition santé, le Plan sport santé bien-être a été structuré sur la base d'un partenariat interministériel, qui a ensuite servi de support à la construction du cadre de mise en œuvre de l'article 144 de la loi de santé qui va être présenté dans la partie suivante. Les différentes politiques publiques présentées ici ne sont pas pour autant harmonisées, comme le précise le travail de Prévot-Ledrich et coll. (2016). Les auteurs montrent en effet qu'il n'existe pas de politique publique globale de promotion de l'activité physique à visée de santé en France, mais que les politiques sont impulsées par les Ministères en charge de la Santé, des Sports et/ou du Développement Durable, et relayées par plusieurs autres ministères. Ils en concluent que, si des stratégies multiples sont utilisées pour promouvoir l'activité physique, celles-ci ne couvrent cependant pas l'ensemble des secteurs.

Construction de la prescription d'activité physique dans la loi de modernisation de notre système de santé

Aucun travail scientifique n'a étudié jusqu'à présent la dernière loi de santé, en particulier dans son rapport à l'activité physique. Cette partie a donc uniquement pour vocation de relater les faits à partir de documents disponibles librement, afin de mieux comprendre le contexte actuel. Certains travaux en cours, notamment des thèses³⁹, traitent de ce sujet important et devraient paraître dans les prochaines années.

39. de Clément Perrier aux laboratoires Pacte, Sciences Po Grenoble et L-ViS, Université Lyon 1 et de Brice Favier-Ambrosini au laboratoire ACP, Université Paris Est Marne la Vallée.

En janvier 2015, la Direction générale de la santé met en place un groupe de travail présidé par le Professeur Xavier Bigard, président de la Société française de médecine de l'exercice et du sport (SFMES) et expert auprès de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses). Ce groupe, intitulé « Activité physique et prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques : quelles compétences pour quels patients ? Quelles formations ? », a pour objectif d'élaborer un référentiel de compétences exigibles pour les professionnels de l'activité physique afin qu'ils puissent « prendre en charge des porteurs de maladies chroniques dans les meilleures conditions possibles de sécurité »⁴⁰. Il s'agit également de définir les formations professionnelles qui peuvent délivrer ces compétences identifiées ou d'autres compétences complémentaires. Afin de poursuivre ce but, des représentants des administrations centrales, de sociétés savantes médicales, des professionnels de l'activité physique (qu'elle soit adaptée ou non) ainsi que des représentants d'associations de patients et de l'Institut national du cancer se sont réunis pendant un an.

La constitution du groupe de travail précède de quelques mois la proposition de l'amendement 917 dans la loi de modernisation de notre système de santé. Le texte est finalement adopté le 27 novembre 2015 à l'unanimité avec l'amendement 144 de l'article L. 1172-1, promulgué dans la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016. Il stipule que « dans le cadre du parcours de soins des patients atteints d'une affection de longue durée (ALD), le médecin traitant peut prescrire une activité physique adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical du patient. Les activités physiques adaptées sont dispensées dans des conditions prévues par décret »⁴¹.

Un groupe de travail présidé par le Professeur Benoît Vallet, directeur de la Direction générale de la santé (DGS), a ensuite été constitué afin de rédiger le décret d'application, qui précise les modalités de mise en place de l'amendement⁴². Il fait suite à la remise du rapport du « Groupe Bigard » évoqué précédemment, au directeur de la DGS le 20 juin 2016⁴³. Ce rapport inclut en particulier un tableau des phénotypes fonctionnels, permettant de définir un niveau de limitation pour l'ensemble des fonctions locomotrices,

40. Rapport du Groupe de travail sous la direction du Professeur Xavier Bigard à la DGS, p. 2. Disponible à l'URL : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_activite_physique_maladies_chroniques.pdf

41. Loi de modernisation de notre système de santé. Disponible à l'URL : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2016/1/26/2016-41/jo/texte>

42. Aucune archive sur ce groupe de travail n'est pour l'instant ouverte, nous ne pouvons donc évoquer ici que sa constitution.

43. Rapport du groupe de travail sous la direction du Professeur Xavier Bigard. Disponible à l'URL : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_activite_physique_maladies_chroniques.pdf

cérébrales et sensorielles et un tableau qui, pour chaque niveau de limitation, indique les compétences requises pour intervenir auprès des patients présentant ces limitations.

Le décret n° 2016-1990 « 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 », après plusieurs retards, sera finalement adopté le 30 décembre 2016 et publié au Journal officiel le lendemain⁴⁴, puis entrera en vigueur le 1^{er} mars 2017.

Le décret prévoit qu'il revient au médecin traitant de qualifier les limitations fonctionnelles du patient en vue d'établir la prescription d'activité physique vers trois catégories de professionnels :

- les professionnels de santé (masseurs-kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotriciens) ;
- les professionnels de l'APA, titulaires d'un diplôme universitaire dans le domaine de l'Activité physique adaptée (selon les règles fixées à l'article L. 613-1 du Code de l'éducation) ;
- les professionnels du sport (éducateurs sportifs titulaires d'un Brevet professionnel ou d'un Certificat de qualification professionnelle (CQP), moniteurs formés par les fédérations et figurant dans un arrêté qui devra être publié).

Ce décret précise la liste des « limitations classées comme sévères pour les patients porteurs d'affections de longue durée au regard des altérations fonctionnelles, sensorielles, cérébrales et du niveau de douleur ressentie »⁴⁵ et indique que pour ces limitations sévères, seuls les professionnels de santé mentionnés aux articles L. 4321-1, L. 4331-1 et L. 4332-1 peuvent intervenir : masseurs-kinésithérapeutes, psychomotriciens et ergothérapeutes. Dès qu'une évolution de la limitation est constatée par le médecin traitant, les enseignants en APA peuvent intervenir.

Le décret a été suivi par une instruction aux ARS et aux DRJSCS pour faciliter la mise en œuvre et l'accessibilité du dispositif dans les territoires, validée le 3 mars 2017⁴⁶. Cette instruction a été également préparée par un

44. Décret n° 2016-1990. Disponible à l'URL : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000033748987&categorieLien=id>

45. *Ibid.*

46. Instruction interministérielle n° DGS/EA3/DGESIP/DS/SG/2017/81 du 3 mars 2017 relative à la mise en œuvre des articles L. 1172-1 et D. 1172-1 à D. 1172-5 du Code de la santé publique et portant guide sur les conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée. Disponible à l'URL : http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2017/04/cir_42071.pdf

groupe de travail à la DGS sous la présidence du Professeur Vallet⁴⁷. Elle est accompagnée d'un guide visant à donner aux services de l'État et aux structures et professionnels de santé, médico-sociaux et du sport, impliqués dans la mise en œuvre du dispositif « des outils pour : faciliter la prescription de cette activité par le médecin traitant ; recenser les offres locales d'activités physiques et sportives et d'interventions en activité physique adaptée à la pathologie, et construire le cas échéant des systèmes intégrés de nature à formaliser cette offre ; contribuer à mobiliser des financements pour favoriser l'existence et le développement de cette offre, et la faire connaître des médecins traitants et des patients. » Étudier la mise en œuvre de ces préconisations institutionnelles permettrait de compléter la littérature existante présentée dans cette première partie.

En résumé, le dispositif de prescription d'activité physique aux patients en ALD désormais inscrit dans la loi et complété par un décret et une instruction qui précisent ses conditions de mise en place fait donc suite à un processus plus long d'intégration de l'activité physique dans les politiques de santé et de rapprochement interministériel qui avait commencé avec le PNNS, les plans spécifiques puis le PNAPS. Afin de comprendre plus en détails ces politiques publiques, la seconde partie analyse les dispositifs et les acteurs qui sont au cœur du champ étudié.

Dispositifs d'intervention en activité physique et engagement des malades chroniques : les organisations en balance

Les organisations qui développent une intervention en activité physique pour des personnes vivant avec une maladie chronique sont aujourd'hui multiples. Elles relèvent de l'hospitalisation publique et privée, des réseaux de santé, des communautés professionnelles regroupant des professionnels libéraux (les maisons pluridisciplinaires de santé par exemple), mais également du secteur associatif et du secteur commercial non médical.

Cette partie étudiera les modèles fondateurs construits dans les secteurs de la cardiologie et de la diabétologie. Ces spécialités se distinguent en effet dans la littérature sociologique par leur rôle précurseur et différencié dans l'intégration de l'activité physique dans le monde médical. Alors même qu'ils relèvent de paradigmes bien distincts, ils vont finalement inspirer les nouvelles dynamiques autour du développement des thérapeutiques non

47. Notons qu'aucun document présentant la constitution officielle de ce groupe n'est disponible publiquement.

médicamenteuses et de la lutte contre la sédentarité et l'inactivité qui mobilisent aujourd'hui les organisations sanitaires et sociales.

Cette partie présente également des analyses de dispositifs innovants qui marquent le début du XXI^e siècle.

L'émergence de l'activité physique en prévention tertiaire de la maladie chronique : l'influence des spécialités médicales

Les dispositifs précurseurs de la cardiologie : la persistance du modèle du réentraînement

La cardiologie a joué un rôle majeur dans la légitimation de l'activité physique comme moyen de prévention et de réadaptation. Cette spécialité a participé activement à l'« invention » des facteurs de risque (Keating et Cambrosio, 2014) qui doit beaucoup à l'étude dite Framingham⁴⁸, grande enquête de cohorte menée par les *National Institutes of Health* et l'*American Heart Association* visant à découvrir les déterminants de l'hypertension et de l'hypercholestérolémie. L'enjeu était de permettre un pronostic avant que l'événement brutal de l'infarctus du myocarde ne survienne (Greene, 2007). L'évaluation du risque individuel concernait initialement la survenue d'événement coronarien⁴⁹ à 10 ans pour mettre en place une action préventive. La sédentarité et un taux d'activité physique insuffisant, progressivement construits comme des facteurs de risque d'insuffisance coronarienne, feront alors l'objet d'études scientifiques et d'intervention auprès des publics à risque. Favier-Ambrosini (2016) observe un point d'inflexion au milieu des années 1960. Il analyse le rôle des médecins cardiologues dans le dé-confinement de l'activité physique de l'arène scientifique pour la porter sur le devant de la scène publique en tant qu'indication pour la prévention des maladies cardiovasculaires. Il souligne également le rôle politique joué par la Fédération française de cardiologie (FFC) fondée en 1964, qui initie des campagnes de prévention primaire comme la semaine du cœur (1974) ou les parcours du cœur (1976), mais surtout qui associe à ses démarches le secrétariat d'État à la santé, le ministère du temps libre, chargé de la jeunesse et des sports ainsi que le Comité français d'éducation pour la santé pour produire la brochure « Sport-cœur-santé » et lancer la campagne « Bouge ton cœur » en 1985.

48. L'enquête de Framingham (Massachusetts, États-Unis) fut mise en place entre 1947 et 1949 à partir d'une population géographique « dite normale » constituée par un tiers des habitants âgés de 30 à 60 ans de la ville de Framingham. Elle a été conduite sur trois générations (1948-2002).

49. Les scores de risque actuellement définis au niveau européen concernent la survenue d'accident cardiovasculaire mortel.

Par sa proximité de première heure avec l'épidémiologie, la cardiologie a été l'une des premières spécialités à contribuer au développement des politiques de santé préventive à vocation populationnelle et à légitimer la promotion de l'activité physique dans le cadre de la promotion de la santé. Les interventions en activité physique privilégient le modèle de l'exercice qui vise précisément le (re)développement des capacités à l'effort du patient (Perrin, 2013).

Les dispositifs réformateurs des réseaux diabète : l'introduction du modèle éducatif

L'intégration d'une intervention éducative en activité physique adaptée à des fins de transformation des habitudes de vie des malades chroniques a émergé dans le secteur médical de la diabétologie vers la fin des années 1990, en même temps que se développait l'éducation thérapeutique en France. Les travaux de Terret et Perrin (2007) soulignent que le regard médical porté sur la pratique sportive des diabétiques était initialement guidé par un principe de précaution, la pratique compétitive, jugée dangereuse pour les diabétiques, étant interdite en France dans les années 1960 alors même qu'elle était possible dans d'autres pays. Comme toute la génération de *baby-boomers*, les jeunes diabétiques touchés par la vogue du sport, en revendiquent la pratique, ce qu'ils obtiendront grâce au soutien de l'AJD vers la fin des années 1970. C'est en tant que « règle hygiéno-diététique », que l'activité physique intègre le triptyque de la prise en charge du diabète de type 2, au même titre que l'équilibre alimentaire et les antidiabétiques oraux (Perrin, 2008 et 2013). Elle devient alors simultanément un objet d'éducation thérapeutique et un objet d'intervention spécifique par l'intermédiaire de l'introduction de professionnels spécifiquement formés à l'activité physique adaptée (Perrin, 2009). Les recommandations de l'HAS de 2006⁵⁰ pour la prise en charge du diabète de type 2 soulignent la nécessité d'apporter une éducation au patient dès le diagnostic du diabète, ce dans une approche pluridisciplinaire qui intègre le professionnel en activité physique.

L'analyse développée par Perrin dans sa note de synthèse pour l'Habilitation à diriger des recherches (2008) souligne le rôle des organisations dans cette innovation. Les réseaux de santé ont en effet été étudiés en tant « qu'outil de réforme du système de santé, défini et encadré par une réglementation » (Robelet et coll., 2005). En rupture avec un fonctionnement institutionnel

50. Recommandation de Bonne Pratique (Actualisation). Traitement médicamenteux du diabète de type 2, HAS – AFSSAPS, Novembre 2006, p. 13 « L'éducation thérapeutique est un volet fondamental de la prise en charge de tout patient diabétique. Il est recommandé de proposer au patient une éducation thérapeutique en groupe (de préférence) ou individuelle par des médecins et des paramédicaux (diététicienne, infirmière, éducateur médico-sportif, psychologue) ».

hiérarchique et cloisonnant, ils ont permis la mise en place d'un mode de travail transversal visant la mobilisation et la coordination de l'ensemble des acteurs potentiels pour produire des soins de long terme sur le lieu de vie du patient. Cette nouvelle relation de service de santé, « *plus à l'écoute de la demande du patient dans sa singularité* » (Robelet et coll., 2005) a pris appui sur la dynamique de développement de l'éducation thérapeutique du patient. L'organisation en réseau est l'une des toutes premières à avoir eu pour ambition de réformer l'approche traditionnelle centrée sur la pathologie (modèle biomédical) au détriment des dimensions psychologiques et surtout sociales. Plus fondamentalement encore, en cherchant à développer l'autonomie du patient et la figure du « malade acteur de ses propres soins », les réseaux affichent une double rupture par rapport à la conception traditionnelle de l'exercice de la médecine : dans la relation médecin-malade et la relation malade-maladie (Dodier, 2003).

