

Série
SPORTS,
CULTURES,
SOCIÉTÉS

LIBRES
COURS



Sous la direction
de Claire Perrin,
Clément Perrier,
Damien Issanchou



BOUGER POUR LA SANTÉ !

Analyses sociologiques
d'une injonction contemporaine

SPORTS,
CULTURES,
SOCIÉTÉS

BOUGER POUR LA SANTÉ !



Bouger pour sa santé !

Cette incitation à la pratique d'une activité physique pour la santé semble devenue une évidence, qui se traduit aujourd'hui à différents niveaux dans la société, depuis l'action publique jusqu'au parcours de soin. L'ouvrage étudie les évolutions et les innovations sociales qui accompagnent cette injonction : intégration d'enseignants en APA dans les équipes soignantes, développement d'objets connectés accompagnant les pratiques physiques, déploiement de l'activité physique au travail, etc.

Marquées par un élargissement du regard sur la santé et la maladie, mais aussi par un intérêt aux comportements et pratiques des individus, ces orientations témoignent de dynamiques nouvelles au point de rencontre des mondes du sport et de la santé.



Damien Issanchou est sociologue, maître de conférences au L-ViS (EA 7428) à l'Université Lyon 1. Clément Perrier est doctorant aux laboratoires Pacte-Université Grenoble-Alpes et L-ViS-Université Lyon 1. Claire Perrin est professeure à l'Université Lyon 1, sociologue au L-ViS (EA 7428).



La Région
Auvergne-Rhône-Alpes



sciences et techniques
des activités physiques et sportives



Presses universitaires de Grenoble
15, rue de l'Abbé-Vincent
38600 Fontaine
ISBN 978-2-7061-4355-7
25,00 € (prix TTC France)

BOUGER POUR LA SANTÉ !



Le code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2° et 3° a, d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du code de la propriété intellectuelle.

Ouvrage publié avec le soutien de la Région Auvergne Rhône Alpes,
de l'UFR STAPS de l'Université Lyon 1
et de l'Institut ReCAPPS (Recherche collaborative
sur l'activité physique et la promotion de la santé)

Création de couverture: Corinne Tourrasse

Relecture: Eline Susset

Maquette intérieure: Catherine Revil

Mise en page: Soft Office

Achévé d'imprimer en mars 2022

sur les presses de la Nouvelle Imprimerie Laballery – 58500 Clamecy

Dépôt légal: avril 2022 – N° d'impression :

Imprimé en France

La Nouvelle Imprimerie Laballery est titulaire de la marque Imprim'Vert®

© UGA Éditions, avril 2022

Université Grenoble Alpes

CS40700 – 38058 Grenoble cedex 9

ISBN 978-2-37747-344-1

© Presses universitaires de Grenoble, avril 2022

15, rue de l'Abbé-Vincent – 38600 Fontaine

www.pug.fr

ISBN 978-2-7061-4355-7

Sous la direction de Claire Perrin,
Clément Perrier et Damien Issanchou

BOUGER POUR LA SANTÉ !

Analyses sociologiques
d'une injonction contemporaine

LA SÉRIE «SPORTS, CULTURES, SOCIÉTÉS» EST DIRIGÉE PAR MICHAËL ATTALI

Phénomène social majeur du xx^e siècle, le sport constitue un domaine d'étude particulièrement riche pour les sciences sociales.

Le sport étant le plus souvent appréhendé sous forme singulière, la collection Sports, Cultures, Sociétés envisage de faire émerger la pluralité qui le caractérise dans l'espace et dans le temps. Elle accueille l'ensemble des travaux relevant de l'histoire, de l'anthropologie, de l'ethnologie, de la sociologie, de l'économie ou du droit éclairant l'objet sportif. Entendu au sens large, c'est-à-dire incluant les pratiques physiques relevant de la sphère institutionnelle, éducative ou des loisirs, le sport est aussi un outil de compréhension des espaces sociaux dans lesquelles il s'inscrit.

Les ouvrages de la collection Sports, Cultures, Sociétés visent ainsi tout autant une meilleure connaissance du phénomène sportif qu'une appréhension affinée des problématiques sociales, politiques, éducatives ou culturelles au plan national et international.

Ils sont à destination des étudiants en STAPS, en sciences sociales et en science politiques des niveaux L, M, D. Ils s'adressent également aux acteurs du monde sportif, notamment aux enseignants d'EPS, entraîneurs, dirigeants et journalistes.