Les premiers réseaux diabète initiés dans le cadre du dispositif expérimental de l'ASAVED (Association structure d'aide à la vie et à l'éducation du diabétique) étaient pilotés par trois diabétologues précurseurs⁵¹ investis dans les dynamiques de formation à l'éducation thérapeutique. Si, dès les années 1980, les publications scientifiques internationales (Koivisto et coll., 1986 ; Heath et coll., 1987 ; Manson et coll., 1991 ; Paffenbarger et coll., 1993) étaient unanimes pour reconnaître les effets bénéfiques d'une activité physique régulière des personnes atteintes d'un diabète de type 2, que ce soit en termes de prévention primaire, secondaire et même tertiaire, ces diabétologues ne se sont pas limités aux bénéfices organiques.

Les expériences des stages Sport et diabète avec des patients atteints de diabète de type 1 leur avaient permis de toucher du doigt l'éventail des ressources éducatives que recelait la pratique d'une activité physique adaptée (autogestion de sa glycémie dans différents types d'effort, relation à l'autre, reconnaissance des sensations et émotions, adaptation aux conditions météorologiques...). Les diabétologues à l'initiative de ces stages considèrent en effet « la pratique sportive partagée comme un prototype écologique condensant l'ensemble des situations-problèmes pouvant être rencontrées par les diabétiques dans le cours de leur vie » (Perrin, 2008b). C'est ainsi que l'APA a été introduite en tant qu'objet d'éducation pour apprendre à connaître sa maladie, développer son autonomie, s'émanciper et vivre « en santé » (Perrin, 2008a et 2013).

51. Les docteurs Etienne Mollet (Dôle), Régis Bresson (Douai) et Vincent Colliche (Boulogne sur mer).

Pour autant, les actions concernant l'activité physique mises en place dans les réseaux diabète se développent selon des modèles diversifiés.

Dispositifs et modèles d'intervention en activité physique dans les réseaux diabète : modèle spontanéiste versus modèle interventionniste

Une étude par questionnaire, financée par l'Inpes, a été réalisée auprès des 66 réseaux diabète en activité en 2006 (Perrin et coll., 2008). Elle a permis de détailler l'offre de services concernant l'activité physique. Bien qu'apparaissant moins prioritaire que le suivi rigoureux de la prise en charge médicamenteuse et de l'équilibre alimentaire, constat est alors fait que l'activité physique fait l'objet d'une nouvelle dynamique professionnelle. Des séances pratiques d'activités physiques adaptées sont en effet proposées aux patients dans la moitié des réseaux. Deux perspectives se dessinent en lien avec les manières d'intervenir, la première vise une éducation à l'activité physique, la seconde, plus large, une éducation du patient *via* l'activité physique.

Une étude qualitative des conceptions des coordonnateurs de réseaux fait émerger que, s'ils sont convaincus de la pertinence de l'éducation du patient à l'activité physique, le langage commun masque des clivages conceptuels relatifs à l'autonomisation des patients (Perrin, 2013). Trois modèles d'éducation thérapeutique à l'activité physique peuvent ainsi être distingués :

- le modèle de la prescription de l'activité physique qui place le médecin au centre tandis que les paramédicaux et les intervenants en APA se consacrent à des activités d'information, d'explication et de motivation du patient, l'enjeu essentiel étant celui de l'observance de la prescription ;
- le modèle de l'incitation par une expérience courte, voire ponctuelle. La séance pratique est une occasion pour le patient d'expérimenter les effets de l'activité physique sur sa glycémie par un autocontrôle avant et après, et ainsi de constater la pertinence pour lui-même de la prescription médicale. Si les objectifs sont avant tout de rassurer le patient sur ses capacités et de l'informer, ils sont également de l'engager dans une pratique selon la technique du « pied dans la porte ». Il est espéré que l'acceptation de cette expérience ponctuelle va favoriser l'engagement dans une pratique régulière autonome ;
- le modèle de l'éducation *via* l'expérience prolongée de situations d'enseignement. Ce modèle considère que les patients ont besoin d'être accompagnés/encadrés pour s'autonomiser par rapport à l'activité physique et qu'ils ont des besoins spécifiques qui nécessitent une adaptation de la pratique. Il s'appuie sur le double constat que la maladie fragilise les personnes, ce qui peut nécessiter un accompagnement pour restaurer leur degré antérieur d'autonomie, et que les inégalités touchent aussi le rapport au corps et aux

activités physiques, chacun n'ayant pas une liberté identique face à ce type de pratique.

Les deux premiers modèles relèvent d'une conception spontanéiste de l'autonomie : le patient est considéré comme un individu spontanément autodéterminé et indépendant, capable de s'engager, sur recommandation médicale, dans un processus de transformation durable de soi (Perrin, 2008a et 2013). Le troisième modèle relève d'une conception interventionniste qui conçoit que, dans certains cas, l'autonomie en activité physique est à construire ou reconstruire dans le cadre d'une intervention éducative. L'intervention d'un professionnel de l'intervention en APA vise à combler un déficit de ressource autant qu'à développer de nouveaux possibles dont la personne peut se saisir dans son projet de vie (Perrin, 2008a et 2013).

Le développement des dispositifs d'intervention en activité physique en prévention tertiaire

De l'innovation dans les réseaux diabète à la diffusion dans les réseaux de santé

La diffusion des dispositifs innovants d'intervention en APA en lien avec l'éducation thérapeutique a été portée par le dispositif de coordination des réseaux diabète : l'Ancred (Association nationale de coordination des réseaux diabète). C'est dans une optique d'ouverture multithématique⁵² que l'Ancred devient ensuite promotrice du programme « Activité physique adaptée pour les patients sédentaires porteurs de maladie chronique » en 2009. L'objectif général de ce programme élaboré de manière collégiale avec l'ensemble des acteurs dans le cadre du séminaire de Lyon en juin 2010, était de « favoriser la prise en charge éducative des personnes sédentaires atteintes d'une maladie chronique dès les soins de premier recours, à des fins thérapeutiques, préventives et d'éducation pour la santé, de les orienter vers un cycle éducatif en APA qui débouchera sur la co-construction d'un projet personnel d'activité physique autonome et régulière, dont la mise en œuvre sera accompagnée »⁵³.

L'articulation des dispositifs de soins aux dispositifs sociaux monte en puissance pour répondre à la question de la pérennité de l'engagement des

52. Dès 2007, l'Ancred en partenariat avec l'Union Nationale des Réseaux de Santé (UNRS) était devenue l'un des moteurs d'un élargissement du champ d'intervention monothématique des réseaux « diabète » vers des réseaux multithématiques de prise en charge des maladies chroniques. Les réseaux adhérents étaient ainsi invités à se regrouper avec d'autres réseaux de leur territoire, voire à constituer des plateformes territoriales de santé afin de mutualiser leurs compétences de coordination de soins.

53. Objectif tiré d'un courrier envoyé par le Président de l'Ancred au Président de l'AFAPA.

malades chroniques dans une pratique régulière et adaptée. Elle est pensée dans le cadre d'un parcours qui se définit comme la trajectoire globale des patients et usagers dans leur territoire de santé, avec une attention particulière portée à l'individu et à ses choix. Le modèle promu, qui avait été consacré par le rapport Toussaint (2008), repose sur la distinction d'une intervention en APA dans le parcours de soins⁵⁴ d'une pratique de sport-santé dans le parcours de santé⁵⁵. L'intervention en APA, intimement articulée à l'éducation thérapeutique, endosse une fonction propédeutique à la participation sociale dans les associations sportives (Perrin, 2008b).

C'est donc une approche éducative pluriprofessionnelle qui se diffusera dans le cadre des réseaux diabète, puis des réseaux de santé. Le modèle de la prescription médicale est remplacé par une intervention éducative, distribuée au sein d'une équipe de soins. L'enseignant en APA y mobilise ses compétences propres comme les compétences partagées d'éducation thérapeutique pour développer les ressources physiques et motrices, et plus largement les ressources biopsychosociales du patient. Il vise à terme pour le patient, et quand c'est possible, une participation sociale en tant que citoyen dans des dispositifs de droit commun : les associations et les clubs ayant une offre d'APA ou de sport-santé.

La cardiologie hospitalière : en finir avec l'effet Framingham ?

Les services de cardiologie invités à développer l'éducation thérapeutique, ne se limitent pas à la connaissance de la maladie et de son traitement médicamenteux, mais cherchent à développer l'autonomie des patients en délivrant de l'information sur les facteurs de risque cardiovasculaires et recommandations de santé pour les inciter à modifier leurs habitudes de vie. Les travaux interactionnistes de Casal et Génolini (2013) réalisés dans un service de dépistage intégré à l'hôpital et dans une clinique de rééducation, analysent « le cadre situationnel du dépistage comme une mise en autonomie du patient sous contrôle médical ». À travers une observation ethnographique des consultations médicales au sein d'un service hospitalier de détection de l'athérosclérose, ils montrent comment, dans le cadre de l'activité dialogique de la consultation, les médecins cherchent au cours du travail diagnostique, des « prises » leur permettant de suggérer des conduites d'auto-contrôle, et comment la conversion du style de vie en remède médical agit

54. Le parcours de soins comprend l'accès aux consultations de premiers recours et aux autres lieux de soins : hospitalisation programmée ou non (urgences), hospitalisation à domicile (HAD), soins de suite et de réadaptation (SSR), unité de soins de longue durée (USLD) et établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

55. Le parcours de santé comprend la prévention en santé et sociale et l'accompagnement médico-social et social, le maintien et le retour à domicile.

sur un autre plan de la formation à l'auto-soin. L'hygiène est abordée comme un médicament et règle la cohérence du traitement en couplant le thérapeutique et le préventif. La prescription de l'hygiène n'est pas réductible à des recommandations, mais se présente comme une formation à la rationalité du raisonnement médical. Le patient apprend, sous le contrôle du médecin, à réfléchir méthodologiquement à la façon de s'alimenter ou de bouger, à partir d'une confrontation aux normes édictées par la prévention. L'interaction qui impose au patient une certaine réflexivité sur son mode de vie lui montre, par l'analyse causale qui structure l'interrogatoire, que le style de vie est aussi d'une certaine manière de la chimie organique qui a un effet dose/réponse sur la maladie. Par-delà l'homologie biomédicale entre contrôle de l'hygiène et posologie, le patient apprend également à faire prévaloir une « logique de cumul d'exercices », quelle que soit leur nature, sur une « logique identitaire ». La nature de l'activité physique n'est en effet pas prise en compte (déplacements utilitaires, activités domestiques, pratiques culturelles (danse, activités physiques et sportives)). Le rapport au style de vie en tant qu'expression de soi est neutralisé pour s'intéresser à un corps objet de calcul, d'évaluation et de contrôle.

En commentaire de cet article, Tourette-Turgis (2013) dénonce le mécanisme de transposition directe d'un modèle d'étude épidémiologique (celui de l'enquête Framingham) à un modèle d'intervention éducative invitant le patient à se représenter mentalement la place qu'il occupe sur une échelle de risques. Elle suggère ainsi « d'en finir avec l'effet Framingham en éducation thérapeutique ». Si les patients acceptent souvent volontiers de calculer leur score en matière de risque, et en sont même parfois demandeurs, ils ne se transforment que très rarement en *homo medicus*⁵⁶ dont les professionnels rêvent (Pinel, 1992 ; Peretti-Wattel et coll., 2009). Ces scores comme les tentatives de modifier des activités humaines élémentaires sont confrontés aux significations sociales des pratiques et au sens que leur attribue l'individu. C'est certainement un point encore insuffisamment pensé dans les dispositifs d'éducation et de prévention du risque cardiovasculaire essentiellement cadrés par la sphère médicale, dans une spécialité qui prend en charge toutes les catégories sociales de la population et dont les centres hospitaliers universitaires restent les épicycles de la structuration clinique. Ainsi l'intervention en activité physique s'organise autour de trois tendances relativement peu coordonnées : l'éducation thérapeutique qui vise à responsabiliser les individus dans un calcul et un contrôle de l'activité physique, le

56. La notion d'*homo medicus* a été mobilisée par P. Pinel (1992). Elle correspond à un idéal médical d'un humain capable à tout moment d'évaluer ses comportements à l'aune des risques qu'ils comportent, indépendamment du plaisir, des motivations individuelles et des liens sociaux. Cet idéal constituerait un point de dérive vers une prévention moralisante.

réentraînement à l'effort dans les organisations médicales, puis l'orientation vers des pratiques culturelles organisées par le mouvement sportif.

En conclusion, cette approche tend à procéder par accumulation et juxtaposition d'interventions sans vraiment réussir à transformer la relation à l'activité physique pour qu'elle s'inscrive dans une pratique durable. Marquée par le modèle du réentraînement, elle peine à appréhender l'expérience corporelle au-delà de ses dimensions énergétiques. Les autres dimensions (sensorielles, émotionnelles, relationnelles et symboliques) sont ignorées alors même qu'elles peuvent contribuer à renouveler le rapport au corps, à la maladie et aux autres et favoriser le développement de l'autonomie du patient.

Des dispositifs sanitaires aux dispositifs locaux : le Sport santé sur ordonnance

L'organisation de réseaux Sport santé a été initiée bien avant le PSSBE (Plan sport santé bien-être). Le réseau Efformip a été créé dès 2005, suivi par le réseau Champagne Ardennes en s'inspirant du modèle des réseaux de santé. Leur diffusion sur le territoire national s'est accentuée à partir de 2012. Le modèle qui tend à se généraliser propose une évaluation des patients qui soutient une orientation vers des associations locales. Le réseau Picardie en forme », par exemple, propose un parcours d'accompagnement du patient : « Le médecin traitant, appartenant au réseau, prescrit au patient de l'activité physique et l'adresse à un pôle d'évaluation diagnostique animé par un animateur sportif spécialement formé du comité régional Sports pour tous. Un questionnaire de motivation, des tests d'estime de soi (ISP-10) et de condition physique (Forme Plus Sport) permettent d'orienter l'utilisateur soit pour une reprise progressive vers un atelier passerelle adossé à un établissement spécialisé dans la prise en charge aiguë et chronique, soit directement vers un club sportif associatif ayant le label Picardie en forme » (Weissland et coll., 2016). Les auteurs qui ont étudié le dispositif observent une faible prescription d'activité physique par les médecins généralistes du réseau, malgré les formations délivrées par Picardie en forme et les outils conçus, et ils soulignent un problème de fidélisation des adhérents (70 % des patients adressés ont quitté le réseau). Des pertes s'observent après les tests initiaux et après l'orientation dans les clubs. Aux auteurs de conclure « En effet, l'orientation des patients vers une offre sportive locale clairement identifiée ne suffit pas à surmonter les freins économiques, psychologiques et culturels d'accès à l'activité physique. »

Sur cette même période, la ville de Strasbourg et la communauté urbaine de Strasbourg (Cus) expérimentent un dispositif local de santé publique intitulé « Sport santé sur ordonnance » (SSSO). Il est destiné à promouvoir la

prescription de l'activité physique par les médecins généralistes à des personnes vivant avec une maladie chronique stabilisée, et à développer une offre locale de pratique de Sport santé permettant de mettre en œuvre cette prescription. Cette initiative entend « contrer les inégalités sociales et territoriales de santé ou d'accès à l'activité physique, avec pour constat notamment que l'obésité touche 25 % des adultes vivant dans des quartiers défavorisés, soit 4 fois plus que chez les populations vivant dans les autres quartiers de la ville sur la population d'âge 5-6 ans » (Gasparini et coll., 2014, p. 4). Ce sont particulièrement les individus souffrant d'hypertension, de diabète de type 2, d'obésité ou de maladies cardiaques qui sont les cibles de ce programme (Gasparini et Knobé, 2015). « Le patient dont le médecin traitant a établi une prescription d'activité physique dans le dispositif prend contact dans un premier temps avec un éducateur sportif de la Ville de Strasbourg qui l'oriente vers une offre de sport santé en fonction des recommandations du médecin, des résultats d'un entretien approfondi, d'un questionnaire d'auto-évaluation de sa condition physique et d'un test de marche de six minutes » (Gasparini et coll., 2014). Ainsi, si l'activité physique est prescrite par leur médecin aux personnes vivant avec une maladie chronique, le dispositif SSSO mise sur une « démedicalisation de la prescription » par une orientation vers des dispositifs de Sport santé de droit commun. Selon l'article de Marsault (2017), le dispositif serait perçu par les promoteurs du dispositif comme étant « non médical », sans que des éléments ne soient donnés pour saisir la façon dont est construit ce jugement, ni que l'on comprenne en quoi l'offre de service est adaptée aux besoins médicaux.

Dans ce cadre, Marsault (2016) observe que les opérateurs du mouvement sportif traduisent la commande médicale en fonction de leurs propres enjeux institutionnels et politiques. Si tous s'accordent selon elle sur la nécessité d'une éducation physique pour lutter contre l'inactivité et l'isolement des patients, « les effets attendus de la pratique sont redéfinis en fonction d'une économie politique des structures locales en place » (p. 163). L'offre de sport santé n'échapperait ainsi pas aux conditions sociales et politiques de sa mise en œuvre opérée par le mouvement sportif local, et les usages variés de la pratique relèveraient de « représentations sociales différentes du sport santé, moins en lien avec les pathologies qu'avec les objets sociaux des institutions de rattachement » (2017, p. 21). Ce processus se fait selon l'auteure dans le cadre d'une gouvernance locale de la santé, où les acteurs de la ville viennent concurrencer les dispositifs régionaux et nationaux et où le service local des sports prend une place prépondérante. La ville de Strasbourg a d'ailleurs organisé en 2015 et en 2017 les Assises du sport santé sur ordonnance afin de proposer un retour d'expérience, mais également de coordonner un réseau regroupant l'ensemble des villes françaises qui mettent ou veulent mettre en

place un dispositif de prescription d'APS. La ville de Strasbourg tente de rassembler les différentes initiatives et de se positionner en tant que leader, médiatique et institutionnel, sur la question.

Le rôle de la prescription dans la pratique d'une activité physique a été étudié en particulier au Danemark par Jorgensen et coll. (2012) et Sorensen et coll. (2011) et en Nouvelle-Zélande par Swinburn et coll. (1997, 1998). Ces articles, dont l'objectif est de vérifier quantitativement l'effet produit par une prescription médicale, affirment qu'une ordonnance écrite a en moyenne deux fois plus de chances d'être convertie en actes qu'un conseil oral. Les effets seraient encore multipliés dans le cadre de ce qu'ils dénomment la « *green prescription* » (Swinburn et coll., 1998), dont l'objectif et les modalités de l'activité physique sont discutés avec le patient et ancrés dans ses envies, ses motivations et son parcours de soin. Jorgensen et coll. (2012) soulignent par contre qu'une formation à la prescription d'activité physique pour les médecins généralistes est nécessaire, si l'on veut améliorer l'observance de cette prescription par un engagement durable dans une pratique d'activité physique. Cette compétence, qui n'est aujourd'hui que très peu prise en compte dans les facultés de médecine française, fait défaut aux médecins généralistes qui ne savent pour certains pas comment ni quoi prescrire⁵⁷.

Des dispositifs émergent alors pour contrebalancer ce manque. C'est en particulier le cas du « Médicosport-santé, dictionnaire à visée médicale des disciplines sportives »⁵⁸, conçu et piloté depuis 2010 par la commission médicale du CNOSEF avec la collaboration de la Société française de médecine de l'exercice et du sport (SFMES). À partir d'analyses réalisées dans le cadre même des fédérations sportives, il répertorie les disciplines sportives en fonction de bienfaits et de risques associés à leur pratique dans le cadre des fédérations. Ce projet de « Vidal du sport » a l'ambition d'aider le médecin à orienter le patient vers des disciplines appropriées à la prévention primaire, secondaire et tertiaire de certaines pathologies chroniques. Il vise également pour le CNOSEF à favoriser l'accueil de malades chroniques envoyés par leur médecin au sein des clubs des fédérations délégataires. Deux versions du Médicosport ont été proposées jusqu'à aujourd'hui dont les usages gagneront à être analysés par les sciences sociales. Quel rôle va pouvoir concrètement jouer ce dictionnaire ? Quel intérêt va-t-il susciter chez les médecins, comme chez les intervenants en activité physique ou encore chez les personnes vivant avec une maladie chronique ?

57. Voir notamment l'article de l'IRBMS à ce sujet à l'URL : <https://www.irbms.com/l%E2%80%99activite-physique-comme-medicaments%E2%80%A6-l%E2%80%99avis-de-medecins-generalistes/>

58. Médicosport-santé. Disponible à l'URL : http://franceolympique.com/art/5364-le_medicosport-sante Voit_le_jour_!.html

En outre, les différents travaux de Gasparini et Knobé (2013, 2014 et 2015) ont analysé les bénéficiaires du dispositif strasbourgeois, en particulier leurs caractéristiques sociodémographiques, leur rapport à l'activité physique et leur ressenti face au sport sur ordonnance. Ils remarquent que la grande majorité des individus sont obèses ou en surpoids, en majorité des femmes (62,7 %) et pour plus de la moitié (52,9 %) issus de quartiers défavorisés où « l'accès aux installations sportives est plus limité » (2014, p. 5). De même, la plupart des patients se sentent éloignés en termes de connaissance et de pratique d'une activité sportive, en particulier à cause de ressources financières, culturelles et sociales faibles. Le rapport au corps, notamment la gêne de dévoiler un corps trop gros stigmatisé dans l'espace public participerait également de l'éloignement ressenti à la pratique d'une activité. Cela étant, le fait que le dispositif prenne en charge l'ensemble des frais liés à l'activité prescrite permet selon les auteurs à ces publics éloignés de franchir le pas. Les patients étant entre pairs et ayant des problématiques corporelles qui présentent des similitudes, ils « acceptent plus volontiers d'avoir une activité physique régulière et supervisée » (2014, p. 6). Finalement, le dispositif a fait office de passerelle et permis un retour à l'activité sportive dans le milieu fédéral pour un tiers de la population d'enquête, tandis qu'un autre tiers était déjà physiquement actif avant de recevoir la prescription médicale. C'est ce qui conduit les auteurs à insister sur la réussite du programme, qui encourage selon eux « les patients » porteurs de maladies chroniques à un mode vie plus actif et à une remise en mouvement du corps, dans le cadre d'une transformation durable des représentations de l'activité physique et de ses bénéfices.

Du point de vue de l'action publique, ce dispositif a pris la relève des dispositifs municipaux du sport social en vigueur depuis la fin des années 1980, les municipalités ayant misé sur le « socio-sport » comme outil de cohésion sociale dans les quartiers populaires (Gasparini, 2008). « Ainsi à Strasbourg comme ailleurs, de nombreuses structures associatives convertissent leur offre d'activités sportives en proposant un recyclage de dispositifs précédents centrés sur l'intégration sociale... » (Gasparini et Knobé, 2015). On passerait ainsi à « la santé active comme support de la qualité de vie ». La question qui se pose est alors de savoir s'il faut proposer une offre adaptée pour répondre aux besoins spécifiques des malades, au moins dans un premier temps, ou au contraire les accueillir en séances ordinaires pour favoriser la mixité des publics et éviter l'entre-soi stigmatisant. Par ailleurs, le dispositif n'a pas toujours été en mesure de soutenir ses ambitions de contrôle médical de la qualité des projets des structures accueillantes, *via* la labellisation. Confronté à un afflux important de « patients » en 2013, les personnes malades ont été orientées par le coordinateur vers des créneaux de dispositifs municipaux gratuits (animation de quartier, gymnastique douce), non dédiés

aux malades chroniques (Marsault, 2016). Les auteurs concluent en interrogeant le contrôle des populations vivant en marge des normes sociales dominantes, conduisant à un nouveau gouvernement des corps (Fassin et Memmi, 2004), où la prescription permettrait de modifier intuitivement les conduites, d'individualiser la responsabilité et *in fine* de gérer les risques.

Pour conclure cette seconde partie, soulignons qu'il existe un vide de littérature sociologique sur les réseaux et les plateformes Sport santé. Par ailleurs, les analyses des organisations et des dispositifs restent centrées sur la fédération des acteurs, l'articulation de leur intervention et le nombre de bénéficiaires touchés, sans trop creuser la nature même des interventions, les compétences mobilisées et la nature des ressources développées.

La troisième partie va ainsi se centrer sur les interventions des professionnels, les activités de travail et les dynamiques professionnelles sur lesquelles elles reposent. Elle prendra appui sur l'analyse de l'expérience des patients et de leur engagement dans une pratique physique adaptée.

Intervention en activité physique : travail et dynamiques des professions

Dynamiques professionnelles autour de l'activité physique des patients et personnes vivant avec une maladie chronique

La prescription d'une activité physique par le médecin généraliste peut aujourd'hui être adressée à un nombre important d'intervenants dont trois groupes professionnels principaux qui peuvent être rémunérés pour de l'éducation « sportive » : les enseignants en APA, les éducateurs sportifs et, pour une partie de leur activité, les masseurs-kinésithérapeutes qui sont les seuls à être professionnels de santé.

Dans le secteur sanitaire, des collaborations sont aujourd'hui établies dans les établissements de santé entre enseignants en APA et masseurs-kinésithérapeutes. Dans le secteur social, l'enseignant en APA se trouve souvent confondu avec le groupe des éducateurs sportifs, sans distinction des niveaux de qualification.

Si les relations entre groupes professionnels se sont initialement jouées sur les terrains de l'intervention auprès des bénéficiaires, elles se sont précisées dans le cadre des travaux collectifs d'envergure nationale autour de l'activité physique (Perrin, 2008b, 2016) : PNNS 3, 3^e Plan Cancer, groupes de travail de la HAS, refonte du catalogue des actes de rééducation et de réadaptation

(Cdarr/Csarr), Groupe de Travail de la DGS préparatoire à l'écriture du décret n° 2016-1990, pour ne citer que quelques exemples.

Éducateur sportif : une dénomination en référence à un diplôme d'état ou son équivalent

Selon les travaux de Bernardeau-Moreau et Collinet (2009), l'éducateur sportif reste encore un objet d'étude peu investi : « peu visible dans la diversité grandissante des emplois liés au sport, la profession des éducateurs sportifs a aussi été victime, sans doute, de l'intérêt privilégié porté à l'enseignement sportif scolaire, fort d'une tradition de recherche plus ancienne ». Une première question est alors posée dès l'introduction de l'ouvrage qui concerne la pertinence même de la dénomination du métier. Le terme « éducateur sportif » est apparu dans les directives officielles à la fin des années 1950. Une pluralité d'appellations entrera dans cette catégorie quinze années plus tard dans l'arrêté du 30 juillet 1965 qui définit les diplômes ouvrant droit à la profession d'éducateur physique ou sportif. On parle de moniteur, d'instructeur, de professeur... L'évolution historique brossée dans l'ouvrage tend à montrer une construction progressive de la professionnalité. Les auteurs soulignent par ailleurs « l'incohérence des modes d'accès au métier : nous savons que, si bon nombre d'éducateurs sont issus d'une formation initiale, de qualité très inégale, nombreux sont ceux qui ont suivi un processus de promotion sociale et nombreux également sont ceux qui sont entrés sans la moindre qualification ». La généralisation de la dénomination « éducateur sportif » à l'ensemble des intervenants professionnels a pour effet, dans la situation de l'intervention auprès des malades chroniques, de gommer les niveaux de formation et de qualification entre un éducateur sportif qui a une formation courte de niveau IV (Brevet Professionnel) et un enseignant en APA qui a une formation universitaire de niveau II (Licence en APA), voire I (Master et doctorat).

Cette confusion est renforcée par le fait que les éducateurs sportifs bénéficient d'une reconnaissance à niveau IV dans certaines conventions collectives des branches professionnelles, alimentant une réelle situation de concurrence entre les deux groupes professionnels.

Émergence du groupe des professionnels de l'APA dans le contexte collaboratif des réseaux de santé : la construction collective des réponses aux besoins des patients

Comme l'ont analysé les travaux réalisés dans le secteur de la diabétologie (Perrin, 2008b ; Perrin et coll., 2008 ; Chantelat et Perrin, 2009), les

interventions concernant l'activité physique ont émergé en même temps que se développaient de nouvelles pratiques professionnelles interdisciplinaires d'éducation thérapeutique. Relevant d'une intervention spécialisée pour sa partie pratique (l'intervention en APA), elles concernaient également d'autres professionnels des équipes de coordination des réseaux de santé : le plus souvent médecins, infirmières, diététiciennes, parfois psychologues. Chacun des professionnels était susceptible d'aborder la question de l'activité physique avec le patient dans le cadre de l'éducation thérapeutique. Mais l'importance accordée à l'activité physique du patient, à son expérience, aux relations de groupe et au plaisir dans la pratique ont rendu nécessaire l'encadrement d'une pratique effective d'APA. C'est ainsi qu'a émergé le « nouveau » groupe des professionnels de l'activité physique adaptée, initialement dénommé « éducateurs médico-sportifs » (EMS).

Les premiers emplois de professionnels de l'intervention en activité physique ont été faits dans le cadre du dispositif « Nouveaux services-Nouveaux emplois »⁵⁹ à la fin des années 1990. Cette politique s'est en effet trouvée en totale congruence avec celle des réseaux de santé orientée vers la création de nouveaux services. Comme l'a montré Labruyère (2000), l'originalité de ce dispositif consistait à privilégier la voie de la formation expérientielle dans une logique de professionnalisation inédite. Il s'agissait, au-delà de la professionnalisation des individus, de professionnaliser des activités. Ce dispositif, facile d'accès, a permis l'emploi en minimisant les risques pour les réseaux et en limitant le coût de l'expérience, le défi majeur étant de les pérenniser après qu'ils aient fait leur preuve. Après 1999, date des premiers recrutements, et au-delà de 2002 (fin de ce dispositif emplois-jeunes), plusieurs emplois ont été créés et stabilisés sur ses fonds spécifiquement attribués aux réseaux.

Avec la décentralisation, cette reconnaissance tutélaire ne pouvait plus être acquise au niveau national. Ainsi, le rôle des EMS a été différemment perçu d'une région à l'autre, ce qui a accru les difficultés de légitimation externe de leur activité (Perrin et Chantelat, 2006).

Dès les premières embauches, ces médecins avaient défini les contours de l'activité en termes de missions, de tâches, de savoirs et de savoir-faire devant être associés à une activité qu'ils considéraient comme étant totalement « nouvelle », alors même que l'APA était déjà bien implantée dans d'autres

59. Il s'agit de contrats aidés mis en place en 1997 par Martine Aubry sous le gouvernement Jospin pour cinq années. Loi n° 97-940 du 16 octobre 1997 relative au développement d'activités pour l'emploi des jeunes (J.O. du 17.10.97). Les 350 000 emplois prévus dans ce programme devaient permettre aux jeunes de développer des activités répondant à des besoins existants insatisfaits ou émergents.

secteurs médicaux comme celui de la médecine physique et de la réadaptation. Ce qui était novateur était finalement de construire les projets d'éducation thérapeutique avec la pleine collaboration du professionnel de l'activité physique en diabétologie. En ce sens, ces médecins ont joué un rôle essentiel dans la reconnaissance de la professionnalité des enseignants en APA dans le secteur de la maladie chronique. Selon eux, la mission de ces derniers devait se fonder, d'une part, sur l'incitation des patients à la pratique d'une activité physique régulière (par une présentation théorique de ses bienfaits) et, d'autre part, sur une « autonomisation » progressive des patients⁶⁰ (développement durable de leurs pratiques physiques quotidiennes) selon la méthodologie et l'éthique de l'éducation du patient qui rejoignaient finalement celle de l'APA dans son approche résolument sociale du fonctionnement du handicap et de la santé (Perrin, 2008b).

La professionnalité des intervenants en APA s'est ainsi inscrite dans un contexte plus large de renouvellement des modèles d'intervention dans le monde médical. Les professionnels de santé établis étaient eux-mêmes en situation de développer de nouvelles compétences de travail en réseau et d'éducation du patient (Bercot et De Coninck, 2006). La formation professionnelle continue portée par les réseaux a permis que se construise une culture commune qui a favorisé le développement de collaborations professionnelles au sein desquelles la formation pédagogique des enseignants en APA a su profiter au développement des compétences du collectif de soignants. Dans un même temps, les professionnels de l'APA se sont socialisés aux nouveaux codes et nouvelles pratiques du monde médical en train de se construire. Poussés par cette dynamique qui tendait à porter l'accent sur les compétences d'éducation du patient davantage que sur les compétences construites en formation initiale, les EMS qui se sentaient participer à une innovation se sont regroupés en 2005 au sein d'une association dénommée l'Association des éducateurs médicosportifs. L'analyse des processus de structuration et de reconnaissance dans lequel se sont engagés les acteurs, tant au niveau de l'organisation locale qu'au niveau institutionnel, a permis de comprendre comment les EMS, la plupart du temps issus d'une formation universitaire en APA (Perrin, 2008a ; Chantelat et Perrin, 2009)⁶¹, ont

60. Lors de séances pratiques et du suivi individualisé mis en commun avec les professionnels de santé du réseau.

61. Sur les 20 EMS adhérents à l'ADEMS en 2008, « 15 sont issus d'une formation APA STAPS et possèdent une Licence (3), une maîtrise (9) ou un master (3). En revanche, seuls 5 possèdent un brevet d'État, l'un avec une formation complémentaire en APA (DU) et un second possédant un DEA de biologie cellulaire. Au final, 3 EMS sont uniquement titulaires d'un brevet d'état. » (Perrin, 2008b). Parmi les 3 EMS uniquement titulaire d'un brevet d'état, l'un a validé une Licence APA-S en Validation d'Acquis de l'Expérience (VAE), l'autre est devenu coordinateur de réseau et a pris des responsabilités nationales du fait d'une pratique parfaitement intégrée au parcours de soins. Ils ne sont donc pas représentatifs de l'éducateur sportif type.

construit leur identité professionnelle essentiellement en dehors de leur formation initiale, à partir de leur formation à l'éducation thérapeutique (dans le cadre de la formation continue) et de leur socialisation au monde médical. Pourtant, dès son origine, le concept d'APA intégrait la santé à la fois comme finalité et comme secteur d'intervention. Dans son ouvrage qui date de 1987, Clermont Simard présentait la contribution de l'APA à la prise en charge du diabète, sans encore établir de liens avec l'éducation du patient.

Si les acteurs engagés concluent à l'émergence d'un nouveau métier de l'intervention en activité physique, il semble plus approprié de parler d'un infléchissement de l'activité de travail des professionnels de l'APA (Perrin, 2008b).

APA-Santé : affirmation de l'expertise des professionnels de l'APA en matière de santé

Face à cette dynamique émergente, la filière « APA »⁶² de la formation universitaire en Sciences et technique des APS (STAPS), ainsi que les professionnels de l'APA se sont mobilisés pour affirmer l'expertise construite dès son origine par ce parcours de formation, expertise ancrée dans des savoirs professionnels spécifiques et dans la production scientifique pluridisciplinaire continue de laboratoires universitaires.

La conférence des directeurs de STAPS (C3D) a ainsi choisi, en concertation avec l'AFAPA⁶³, d'affirmer la professionnalisation de cette filière dans le monde médical en accolant le terme « santé » à la dénomination de la filière qui devient « APA-santé » en 2007 (Guiraud et coll., 2013). Les formations sont par ailleurs inscrites au Répertoire national de la certification professionnelle (RNCP).

Confrontés aux dynamiques régionales du Sport santé soutenues par le PSSBE (2012), les enseignants en APA ont ressenti la nécessité de franchir une étape supplémentaire de formalisation de leur territoire et d'affirmation de leur identité en élaborant un « référentiel métier » qui rende compte de leur pratique professionnelle, de sa dimension éducative et de l'éthique qui l'accompagne (Perrin, 2016). La SFP-APA a ainsi mobilisé une équipe de sociologues de l'Université de Lyon pour engager un processus de co-construction du référentiel métier de l'enseignant en APA (Barbin et coll., 2015 ; Perrin, 2016) qui décrit les situations de travail et les relations

62. Dont les premières formations sont apparues en 1982.

63. L'Association Francophone pour l'Activité Physique Adaptée est née en 1997 de l'initiative de formateurs en APA pour mieux structurer la formation et la recherche du domaine de l'APA.

interprofessionnelles avec les professions médicales et paramédicales et les éducateurs sportifs.

Parallèlement à l'affirmation de l'identité de la formation universitaire en APA-S, les professionnels sont ainsi clairement entrés dans un processus de construction de leur territoire (Perrin, 2016), le territoire correspondant à « la relation que les professionnels entretiennent avec un ensemble de tâches dont ils ont la charge, et de compétences exercées de façon quasi exclusive » (Freidson, 1994). Cette construction du territoire ne peut se faire « qu'en opposition avec les définitions que se donnent d'autres entités semblables » et suppose leur reconnaissance, comme celle des institutions. Si une reconnaissance institutionnelle de l'enseignant en APA s'est construite durant les deux dernières décennies, les contours de son territoire restent encore à préciser avec les autres groupes professionnels.

La position de l'enseignant en APA, particulièrement intéressante pour le rôle passerelle qu'elle peut assurer entre les mondes médical, médico-social et social, se heurte cependant toujours à une confusion de son mandat avec celui des éducateurs sportifs, confusion amplifiée par les formations complémentaires des éducateurs sportifs au Sport santé. Notons une large démocratisation de ce type de formations courtes organisées dans le mouvement sportif, sans que des travaux de recherche en sociologie ne les aient pour l'instant davantage analysées.

Les masseurs-kinésithérapeutes et la gymnastique hygiénique d'entretien ou préventive

La kinésithérapie est une spécialité qui a émergé et s'est stabilisée sous la forme d'une profession paramédicale à travers une histoire complexe éclairée par plusieurs thèses en sociologie (Defrance, 2009).

La thèse de Monnet (2003) montre que des pratiques de massage, de gymnastique (mobilisation) et de magnétisation ont d'abord existé en dehors de la juridiction des médecins, en tant que « pratiques sociales ». En reconnaissant la qualité d'agent thérapeutique aux méthodes préconisées, les médecins initiateurs tentent de leur conférer un statut médical, consignnant et énonçant un savoir théorique et abstrait, attributs des professions établies pour qu'elles soient enseignées à la Faculté (Monnet, 2003). À partir de la fin du XIX^e siècle, le massage, la kinésithérapie, la gymnastique ayant pénétré le champ de la médecine et la loi du 30 novembre 1892 ayant confiée aux médecins le monopole de l'ensemble des techniques de soins, « ceux-ci vont faire appel à des auxiliaires dont ils auront assuré la formation préalable pour mieux les contrôler » (Macron, 2015). Le réseau d'intérêts qui se constitue, rassemble un

groupe multiforme d'acteurs qui, dans la mouvance de l'application d'autres agents physiques (électricité, eau, air), tentent d'élargir et de rassembler les traitements par ces agents dans une nouvelle vision de la thérapeutique : la physiothérapie. La genèse du statut professionnel de cette activité paramédicale s'étend donc sur plus d'un demi-siècle, de la fin du XIX^e siècle aux années 1940. Si dans un premier temps, les médecins envisagent d'en faire une spécialité pour eux-mêmes, « l'idée que ce travail sur le corps revient à des aides formés sous leur contrôle » va s'imposer progressivement (Defrance, 2009).

La profession de masseur kinésithérapeute est officialisée par la loi n° 46.857 du 30 avril 1946 : il lui est confié le monopole légal du massage. Très rapidement la profession va manifester un désir d'émancipation par rapport à la tutelle médicale, mais il lui faudra attendre près d'un quart de siècle (1969) pour voir aboutir la revendication d'une troisième année d'études, et 60 ans pour celle d'obtenir un Conseil de l'Ordre (2006). La thèse de Gaubert (2006) analyse que la transmission « scolaire » du métier passe par « l'incorporation d'un ordre du monde médical selon une série d'oppositions entre théorie et pratique, médecine et kinésithérapie » qui tend à réduire l'activité de travail à la manipulation d'un corps anatomique. Selon Macron (2015), l'évolution de la masso-kinésithérapie a été entravée par les visées hégémoniques du corps médical, puis conditionnée à la politique d'harmonisation de la réglementation des professions paramédicales menée par les pouvoirs publics et par les choix sociétaux. La création d'un Ordre professionnel (ONMK) a été, d'après le même auteur, source de graves dissensions intra professionnelles au sujet de la conception du métier (Macron, 2015). Si elle vient d'obtenir une avancée significative par l'obtention d'une quatrième année d'études précédée d'une première année d'études universitaire (PACES, STAPS, STC), la profession de masseur-kinésithérapeute reste en attente d'une possibilité d'accès à la formation doctorale et vise une reconnaissance en tant que profession médicale.

Les travaux de Perrin (2008) montrent que les kinésithérapeutes ne se sont pas spontanément engagés sur le terrain de l'activité physique dans le fonctionnement des réseaux et pôles de santé. En cohérence avec les pratiques initiales de gymnastique médicale, l'annexe II-1 de l'article 212-1 du Code du sport leur donne les prérogatives « d'encadrement de la pratique de la gymnastique hygiénique d'entretien ou préventive dans les établissements d'activités physiques et sportives, dans le respect de la législation et de la déontologie de la kinésithérapie ». Dans l'étude sur les dispositifs innovants promus par les réseaux diabète, un seul d'entre eux s'était spontanément impliqué dans des séances collectives d'activité physique en collaboration très étroite avec l'EMS. L'arrivée des professionnels de l'APA suscita

cependant quelques craintes du côté des syndicats de kinésithérapeutes qui percevaient leur activité comme une menace pour la préservation de leur territoire professionnel. Ces craintes s'étaient d'ailleurs déjà exprimées et de manière d'autant plus forte lorsque des intervenants en APA ont été embauchés dans le domaine de la médecine physique où les problèmes de chevauchement des activités se posaient très concrètement.

Malgré ces tensions originelles, la délimitation de l'activité de l'EMS a été en mesure d'atténuer les craintes des kinésithérapeutes. En effet, dès la constitution de l'ADEMS, les membres avaient une définition relativement claire de ce qui les différenciait des kinésithérapeutes « les kinésithérapeutes réalisent un travail analytique sur le corps humain en vue d'améliorer la condition physique *via* l'entraînement des patients, alors que les EMS mobilisent différents types d'effort dans le cadre de pratiques culturelles, dans une logique d'éducation pour la santé » (Perrin, 2008b). De leur point de vue donc, la distinction entre le travail de l'EMS et celui du kinésithérapeute pouvait déboucher sur une séparation stricte de tâches complémentaires au sein du réseau (Perrin, 2008b).

Néanmoins, cette stricte division des tâches n'a pas totalement suffi à garantir un « pacte » de non concurrence entre les deux groupes professionnels. En effet, c'est avec le développement de l'action publique autour de l'activité physique que ces derniers se sont intéressés au nouvel espace d'activité professionnelle qui se construisait en lien avec l'éducation du patient par l'activité physique. Profitant de leur statut et de leur reconnaissance en tant que professionnels de santé, le Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes (ONMK) a cherché à se positionner dans les nouvelles dynamiques professionnelles sur la base d'un conflit de territoire généré par certaines embauches hospitalières d'enseignants en APA sur des postes de masseurs kinésithérapeutes (ONMK avis n° 2016-03).

Il sera intéressant d'analyser la place que prendra l'activité d'éducation sportive des malades chroniques dans l'activité des masseurs kinésithérapeutes et sa mise en œuvre (recours par exemple à des emplois d'enseignants en APA au sein des cabinets de kinésithérapie).

Reconfiguration des dynamiques professionnelles autour du médecin généraliste dans le parcours de soins : un retour à la prescription et aux réponses individuelles ?

Les réseaux de santé ont créé les conditions d'une rupture dans la conception du soin de la maladie chronique et soutenu de nouvelles dynamiques

professionnelles. Ces dernières sont marquées par l'évolution des pratiques des soignants (grâce en particulier au décloisonnement et à la formation à l'éducation thérapeutique), l'émergence de nouvelles professionnalités en réponse aux besoins spécifiques de la maladie chronique : la coordination (Robelet et coll., 2005), l'enseignement en APA (Perrin, 2008b et 2016) et la reconnaissance en tant que professionnels de santé de certains groupes professionnels comme celui des diététiciennes.

Que nous apprend la littérature sociologique sur les pratiques des médecins généralistes ?

L'intervention de proximité du médecin en ferait un intermédiaire idéal pour transmettre les messages de santé publique. Les conseils prodigués par le médecin, « parce qu'ils sont adressés directement aux patients durant la consultation, et deviennent dès lors personnalisés et individualisés, auraient un impact plus marqué que les campagnes de prévention » (Hénaff-Pineau, 2014). Pour autant, il est aujourd'hui bien connu que les conseils ne suffisent pas à transformer durablement les pratiques des individus. Qu'en est-il alors des pratiques d'éducation thérapeutique en médecine générale ? Si les pouvoirs publics et les médecins généralistes eux-mêmes considèrent la relation éducative au cœur de la médecine générale, ils ne la formalisent pas. C'est ce que conclut l'analyse faite de 50 consultations de patients présentant une affection chronique qui, en première intention, suscite une intervention sur la gestion des habitudes de vie (tabac, alcool, alimentation, activité physique) (Génolini et coll., 2011). Ces consultations représentent 21 % des séances faites par les omnipraticiens et concernent, pour 74 % d'entre elles, un diagnostic cardiovasculaire et préventif (Labarthe, 2004). Les auteurs considèrent cette aporie comme indicateur d'une « spécialisation informelle », « voulant ainsi exprimer une étape non aboutie de la spécialisation sur le champ de l'éducation du patient, mais surtout qualifier l'instabilité de l'articulation d'une médecine biologique et sociale au sein de la relation de soin ». L'éducation du patient apparaît comme une activité périphérique ou très spécifique de la prise en charge. Globalement, les interactions observées s'appuient sur un savoir-faire communicationnel qui joue sur l'asymétrie de la relation médecin patient afin de « garder la face », davantage qu'elles ne mettent en place des situations éducatives favorisant l'*empowerment*. Les séances sont de type médical et mettent en jeu une expertise qui reproduit le schéma classique de l'examen clinique et des discussions autour de la maladie et de la prescription.

Dans les travaux de Hénaff-Pineau (2014), les médecins généralistes s'avèrent peu préparés à prescrire une activité physique aux personnes âgées. Leur capacité à aborder l'activité physique semble nettement marquée soit par la culture sportive du praticien soit par l'orientation de l'exercice professionnel vers une

médecine préventive. Du fait que l'activité physique et sportive n'est pas exempte de risques, cardiaques et traumatologiques notamment, une apparente contradiction se pose : au risque de la sédentarité s'oppose la dangerosité de la pratique sportive. D'ailleurs, la législation sur le sport dans la loi « dite Mazeaud » (1975) complétée par la loi « dite Avice » (1984), qui subordonne la participation à des compétitions sportives à l'obtention d'un certificat médical d'aptitude et assujettit l'adhésion à un club d'un sportif même non-compétiteur à la présentation d'un certificat de non contre-indication, a favorisé l'extension de l'activité des médecins détenteurs d'une formation médico-sportive (Viaud, 2009 ; Fleuriel, 2009). Néanmoins la « division du travail médical en matière de sport » précisée à partir du décret d'application du 1^{er} juillet 1987 (Fleuriel, 2009, p. 78) qui prévoit que la délivrance des certificats d'aptitude et de non-contre-indication à la pratique ne requiert pas de qualification médicale spécifique, cantonne l'expertise du médecin du sport essentiellement au suivi des sportifs de haut niveau et à la lutte antidopage. Et malgré la longue construction sociale d'une compétence médico-sportive, « entre holisme et spécialisation » (Defrance et El Boujjoufi, 2004), le manque de reconnaissance institutionnelle et le cadre flou d'une pratique professionnelle « particulièrement éclatée » entre logique sportive et logique médicale (Fleuriel, 2009, p. 92 ; Viaud, 2009) rendent difficile la contribution de la médecine du sport au réengagement physique de patients non sportifs.

Des travaux récents (Bloy et coll., 2016) concluent que l'activité physique est un soin qui trouve difficilement sa place en médecine générale. Perçue comme une affaire de goût, elle offre encore peu de prise à la normativité médicale, en dépit d'un contexte politique porteur. Des entretiens semi-directifs portant sur la prévention ont été réalisés auprès de 99 généralistes franciliens. Les modalités d'investissement de l'activité physique ont été approfondies avec 20 d'entre eux. L'analyse a dégagé les logiques d'action des praticiens et leur diversité, dans une démarche de théorisation fondée. Dans le « tour d'horizon » des soins préventifs dans lesquels ils s'impliquent, proposé en début d'entretien, peu de médecins généralistes évoquent spontanément l'activité physique. Sa place apparaît encore limitée et incertaine. Les médecins généralistes disent aborder le sujet selon les liens pouvant être faits entre l'activité physique et un motif de consultation. Ils disent en parler davantage en prévention secondaire, en cas de pathologie sous-jacente (surpoids, diabète, facteur de risque cardiovasculaire éventuellement dépisté par un bilan biologique), puis en prévention tertiaire dans un objectif de réadaptation à l'effort et pour diminuer la prévalence des incapacités ou récidives. « L'idée d'une consultation spécifiquement dédiée pour ce soin reste incongrue en médecine générale, alors que cela peut se faire pour d'autres préventions (sevrage tabagique par exemple) » (Bloy et coll., 2016). Les

consultations en vue de la rédaction d'un certificat de non contre-indication au sport sont donc les seules dont l'activité physique est *a priori* le motif principal. Elles ne concernent que des patients ayant déjà l'intention de pratiquer et tendent à être vues comme l'occasion de glisser sur d'autres thèmes de prévention : « Un moyen de faire le point un jour sur sa santé et de parler tabac, alcool, surpoids... ».

Prescrire, vers qui et pour quelle forme d'intervention ?

Si le décret n° 2016-1990 relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée et les instructions ministérielles déterminent des professionnels qui peuvent être privilégiés selon le niveau de sévérité des limitations fonctionnelles, ils ne définissent ni ne différencient les interventions. Comment les médecins généralistes pourront-ils faire des choix dans un tel contexte où ils ne connaissent finalement ni les mandats, ni les licences des groupes professionnels ? Quelles différences entre leurs pratiques ? Quelles compétences spécifiques ? Quelles façons d'aborder les problématiques spécifiques des patients ? Autant de questions à prendre en compte dans le cadre d'une prescription pour répondre aux besoins des patients. Ces analyses restent à établir.

Enjeux et logiques de l'intervention en activité physique adaptée

L'engagement improbable des malades chroniques dans une pratique physique

L'intervention professionnelle en APA trouve son sens initial dans le « travail de gestion de la maladie » et fait donc pleinement partie de la trajectoire au sens où la définit Strauss (1992). Ce projet ne va pas de soi, même s'il est rendu nécessaire par une prescription médicale. Une expérience sportive préalable constitue une ressource déterminante. Associée à des techniques, des savoir-être, des savoirs qui peuvent être réactivés dans une pratique adaptée, elle est avant tout fondamentalement associée à une culture qui donne un sens aux pratiques corporelles au point de les intégrer dans les pratiques hebdomadaires. Elle renvoie aux « dispositions sociales » des patients qui viennent à manquer quand l'individu n'a jamais fait l'expérience d'inscrire une pratique physique ou sportive dans ses habitudes de vie. Une étude qualitative auprès de diabétiques de type 2 adhérents d'une association sportive de patients a été réalisée (Barth et coll., 2014). L'analyse des 61 entretiens de recherche et des

observations de terrain décrivent bien les enjeux de l'expérience de la première séance d'APA, permettant de comprendre que le premier objectif de l'intervention professionnelle est bien que les patients viennent et adhèrent aux séances d'APA proposées pour y participer régulièrement. L'enjeu suivant, le plus complexe, est que cette intervention permette un déplacement de la trajectoire de maladie vers une carrière de pratiquant d'APA au sens de Becker (1988) et Hughes (1967). En d'autres termes, il s'agit que l'activité physique ne reste pas un soin auquel on se soumet dans le cadre d'une prise en charge mais qu'elle devienne une pratique autodéterminée qui prenne du sens pour elle-même. Ce déplacement suppose une suite d'ajustements régulés par l'engagement des individus au sein d'un groupe qui est à l'origine d'un ensemble de représentations, de normes et de règles. Elle suppose que les normes de pratique physique trouvent simultanément des significations sociales (qui supposent un partage comme le montre bien Becker) et un sens dans la vie quotidienne des individus.

Dans leur étude de l'activité physique un an après le traitement du cancer du sein auprès de 23 femmes âgées de 30 à 84 ans, Mino et Lefevre (2016) distinguent quatre profils de normativité dans le rapport à l'activité physique : le profil « convaincu » de l'intérêt de l'activité physique, qui pratique en conséquence, un profil « contraint » dont les normes de vie sont opposées à une pratique, un profil « autonome » affirmant ses choix et ses valeurs et un profil « ignorant » pour lequel l'activité physique n'a aucun rapport avec le cancer. Les auteurs soulignent l'importance de « connaître et prendre en compte le profil de normativité, les valeurs et les trajectoires biographiques des personnes ». Ils concluent que « l'un des enjeux pour les professionnels de l'éducation thérapeutique est, en lien avec les autres professionnels, de mieux connaître, laisser la place, prendre en compte et soutenir la normativité et l'expression des valeurs des personnes, les conditions de santé et de vie qui, de manière singulière, font obstacle ou facilitent une activité physique régulière ».

Outre les difficultés liées aux inégalités sociales en matière de pratique physique et sportive, le processus d'engagement dans une pratique physique de malades chroniques présente la particularité de rendre de plus en plus saillante la baisse des capacités physiques dans les phases aiguës de l'évolution de la maladie. Les travaux d'Amélie Fuchs (2014) mettent bien en évidence la façon dont la pratique des personnes atteintes de mucoviscidose se transforme à certaines étapes en double épreuve : celle de leur respiration et celle de leur performance. L'enquête qualitative qu'elle a menée articule une observation participante avec 35 entretiens semi-directifs de sportifs atteints de mucoviscidose qui permettent de repérer des relations évolutives entre

trajectoire de mucoviscidose et carrière sportive répondant à des logiques de contrôle de son identité, de contrôle de la trajectoire, de relance de ses intérêts initiaux pour le sport... Alternent ainsi des phases de conversion, de consolidation de l'engagement malgré l'annonce de l'évolution de la maladie, de reconversion en phase de dégradation inéluctable de la santé, de reprise (*come-back* après la transplantation) (Fuchs et coll., 2014).

Ces travaux mettent en lumière que l'engagement dans une activité physique ne s'inscrit pas dans la seule injonction thérapeutique, ni dans l'orientation vers une association. Mais il s'appuie sur un rapport au corps renouvelé rendu possible par l'expérience prolongée dans les dispositifs éducatifs en APA, dont l'approche collective s'appuie sur un renforcement des liens sociaux et un enrichissement du tissu relationnel sans lesquels tout engagement reste fragile.

Normalisation d'une pratique adaptée et logique de « l'entre soi »

L'étude de terrain réalisée dans des réseaux diabète du Nord de la France met en lumière que certaines fragilités psychologiques (méséstime de soi, dépression...) et sociales (précarité, stigmates corporels...) peuvent conduire les patients à éviter des situations sociales ordinaires ou conventionnelles et à se replier sur l'espace domestique (Perrin, 2008b ; Chantelat et Perrin, 2009). En ce sens, le suivi des séances d'APA constitue un prétexte pour recréer du lien social et, plus précisément, devient l'occasion d'échanger des « ficelles » sur la gestion du traitement médicamenteux et diététique et de construire une sociabilité de l'entre-soi qui protège du regard stigmatisant d'autrui. Les patients ont en particulier la crainte des sanctions sociales liées à l'exposition d'un corps non conforme aux canons de beauté et de santé en vigueur (« être en forme » au double sens du terme) (Perrin, 2008b ; Chantelat et Perrin, 2009).

Ainsi, le contexte singulier de l'activité physique adaptée dans l'univers des réseaux de santé offre la possibilité d'intégrer un groupe auto-protecteur pour accéder à une vie sociale vécue comme non stigmatisante. Les personnes qui intègrent ces groupes ne se sentent pas prêtes pour intégrer un groupe associatif ordinaire.

Espace des formes et des logiques d'intervention professionnelle

Les travaux de Perrin (2008, 2013 et 2016) distinguent les modalités d'intervention en activité physique dans un espace à deux dimensions (figure 2.1). La première dimension, verticale sur la figure, est celle des formes de mise

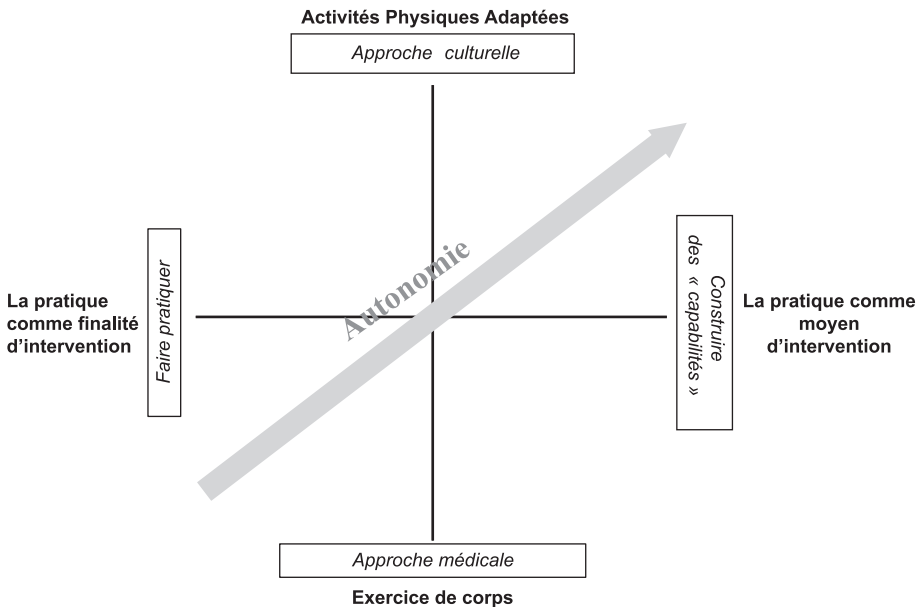


Figure 2.1 : Modalités d'intervention en activité physique et ses différentes finalités (d'après Perrin, 2016)

en jeu du corps. Elle oppose une approche réduisant l'activité physique à un « exercice du corps » (par exemple, marcher 20 mn sur un tapis de marche) à une approche culturelle des activités physiques adaptées (par exemple faire une randonnée avec tous les éléments de culture qu'elle peut intégrer : chaussage et vêtements appropriés, conditions d'hydratation et de restauration, convivialité, projet de découverte culturelle, de contemplation du paysage...). La seconde dimension, horizontale sur la figure, est celle des logiques de l'intervention. Elle oppose une activité de travail qui fait de la pratique physique une finalité en soi (par exemple faire un nombre de pas à une certaine allure) à une activité de travail qui utilise des APA comme moyen pour développer non seulement des aptitudes mais des compétences (par exemple développer son aptitude à l'effort tout en apprenant à ressentir et repérer différentes intensités d'effort pour gérer son engagement physique avec un diabète) (Perrin, 2016).

S'il est utile pour clarifier l'analyse d'aborder chaque axe de façon distincte, penser ensemble ces deux axes permet de distinguer des modalités d'intervention professionnelle. Le cœur de métier des professions paramédicales se situe logiquement du côté d'une activité physique-exercice à visée de rééducation, l'effort physique ou la mobilisation du corps répondant à une finalité d'exercice. Les intervenants en APS (éducateurs sportifs et enseignants

en APA) se situent du côté de l'approche culturelle en visant une participation sociale pérenne aux loisirs actifs.

Éducateurs sportifs et enseignants en APA se différencient par leur expertise et l'objectif de leur intervention. La pratique d'une APS étant la finalité de l'intervention des éducateurs Sport-Santé, leur territoire se situe à gauche de l'axe horizontal. Le plus souvent spécialisée dans une pratique sportive, leur intervention est construite à partir de cette APS pour viser une amélioration technique ou de performance, les bénéfices résultant naturellement de la mise en jeu du corps. Les formations courtes complémentaires à la formation initiale sont essentiellement centrées sur une connaissance minimum des pathologies, sur des questions de sécurité dans la pratique, d'usage d'outils et d'accueil des pratiquants. L'enseignant en APA dispose d'une formation universitaire pluridisciplinaire qui lui permet d'évaluer, à partir d'une maîtrise des données scientifiques, les ressources et les besoins de la personne pour co-construire avec elle un projet au sein duquel il met en place des situations d'enseignement : l'activité est donc pour lui un moyen et pas seulement une fin. Son territoire se situe ainsi du côté du développement de capacités (à droite sur l'axe horizontal).

Rappelons que l'APA est née dans la continuité des mouvements de revendication des personnes handicapées aux États-Unis et en Angleterre dans les années 1970-1990, eux-mêmes en lien avec les mouvements féministes, ethniques et gay, revendiquant le droit à la différence et l'égalité d'accès aux pratiques sociales (Winance et Ravaud, 2011). Les pratiques professionnelles de l'APA se sont structurées à partir d'une déconstruction de la situation de handicap et du Processus de Production du Handicap (PPH) (Fougeyrollas, 1997) pour créer les conditions de développement et d'émancipation des personnes atteintes d'une maladie et/ou d'une déficience à partir de leurs propres projets (Perrin, 2016, p. 148).

« C'est bien la nature des transactions (Hughes, 1996) entre les malades chroniques qui se confrontent à l'expérience de l'activité physique et l'intervenant professionnel, qui distingue les professionnels entre eux []. S'agit-il d'aligner le patient sur une norme d'exercice qui s'impose de manière descendante, ou de l'amener à construire de nouvelles normes de relation avec son corps et avec le monde, pour lui permettre d'entrer en mouvement dans des situations qui ont du sens pour lui ? » (Perrin, 2016). Ce questionnement fait écho aux analyses de Canguilhem (1968) sur la normativité, soulignant que c'est parce que l'homme peut inventer son propre monde qu'il va chercher à s'y adapter.

Quand elle participe à des visées de réadaptation (cardiaque, respiratoire) ou de reconditionnement physique, l'intervention en activité physique est positionnée dans une approche pluridisciplinaire faisant intervenir de façon complémentaire les professionnels de santé paramédicaux avec les enseignants en APA, avec un objectif d'intervention directe sur la condition physique des malades chroniques *via* la programmation d'exercices et d'APA. Mais l'enjeu de l'intervention en activité physique pour les malades chroniques, est qu'une pratique puisse s'inscrire dans la longue durée, celle de la vie avec la maladie. Pour reprendre la réflexion sur les parcours, si l'intervention en activité physique est initiée par une prescription dans le parcours de soins, il est important de penser les articulations avec le parcours de santé et finalement avec le parcours de vie, en appréhendant la personne dans son environnement : famille, entourage, vie scolaire ou professionnelle, logement et vie de quartier... la nature de la transaction entre l'enseignant en APA et le bénéficiaire est alors fondamentale pour permettre le développement de son autonomie et son engagement dans l'élaboration d'un projet personnel de pratique physique, adapté et autodéterminé. L'intervention en APA ne cherche alors pas tant à agir sur la condition physique qu'à créer les conditions de possibilité pour que les bénéfices de l'APA puissent vraiment s'exprimer et surtout être maintenus, ce qui suppose une régularité de la pratique de l'APA mais aussi une réduction des pratiques sédentaires. Il s'agit d'une intervention d'enseignement qui suppose une durée minimale.

La prescription prend deux colorations très différentes selon qu'elle est associée à une orientation du patient : 1) vers un programme médical (SSR, centre médico-sportif, clubs cœur et santé...) qui le soumet à un exercice destiné à réadapter son organisme à l'effort, et lui propose de poursuivre seul en s'auto-imposant l'exercice régulièrement ; 2) vers des clubs ou des associations de loisirs qui organisent des pratiques de forme et d'entretien corporel, auxquelles le patient est plus ou moins prêt à participer selon son expérience préalable des activités physiques et du rapport qu'il entretient avec son corps. Conçu dans une approche éducative, l'engagement est pensé 3) en termes de programme d'activité physique et valorise l'autocontrôle de ses habitudes de vie et l'auto-injonction à répéter seul(e) les exercices programmés, ou au contraire ; 4) en termes de développement de capacités et d'expression de soi dans le cadre de pratiques culturelles pérennes permettant participation sociale et expression individuelle et collective.

Ces quatre logiques d'intervention ne s'excluent pas les unes les autres. Elles constituent des réponses à des problèmes différents et peuvent éventuellement se succéder en fonction de l'évolution de la maladie, mais surtout du

développement des ressources bio-psycho-sociales des personnes vivant avec une maladie chronique.

Conclusion

L'émergence de nouvelles pratiques d'intervention en APA dans les réseaux diabète vers la fin des années 1990 a été suivie d'une reconfiguration de ces formes de pratique dans le monde médical. D'une mise en exercice pour agir directement sur l'état de santé, il s'est agi de jouer sur les ressorts éducatifs de façon à déclencher une pratique physique durable. Les logiques d'intervention qui transparaissent dans cette revue de littérature se caractérisent par une grande variabilité en fonction des organisations dans lesquelles elles s'exercent (établissements de santé, réseaux de santé, organisations sportives, associations de patients, organisations privées commerciales...), en fonction des niveaux d'échelle de l'intervention (échelle de l'État, politiques territoriales, collectivités locales) et en fonction des groupes professionnels impliqués, coordonnés ou non entre eux. D'une mise en exercice des malades chroniques sur prescription médicale, l'intervention peut également consister à mettre en place des dispositifs éducatifs favorisant les échanges, la compréhension partagée des situations de vie, et passer par un travail d'entrée en projet visant à infléchir ses propres habitudes dans une perspective qui prend du sens pour la personne. Transformer le patient en sujet auto-réflexif à même de construire de nouvelles normes de vie permettant de « vivre en santé avec une maladie chronique » (Perrin, 2014). Ces interventions relèvent de la transmission de « technologies de soi », en ce qu'elles « permettent aux individus d'effectuer, seuls ou avec l'aide d'autres, un certain nombre d'opérations sur leur corps et leur âme, leurs pensées, leurs conduites, leur manière d'être ; de se transformer afin d'atteindre un certain état de bonheur, de pureté, de sagesse, de perfection ou d'immortalité » (Foucault, 1982)⁶⁴. Ces technologies de soi ne relèvent pas d'une instruction mais bien d'un enseignement. Il s'agit de rompre avec les approches exclusivement cognitives en favorisant les expériences d'apprentissage corporel et moteur qui vont permettre d'augmenter son pouvoir d'action et d'interaction et soutenir l'expression de soi dans un projet individualisé, plus ou moins partagé. Les activités physiques et sportives sont alors appréhendées pour le sens qu'elles prennent pour l'individu, pour les significations sociales auxquelles elles sont historiquement et socialement rattachées et pour le lien social qu'elles favorisent. Les interventions ne se

64. Selon Foucault, l'individuation est un effet émergent des différents modes de gouvernement. L'individu apparaît alors comme ce qui est produit par le pouvoir, mais aussi ce qui résiste au pouvoir.

limitent pas à de l'encadrement d'APS, ni à une juxtaposition de temps d'exercice et de temps de réponse à des questionnaires ou d'expression dans des entretiens, mais s'appuient sur des mises en jeu du corps dans l'effort, l'action, l'interaction, l'expression qui permettent à l'individu de développer ses possibilités et d'en prendre conscience.

S'affrontent finalement deux grandes logiques dont nous avons pu étudier l'ancrage historique dans les spécialités médicales de la cardiologie et de la diabétologie. La première consiste à s'appuyer sur la recherche expérimentale pour définir la quantité et l'intensité de l'activité physique nécessaires pour un bénéfice sur la santé. Ces données définissent des situations d'entraînement auxquelles le patient est invité à se soumettre dans le cadre d'une thérapeutique non médicamenteuse. On lui apprend ainsi « par corps » l'exercice qu'il devra s'auto imposer au nom de sa santé, le patient pouvant par ailleurs se montrer avide de maîtriser les normes de durée et d'intensité. En fin de prise en charge médicale, le professionnel procède alors par délégation de responsabilité. Le malade averti et instruit « n'a plus qu'à » reproduire l'exercice régulièrement en s'appuyant ou non sur des organisations comme les clubs cœur et santé en cardiologie. Cette approche repose sur une approche fonctionnaliste du corps et sur la conception de l'homme libre de ses choix, rationnel dans ses décisions et réactif à la peur engendrée par le risque. « Cette conception socialement située de la liberté et du contrôle de soi est plus adaptée aux classes moyennes citadines prédisposées à intégrer dans la routine des activités quotidiennes les préconisations du programme d'exercice » (Génolini et Clément, 2010).

La seconde logique repose sur une inversion totale du processus qui va d'abord viser l'engagement dans une pratique d'APA initialement le plus souvent considérée comme étant improbable, avant même de penser la question de la durée et de l'intensité de l'exercice. L'importance est alors donnée au développement de capacités (Nussbaum, 2012) qui pourront être mobilisées à partir du libre arbitre de l'individu. Il ne s'agit alors pas d'animer pour faire bouger, mais d'enseigner dans le cadre de situations d'apprentissage et d'accompagner la construction d'un projet individuel en cherchant à augmenter les conditions de possibilité d'une mise en œuvre par l'individu qui se rapprocherait des recommandations : recherche par anticipation des structures d'accueil qui pourraient être appropriées, des relations support, de la gestion du temps... Cette logique demande que l'intervention se déroule dans la durée (sur plusieurs mois) pour que le processus d'engagement puisse s'enclencher (Becker, 1960 ; Perrin, 2013 et 2016 ; Fuchs et coll., 2014 ; Barth et coll., 2014 et 2015).

En réponse aux politiques publiques, les interventions se construisent dans le cadre d'organisations qui visent le plus souvent leur application, mais aussi leur contestation comme le font apparaître les travaux sur l'activité physique des personnes vivant avec le VIH, qui tiennent à s'approprier des pratiques en dehors d'objectifs médicaux (Ferez et Thomas, 2012).

On observe également l'influence et l'apport des professions. Leur influence s'inscrit dans un espace concurrentiel aux contours flous au sein duquel chaque groupe cherche à s'approprier un marché. Leur intervention dans les organisations va le plus souvent transformer l'objectif initial en s'appuyant sur les échecs et favoriser un renouvellement des pratiques et des études scientifiques en intégrant des effets de réalité, mais surtout leurs réflexions éthiques. La forme de l'organisation en réseau qui construit l'intervention dans une relation de proximité avec la vie ordinaire va ici avoir toute son importance. Mais les acteurs professionnels qui s'y engagent avec des valeurs qui privilégient le « *care* » sur le « *cure* » vont également peser sur les logiques d'intervention.

Dans le cadre de cette analyse, le concept d'écologie a été saisi dans un sens méthodologique. Il s'agit, comme le préconise Bruno Milly (2012) de souligner l'importance d'analyser ensemble, sans les considérer comme hiérarchisées et stabilisées, les interactions entre institutions, organisations et professions, dans une configuration d'interdépendances relativement souple. Les variations des logiques d'intervention en activité physique auprès des malades chroniques se manifestent selon les façons dont les différents acteurs individuels s'emparent ou non de chacune des formes étudiées (institution-profession-organisation).

L'intervention sur le « bouger » en prévention tertiaire apparaît ici dans ses dimensions sociales qui remettent en question les conditionnements spatio-temporels organisant la place et la surveillance des corps dans l'espace social. « Ainsi, au travail, à l'école, on apprend à rester assis à son bureau, on utilise les ascenseurs, on utilise les moyens de transports dans leur continuité, on apprend à rester tranquille. Exiger d'une population ou d'un groupe populationnel qu'il bouge, c'est déranger les règles de l'usage social des corps et de leur mobilité dans des espaces organisés et contraints autour d'un mouvement minimal des corps au travail. » (Tourette-Turgis, 2013). Ce « dérangement de l'usage social des corps » est accentué par la confrontation à la maladie chronique et aux effets du vieillissement. Les deux types d'injonction souvent liées (mieux manger-bouger plus) correspondent finalement à « deux espaces privés à influencer : le corps digestif et le corps de la mobilité, qui diffèrent à la fois dans les représentations, les croyances et l'imaginaire social » (Tourette-Turgis, 2013). Or toutes les interventions n'assument pas le fait qu'elles s'immiscent dans l'espace privé et qu'elles courent le risque de devenir des

entreprises « moralisatrices » (Peterson et Lupton, 1996 ; Lecorps et Paturet, 1999 ; Dozon et Fassin, 2001 ; Berlivet, 2004 ; Fassin et Memmi, 2004). L'intervention au nom de la santé publique « ne se présente plus sous la seule forme d'une entreprise "scientifique" justifiée par des évidences épidémiologiques ; elle devient une entreprise d'acculturation dont le mandat est de promouvoir des valeurs véhiculées par une "culture sanitaire" » (Massé, 2003). Les enjeux éthiques émergent à la frontière, toujours à redéfinir, entre informer et persuader, convaincre et contraindre (Massé, 2003), mettre en exercice ou créer les conditions pour que l'individu se mette en mouvement (Perrin, 2013).

Les interventions décrites dans le cadre de notre revue de littérature semblent faire abstraction des questions éthiques, excepté dans le cadre des conflits de juridiction qui engagent les groupes professionnels. Il serait important d'étudier l'intervention en activité physique en tant qu'entreprise normative, d'en penser les enjeux éthiques, les critères à partir desquels « vouloir le bien du patient » peut devenir une entreprise moralisatrice (Massé, 2003). La réflexion éthique s'inscrit dans une dialectique entre interventionnisme bienveillant et responsabilisation citoyenne, entre paternalisme étatique protecteur et solidarité citoyenne, entre devoir d'intervention et respect du libre arbitre de la population, entre développement de la condition physique et émancipation individuelle.

RÉFÉRENCES

- Abbott A. *The system of professions. An essay on the division of expert labor*. Chicago : Chicago University Press, 1988.
- Abbott A. Écologies liées. À propos du système des professions. In : Menger PM, ed. *Les professions et leurs sociologues. Modèles théoriques, catégorisations, évolutions*. Paris : Éditions de l'EHESS, 2003 : 19-50.
- Amstrong D. Origins of the problem of health-related behaviours: a genealogical study. *Soc Stud Sci* 2009 ; 39 : 909-26.
- Bergeron H, Castel P. *Sociologie politique de la santé*. Paris : PUF, Coll. Quadrige, 2014.
- Bernardeau-Moreau D, Collinet C. *Les éducateurs sportifs en France depuis 1945*. Rennes (France) : PUR, 2009.
- Bize R. *Promotion de l'activité physique au cabinet médical : manuel de référence à l'intention des médecins*. Polyclinique médicale universitaire, Office fédéral du sport, Collège

de médecine de premier recours, Ligue vaudoise contre les maladies cardiovasculaires. Lausanne, 2009 : 44 p.

Bloy G, Schweyer F. *Singuliers généralistes – Sociologie de la médecine générale*. Rennes : Presses de l'EHESP, 2010.

Bloy G. Échec des messages préventifs et gouvernement des conduites en médecine générale. *Sci Soc Santé* 2015 ; 34 : 41-66.

Bloy G, Moussard Philippon L, Rigal L. Les médecins généralistes et le conseil en activité physique : des évidences aux contingences de la consultation. *Santé Publique* 2016 ; 28 : 153-61.

Boitard A. *Approche socio-économique du sport santé en Champagne-Ardenne. Nature, mesures et évaluation*. Master 2 de recherche en sciences sociales en sciences économiques et sociales (sous la direction de G. Rasselet). Reims : Université de Reims, 2007.

Boursier C, Seguillon D, Benoit H. De la recherche en activité physique adaptée au terrain : perspectives internationales. *Nouvelle Revue de l'Adaptation et de la Scolarisation* 2012 ; 58 : 5-12.

Canguilhem G. *Le normal et le pathologique. Études d'histoire et de philosophie des sciences*. Collection *Quadrige*. Paris : PUF, 1968.

Cazal J, Genolini J. Apprendre l'hygiène de vie après un accident cardiaque. La figure contractuelle de l'« auto-soignant ». *Sociologie* 2015 ; 3 : 241-62.

Cazal J, Genolini J. Prévenir le risque cardiovasculaire : le travail éducatif au cœur du dépistage. *Sci Soc Santé* 2013 ; 31 : 5-30.

Chantelat P, Perrin C. Les éducateurs médico-sportifs : une activité émergente inscrite dans le monde médical. In : Demazières D, Gadea C, eds. *Sociologie des groupes professionnels. Acquis récents et nouveaux défis*. Paris : La Découverte, 2009 : 252-62.

Collinet C, Schut P. Les modes de prise en charge du public dans la prévention du vieillissement par les activités physiques au niveau local. *Santé publique* 2016 ; 28 : 41-9.

Collinet C, Delalandre M. Physical and sports activities, and healthy and active ageing: establishing a frame of reference for publication. *Int Rev Sociology Sport* 2015 ; 14 : 1-14.

Collinet C, Delalandre M. L'injonction au bien-être dans les programmes de prévention du vieillissement. *Année Sociologique* 2014 ; 64 : 445-67.

Collinet C, Schut P, Jeremy P, et al. L'articulation des temporalités dans les politiques de prévention du vieillissement. *Temporalités* 2014 [mis en ligne le 25 juin 2014, consulté le 8 juillet 2014] <http://temporalites.revues.org/2696>

Darmon M. La notion de carrière : un instrument interactionniste d'objectivation. *Politix* 2008 ; 82 : 149-67.

Defrance J. La naissance de l'éducation physique : entre médecine et enseignement. *Société et Représentations* 1998 ; 7 : 449-63.

Defrance J, El Boujjoufi T. Construction sociale d'une compétence médico-sportive, entre holisme et spécialisation. *Regards Sociologiques* 2004 ; 29 : 75-93.

Defrance J. Notes de lecture. *Sci Soc Sport* 2009 ; 1 : 201-5.

Dessus P. Qu'est-ce que l'enseignement ? Quelques conditions nécessaires et suffisantes de cette activité. *Revue Française de Pédagogie* 2008 ; 164 : 139-58.

Dodier N. *Leçons politiques de l'épidémie de sida*. Paris : EHESS, 2003 : 359 p.

Dozon JP, Fassin D. *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*. Paris : Balland, 2001.

Duval E, Ferez S, Thomas J, et al. La construction de la valorisation de l'activité physique : le rôle des associations VIH. *Santé publique* 2016 ; 28 : 91-9.

Elias N. *La civilisation des mœurs*. Collection Pocket Agora. Paris : Calmann-Lévy, 2000 [1939] ; Id., *La dynamique de l'Occident*. Collection Pocket Agora. Paris : Calmann-Lévy, 1996 [1939].

Engstrom L. Who is physically active? Cultural capital and sports participation from adolescence to middle age, a 38-year follow-up study. *Physical Education Sport Pedagogy* 2008 ; 13 : 319-43.

Fassin D, Memmi D. *Le gouvernement des corps*. Paris : EHESS, 2004 : 266 p.

Favier-Ambrosini B. Socio-histoire du lien entre activité physique et prévention de la santé de 1960 à 1980. *Santé publique* 2016 ; 28 : 15-24.

Ferrand C, Perrin C, Nasarre S. Motives for regular physical activity in women and men: a qualitative study in French adults with type 2 diabetes, belonging to a patient's association. *Health Soc Care Community* 2008 ; 16 : 1365-2524.

Ferez S, Thomas J. *Sport et VIH, un corps sous contrainte médicale*. Paris : Tétraèdre, 2012.

Ferez S, Ruffie S. *Le corps de la honte. Sociohistoire de la prise en charge du VIH/sida en Guadeloupe*. Nancy : PUN, 2015.

Fillaut T. *Quand la santé publique s'affiche : 1945-1995, 50 ans, 50 affiches*. Rennes : ENSP, 1995.

Fleuriel S, Salle L. Entre sport et médecine : de la formation à la pratique médicale. *Sci Soc Santé* 2009 ; 27 : 73-98.

Foucault M. *Les techniques de soi* [5 oct. 1982], Dits et écrits, t. IV, Paris : Gallimard, 1994 : 786 p.

Freidson E. *Professionalism reborn, policy and prophecy*. Cambridge : Cambridge University Press, 1994.

Frenk J, Bobadilla J, Stern C, et al. Elements for a theory of the health transition. *Health Transition Review* 1991 ; 1 : 21-38.

Fuchs A, Perrin C, Ohl F. Using sport to cope with cystic fibrosis. *Society Leisure* 2014 ; 37 : 189-204.

Gaubert C. *Le sens des limites : structuration du corps des masseurs-kinésithérapeutes, définition sociale de leur compétence et imposition scolaire de la domination médicale*. Thèse de sociologie. Paris : EHESS, 2006.

Gasparini W. *L'intégration par le sport ? Sociétés contemporaines*. Paris : Presses de Sciences Po, 2008 : 70 p.

Gasparini W, Knobé S. *Sport/santé sur ordonnance. La prescription médicale d'activité physique à Strasbourg : analyse qualitative du rapport à la pratique des patients*. Strasbourg : Rapport pour l'agence régionale de santé d'Alsace, 2013.

Gasparini W, Knobé S, Didierjean R. Physical activity on medical prescription: a qualitative study of factors influencing take-up and adherence in chronically ill patients. *Health Educ J* 2014 ; online 25 novembre 2014 : 1-12.

Gasparini W, Knobé S. Sport sur ordonnance : l'expérience strasbourgeoise sous l'œil des sociologues. *Informations Sociales* 2015, 187 : 47-53.

Génolini J, Clement J. Lutter contre la sédentarité : l'incorporation d'une nouvelle morale de l'effort. *Sci Soc Sport* 2010 ; 3 : 133-56.

Génolini J, Roca R, Rolland C, et al. L'éducation du patient en médecine générale : une activité périphérique ou spécifique de la relation de soin ? *Sci Soc Santé* 2011 ; 29 : 81-122.

Génolini JP, Casal J, Nackaerts-Jacolin M, et al. 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* 2013 ; 20 : 54-9.

Gerin C, Guillemot P, Bayat M, et al. Enquête après des médecins généralistes sur leur expérience et leur avis en matière de prescription d'activité physique. *Science Sports* 2015 ; 30 : 66-73.

Ginsbourger T, Terral P. Dynamiques d'humanisation puis de managérialisation d'un projet d'activité physique sur un site de lutte contre le cancer. *Sociologies* 2014 [En ligne] (<http://sociologies.revues.org/4790>).

Ginsbourger T. *Exister dans le monde de la santé. Sociologie des jeux de savoir et de pouvoir des experts. Activité Physique et cancers en France*. Thèse. Toulouse : Université Paul Sabatier-Toulouse 3, 2015.

Goffman E. *Asiles. Étude sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*. Collection *Le sens commun*. Paris : Éditions de Minuit, 1968.

Goffman E. *Stigmates. Les usages sociaux des handicaps*. Collection *Le sens commun*. Paris : Éditions de Minuit, 1975.

Greene J. *Prescribing by numbers: drugs and the definition of disease*. Baltimore : The Johns Hopkins University Press, 2007.

Guilbert P, Baudier F. Sport et activité physique. In : Arènes J, Baudier F, eds. *Baromètre santé jeunes 97/98* Paris : CFES, 1998 : 101-15.

Guiraud T, Darolles Y, Sanguignol M, et al. Quid des enseignants en activité physique adaptée dans les établissements de soins de suite et de réadaptation en 2013. Disponible sur <http://dx.doi.org/10.1016/j.scispo.2013.06.002>

Haute Autorité de santé (HAS). Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées. HAS, 2011 : 94 p.

Heath G, Leonard B, Wilson R, *et al.* Community-based intervention: Zuni diabetes project. *Diab Care* 1987 ; 10 : 579-83.

Hebert E, Caughy M, Shuval K. Primary care providers' perceptions of physical activity counselling in a clinical setting: a systematic review. *Br J Sports Med* 2012 ; 46 : 625-31.

Henaff-Pineau P. Le médecin généraliste, promoteur d'activités physiques et sportives pour les personnes âgées ? *Retraite et Société* 2014 ; 67 : 131-55.

Henaff-Pineau P. Vieillesse et pratiques sportives : entre modération et intensification. *Lien Social et Politiques* 2009 ; 62 : 71-83.

Honta M, Haschar-Noe N. Les politiques préventives de santé publique à l'épreuve de la territorialisation : l'introuvable gouvernance régionale du Programme national nutrition santé en Aquitaine. *Sci Soc Santé* 2011 ; 4 : 31-62.

Honta M. The state and management of partnership arrangements in France. An analysis of the implementation of the sport, health and well-being plan. *Int J Sport Policy Politics* 2016 ; 8 : 577-91.

Honta M, Basson JC, Sallé L. The fight against physical inactivity at the local level: urban governance and fragile partnerships. The case of the city of Bordeaux (France). *J Sport Health* 2015 ; 6 : 7-17.

Hughes EC. *Le regard sociologique. Essais choisis*. Paris : EHESS, 1996.

Hughes EC. *Men and their work*. London : The Free Press of Glencoe, Collier-Macmillan Limited, 1958 : 184 p.

Inserm. *Activité physique. Contextes et effets sur la santé*. Collection *Expertise collective*. Paris : Éditions Inserm, 2008 : 812 p.

Jabot F, Demeulemeester R. Les interactions entre les niveaux national, régional, et infrarégional dans les programmes en santé publique. *Santé Publique* 2005 ; 5 : 597-606.

Jorland G. *Une société à soigner : hygiène et salubrité en France au XIX^e siècle*. Paris : Gallimard, 2010.

Joy E, Blair S, McBride P, *et al.* Physical activity counselling in sports medicine: a call to action. *Br J Sports Med* 2013 ; 47 : 49-53.

Jorgensen T, Nordentoft M, Krogh J. How do general practitioners in Denmark promote physical activity? *Scand J Prim Health Care* 2012 ; 30 : 141-6.

Keating P, Cambrosio A. Biomédecine, science et technologie : avancées et nouvelles approches conceptuelles. In : Fantini B, Lambrichs L, eds. *Histoire de la pensée médicale contemporaine : évolutions, découvertes, controverses*. Paris : Seuil, 2014 : 139-155, p. 152.

Koivisto V, Yki-Jarvinen H, Defronzo R. Physical training and physical activity. *Diab Metab Rev* 1986 ; 1 : 445-81.

Labarthe G. Les consultations et visites des médecins généralistes : un essai de typologie. *Études et Résultats* 2004, 315 : 1-11.

Labruyere C. Professionnalisation : de quoi parlent les chercheurs, que cherchent les acteurs ? *Formation Emploi* 2000 ; 70 : 31-41.

Leclercq A. *Le sport au service de la vie sociale. Avis et Rapports du Conseil Économique et Social sur le rapport présenté par M. André Leclercq au nom de la section du cadre de vie.* Paris : Conseil Économique et Social, 2007 : 162 p.

Lecorps P, Paturet J. *Santé publique : du biopouvoir à la démocratie.* Rennes : ENSP, 1999.

Lefebvre B, Perrin C, Camy J. L'émergence d'un nouveau territoire professionnel de l'activité physique dans le secteur sanitaire et social. Le cas des coordonnateurs en activité physique adaptée et santé dans les Réppop (réseaux de prévention et de prise en charge de l'obésité en pédiatrie). *Revue Européenne de Management du Sport* 2012 ; 35 : 44-57.

Lefevre B, Thiery P. Les premiers résultats de l'enquête 2010 sur les pratiques physiques et sportives en France. *Stat-Info* 2010 ; 10 : 1-4.

Lefevre B, Thiery P. Les principales activités physiques et sportives pratiquées en France en 2010. *Stat-Info* 2011 ; 11 : 1-6.

Levy M, Loy L, Zatz L. Policy approach to nutrition and physical activity education in health care professional training. *Am J Clin Nutr* 2014 ; 99 : 1194S-201S.

Macron A. *La profession de masseur-kinésithérapeute instituée par la loi n° 46-857 du 30 avril 1946 : genèse et évolution d'une profession de santé réglementée.* Thèse en Droit et Science politique : Université de Montpellier, 17 octobre 2015.

Manson J, Rimm E, Stampferm J, *et al.* Physical activity and incidence of non-insulin-dependant diabetes mellitus in women. *Lancet* 1991 : 338 : 774-8.

Marcellini A, Fortier V. L'obésité en question. Analyse transdisciplinaire d'une épidémie. Collection *À la croisée des regards.* LEH Éditions 2014 : 248 p.

Marcellini A, Perera E, Rodhain A, *et al.* Rapport au corps et engagement dans les activités physiques chez les personnes en situation d'obésité. *Santé Publique* 2016 ; 28 : 117-25.

Marsault C. Sport sur ordonnance, une mise à distance de la médecine : le dispositif strasbourgeois vu par ses éducateurs. *Santé Publique* 2016 ; 28 : 163-7.

Marsault C. Le sport-santé, un objet médical, social ou sportif ? Le dispositif strasbourgeois « sport-santé sur ordonnance » comme objet politique transversal. *Sci Soc Sport* 2017 ; 10 : 21-49.

Masse R. *Éthique et santé publique. Enjeux, valeurs et normativité.* Québec : Presses de l'Université de Laval, 2003 ; 414 p.

Merlaud F, Terral P. Lutte contre l'obésité par l'activité physique et fondements du consensus fragile entre experts. *Santé Publique* 2016 ; 28 : 33-40.

Merlaud F, Terral P. L'activité physique pour la prévention et la prise en charge de l'obésité : une thérapeutique consensuelle dissimulant des controverses entre

différentes visions du monde. In : Collinet C, Terral P, eds. *Sports et controverses*. Paris : Éditions des Archives Contemporaines, 2013.

Merlaud F, Terral P, Haschar-Noe N. S'engager dans la lutte contre l'obésité et la sédentarité en France. La construction d'une expertise hybride et située par les réseaux associatifs de prévention et de soins. *Socio-logos* 2012 ; 7 (mis en ligne le 12 novembre 2012, <http://socio-logos.revues.org/2691>).

Mignon P. Sport et santé : la construction d'un problème social. *Sociologie Santé* 2007 ; 26 : 203-25.

Milly B. *Le travail dans le secteur public. Entre institutions, organisations et professions*. Collection *Didact sociologie*. Rennes : Presses Universitaires de Rennes, 2012 : 232 p.

Mino J, Lefevre C. Mieux comprendre l'expérience de l'activité physique après un cancer grâce à la philosophie de la santé. *Santé Publique* 2016 ; 28 : 101-7.

Monnet J. *Emergence de la kinésithérapie en France à la fin du XIX^e et au début du XX^e siècle : une spécialité médicale impossible. Genèse, acteurs et intérêts de 1880 à 1914*. Thèse pour le doctorat de sociologie, Université de Paris 1, juin 2003.

Moussard-Philippon L. *Le médecin généraliste et le conseil en activité physique*. Thèse, Faculté de médecine Paris Descartes. 2013 ; 150 p.

Omran A. The epidemiological transition: a theory of the epidemiology of population change. *Milbank Memorial Fund Quaterly* 1971 ; 49 : 509-38.

Organisation mondiale de la santé (OMS). *Des soins novateurs pour les affections chroniques : éléments constitutifs : rapport mondial*. Genève : OMS, 2003 : 106 p.

Osty F. Sociologie des professions et des métiers. In : Alter N, ed. *Sociologie du monde du travail*. Paris : PUF, 2006 : 61-79.

Osty F. *Le désir de métier*. Rennes : PUR, 2003 : 248 p.

Paffenbarger R, Hyde R, Wing A, et al. The association of changes in physical activity level and other lifestyle characteristics with mortality among men. *N Engl J Med* 1993 ; 328 : 538-45.

Peretti-Watel P, Moatti JP. *Le principe de prévention. Le culte de la santé et ses dérives*. Collection La République des idées. Paris : Seuil, 2009 : 104 p.

Perrin C, Perrier C. La « couleur de l'Afdet » : parcours d'une association, parcours de l'éducation thérapeutique en France. *Santé Éducation* 2017 ; 1 : 3-6.

Perrin C. Construction du territoire professionnel de l'enseignant en APA dans le monde médical, *Santé Publique* 2016 ; 28 : 143-51.

Perrin C. Pour aller plus loin – Obésité et logiques d'intervention : entre institutions, organisations et professions. In : Marcellini A, Fortier V, eds. *L'obésité en question. Analyse transdisciplinaire d'une épidémie*. Bordeaux : Éditions Les Études Hospitalières, 2014 : 223-37.

Perrin C. Exercice du patient ou mouvement de la personne malade ? L'introduction de l'APA dans le secteur médical confrontée à la valeur d'autonomie. In : Andrieu B, ed. *Éthique du sport*. Lausanne : Éditions L'Âge d'Homme, 2013 : 328-39.

Perrin C, Champely S, Chantelat P, *et al.* Adapted physical activity and patient education in the French diabetes networks. *Santé Publique* 2008a ; 20 : 213-23.

Perrin C. *Contribution à l'étude des nouvelles dynamiques professionnelles autour de l'activité physique pour la santé.* Note de synthèse pour l'obtention de l'habilitation à diriger des recherches soutenue à l'Université Claude Bernard Lyon 1, le 10 décembre 2008b, 182 p.

Perrin C. L'activité physique : une affaire de goûts ? *La Santé de l'Homme* 2007 ; 387 : 28-30.

Perrin C, Chantelat P. *Les éducateurs médico-sportifs dans les réseaux Diabète : nouveaux emplois, nouvelle profession ?* Communication orale au III^e congrès de l'Association Française de Sociologie (AFS), Université de Bordeaux, 2006.

Perrin C, Ferron C, Gueguen R, *et al.* Lifestyle patterns concerning sports and physical activity, and perceptions of health. *Sozial Präventivmedizin* 2002 ; 47 : 162-71.

Persson T. Social capital and social responsibility in Denmark. *Int Rev Sociology Sport* 2008 ; 43 : 35-51.

Petersen A, Lupton D. *The new public health. Health and self in the age of risk.* Thousand Oaks : Sage Publications, 1996 : 208 p.

Phillips E, Kennedy M. The exercise prescription: a tool to improve physical activity. *PMR* 2012 ; 4 : 818-25.

Pinell P. *Naissance d'un fléau.* Paris : Éditions Métailié, 1992.

Pociello C. Entre le social et le vital, l'éducation physique sous tensions (XVIII^e-XX^e siècle). Grenoble : PUG, 2004 : 11-24.

Prevot-Ledrich J, Van Hoye A, Lombrail P, *et al.* Panorama des politiques publiques françaises de promotion de l'activité physique bénéfique pour la santé. *Santé Publique* 2016 ; HS1 : 25-31.

Queval I. Éducation, santé, performance, à l'ère de la perfectibilité infinie du corps. *Carrefours de l'Éducation* 2011 ; 32 : 17-30.

Queval I. *S'accomplir ou se dépasser, essai sur le sport contemporain.* Paris : Gallimard, 2004 : 342 p.

Radel A. *50 ans de campagnes d'éducation pour la santé : l'exemple de la lutte contre la sédentarité et de la promotion des modes de vie actifs (1960-2010).* Thèse, Université Toulouse 3, 22 octobre 2012.

Radel A, Morales Y. Une éducation sanitaire « par corps ». Analyse de deux campagnes de lutte contre la sédentarité (1980 et 2001-2012). *Carrefours de l'Éducation*, 2013 ; 35 : 217-34.

Rauch A. Le sport nous rend-il addictifs à des normes de santé ? *Face à Face* 2011 ; 11 (<http://faceaface.revues.org/>).

Regnier F, Masullo A. Obésité, goûts et consommation. Intégration des normes d'alimentation et appartenance sociale. *Revue Française de Sociologie* 2009 ; 50 : 744-73.

Robelet M, Serré M, Bourgueil Y. La coordination dans les réseaux de santé : entre logiques gestionnaires et dynamiques professionnelles. *Revue Française des Affaires Sociales* 2005 ; 1 : 234.

Safai P. A critical analysis of the development of sport medicine in Canada, 1955-80. *Int Rev Soc Sport* 2007 ; 42 : 321-41.

Schweyer F. Entre sport et médecine, la santé publique ? Commentaire. *Sci Soc Santé* 2009 ; 27 : 99-110.

Schiovitz-Ezra S, Litwin H. Social network type and health-related behaviors: evidence from an American national survey. *Soc Sci Med* 2012 ; 75 : 901-4.

Simard C, Caron F, Skrotzky K. *Activité physique adaptée*. Boucherville : Gaëtan Morin éditeur, 1987.

Sorensen J, Sorensen JB, Skovgaard T, *et al.* Exercise on prescription: changes in physical activity and health-related quality of life in five Danish programmes. *Eur J Public Health* 2011 ; 21 : 56-62.

Stuji M, Stokvis R. Sport, health and the genesis of a physical activity policy in the Netherlands. *Int J Sport Policy Politics* 2015 ; 7 : 217-32.

Strauss A. La trame de la négociation, sociologie qualitative et interactionnisme. Collection *Logiques sociales*. Paris : L'Harmattan, 1992.

Swinburn B, Walter L, Arroll B, *et al.* Green prescriptions: attitudes and perceptions of general practitioners towards prescribing exercise. *Br J Gen Pract* 1997 ; 47 : 567-9.

Swinburn B, Walter L, Arroll B, *et al.* The green prescription study: a randomized controlled trial of written exercise advice provided by general practitioners. *Am J Public Health* 1998 ; 88 : 288-91.

Terret T, Perrin C. Activité physique des personnes atteintes d'un diabète en France : du rejet de la pratique à sa promotion par les associations de patients. *Stadion* 2007 ; XXXIII : 185-206.

Thomas J, Duval E, Ferez S. La perception de l'activité physique comme mode de prise de charge du VIH : effets de la visibilité du corps sur les stratégies de gestion d'une maladie chronique. *Movement Sport Sciences/Science Motricité* 2014 ; 84 : 99-110.

Tourette-Turgis C. L'effet Framingham en éducation thérapeutique : de l'enquête épidémiologique à l'enquête sur soi. *Sci Soc Santé* 2013 ; 31 : 31-8.

Toussaint JF. *Retrouver sa liberté de mouvement. PNAPS : plan national de prévention par l'activité physique ou sportive*. Paris : Ministère de la Santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, 2008 : 128 p.

Tulle E, Phoenix C. Physical activity and sport in later life: critical approaches. Londres : Palgrave Macmillan, 2015.

Viaud B. Médecines du sport, sports de médecins : quand les biographies sportives s'invitent dans le jeu des carrières professionnelles. *Sci Soc Sport* 2009 ; 2 : 129-69.

Vieille Marchiset G, Aceti M, Digennaro S, *et al.* Corps en mouvement, corps en santé. Regard socio-anthropologique sur des enfants de quartiers pauvres en Europe. *L'observatoire* 2014 ; 80 : 9-13.

Vigarello G. *Histoire des pratiques de santé. Le sain et le malsain depuis le Moyen Âge.* Paris : Seuil, 1999 : 390.

WCRF/AICR. Food, nutrition, physical activity, and the prevention of cancer: a global perspective 2007 : 518 p. Disponible sur : <http://www.dietandcancerreport.org/>

Weissland T, Passavant E, Allal A, *et al.* Fédérer les ressources régionales du sport-santé : le réseau Picardie en forme. *Santé Publique* 2016 ; 28 : 169-73.

Erratum

17/09/2020

Page 83, ligne 7

« Becker (1988) » est remplacé par « Becker (1985) ».

Page 88, lignes 28 à 32

La référence (Andrieu, 2012) est ajoutée. La phrase « Il s'agit de rompre avec les approches exclusivement cognitives en favorisant les expériences d'apprentissage corporel et moteur qui vont permettre d'augmenter son pouvoir d'action et d'interaction et soutenir l'expression de soi dans un projet individualisé, plus ou moins partagé. » est remplacée par : « Il s'agit de rompre avec les approches exclusivement cognitives en favorisant les expériences d'apprentissage corporel et moteur qui vont permettre d'augmenter son pouvoir d'action (Andrieu, 2012) et d'interaction et soutenir l'expression de soi dans un projet individualisé, plus ou moins partagé. »

Page 91, dans la liste de références

Sont ajoutées les références suivantes :

Andrieu B. L'autosanté. Vers une médecine réflexive. Paris : Amand Colin, coll. Recherches, 2012 : 256 p.

Barbin JM, Camy J, Communal D, *et al.* Référentiel d'activité et de compétences de l'enseignant en APA. Paris : Société Française des Professionnels en Activité Physique Adaptée, 2015 : 129 p.

Barth N, Perrin C. Type 2 diabetes and commitment of seniors to Adapted Physical Activity within the French system of therapeutic education. In : Tulle E, Phoenix C, dir. Physical activity and sport in later life : Critical approaches. Basingstoke : Palgrave, 2015 : 43-53.

Barth N, Perrin C, Camy J. S'engager dans une pratique régulière d'activité physique lorsqu'on est atteint de Diabète de Type 2 (DT2) : entre « trajectoire de maladie » et « carrière de pratiquant d'Activité Physique Adaptée (APA) ». *Loisir et Société* 2014 ; 37 : 224-40.

Basson JC, Haschar-Noe N, Theis I. Territorial translation of the National Health and Nutrition Program in Midi-Pyrénées, France. *Health Policy* 2013 ; 9 : 26-37.

Becker H. Outsiders - Études de sociologie de la déviance (1^{re} édition, 1963). Paris : Métailié, 1985 : 250 p.

Becker H. Notes on the Concept of Commitment. *American Journal of Sociology* 1960 ; 66 : 32-40.

Bercot R, De Coninck F. Les réseaux de santé, une nouvelle médecine ? Paris : L'Harmattan, coll. Logiques sociales, 2006 : 148 p.