COMITÉ SCIENTIFIQUE

Jean-Loup Chappelet – professeur des universités, université de Lausanne • Jacques Defrance – professeur des universités, université de Paris X • Catherine Louveau – professeur des universités, université de Paris XI • Fabien Ohl – professeur des universités, université de Lausanne • Thierry Terret – professeur des universités, université de Lyon 1

DANS LA MÊME COLLECTION

- Fleuriet S., *La convention collective nationale du sport. Un droit sur mesure*, 2021
- Reynier V., Soulé B., Pabion-Mouriès J., *Du freestyle aux snowparks. Évolution du public, des pratiques et du rapport au risque*, 2019
- Bujon T., Mougeot F., *Le sport dans la douleur. De l'automédication au Mental training*, 2017
- Guérandel C., *Le sport fait mâle. La fabrique des filles et des garçons dans les cités*, 2016
- Bodin D., Javerlhac S. et Renaud J.-N. (dir.), *Se doper ou pas. Les jeunes sportifs face à la tentation du dopage*, 2015
- Sabatier F., *Histoire des organisations sportives communistes de France au xx^e siècle*, 2013
- Loudcher J.-F., Renaud J.-N. (dir.), *Éducation, sports de combat et arts martiaux*, 2011
- Andreff W., *Économie internationale du sport*, 2010
- Honta M., *Gouverner le sport. Action publique et territoires*, 2010
- Sonntag A., *Les identités du football européen*, 2008
- Jobert T., *Champions noirs, racisme blanc. La métropole et les sportifs noirs en contexte colonial (1901-1944)*, 2006
- Chifflet P., *Idéologie sportive et service public en France. Mythe d'un système unifié*, 2005
- Fleuriet S., *Le sport de haut niveau en France. Sociologie d'une catégorie de pensée*, 2004
- Pociello C. (dir.), *Entre le social et le vital. L'éducation physique et sportive sous tensions (xviii^e-xx^e siècle)*, 2004
- Raspaud M., *L'aventure himalayenne. Les enjeux des expéditions sur les plus hautes montagnes du monde. 1880-2000*, 2003

Liste des contributeurs

Delphine Azéma est doctorante au centre de recherches Sciences sociales sports et corps (CRESCO – EA 7419) de l'université Paul-Sabatier de Toulouse. Sa thèse mobilise la sociologie pour étudier l'intégration de dispositifs numériques dans un réseau de santé visant à soutenir l'AP de jeunes patients obèses.

Jean-Charles Basson est politiste, maître de conférences au CRESCO (EA 7419) à l'université de Toulouse, codirecteur de l'Institut fédératif d'études et de recherches interdisciplinaires santé et société (IFERISS, FED 4142). Ses travaux portent sur le gouvernement des populations dans les domaines de la santé publique et de l'éducation.

Yann Beldame est docteur, chercheur en anthropologie et sociologie, membre du laboratoire « Santé, éducation, situations de handicap » (SANTESIH, EA 4614) de l'université de Montpellier.

Guillaume Bodet est professeur à l'université Claude-Bernard Lyon 1. Il est chercheur au Laboratoire sur les vulnérabilités et l'innovation dans le sport (L-ViS – EA 7428). Ses travaux s'intéressent aux stratégies marketing des entreprises et à l'introduction de l'activité physique (AP) au travail.

Éric Boutroy, anthropologue, est maître de conférences au L-ViS (EA 7428) à l'université Lyon 1. Il travaille en particulier sur l'innovation (matérielle, de pratique) dans les pratiques sportives de montagne selon une approche qui inclut les personnes à besoins spécifiques et s'intéresse par ailleurs à l'innovation sociale.

Julien Cazal est maître de conférences, sociologue au laboratoire Violences, Innovations, Politiques, Socialisations et Sports (VIPS²-EA 4636) de l'université de Rennes et responsable pédagogique de la licence APA-S. Ses travaux portent sur la construction de l'autonomie en santé, du point de vue institutionnel comme de celui des malades chroniques.

Yan Dalla Pria est sociologue, maître de conférences à l'université Paris Nanterre et chercheur à l'IDHE.S (UMR 8533). Ses travaux portent notamment sur la mobilisation des pratiques sportives par les entreprises. Il est membre du conseil d'administration de l'Institut ReCAPPS et de l'Observatoire du sport d'entreprise (OSE).

Emmanuel Dizin est doctorant au L-ViS (EA 7428), ATER à l'université Lyon 1 et enseigne en particulier dans la filière APA-S. Il finalise actuellement une thèse en sociologie du sport qui vise l'analyse d'une trajectoire d'innovation sociale de promotion de la santé par l'AP à l'échelle d'une ville, à partir du cas de la ville de Villeurbanne.

Sylvain Ferez est maître de conférences, habilité à diriger des recherches, à l'université de Montpellier où il dirige le laboratoire SANTESIH (EA 4614). Ses travaux interrogent notamment les obstacles à l'engagement dans les activités physiques et sportives des personnes vivant avec une maladie chronique et/ou des déficiences.

Christine Ferron est docteure en psychologie du développement, déléguée générale de la Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé, professeure affiliée à l'École des hautes études en santé publique et vice-présidente de la Société française de santé publique.

6

Jean-Paul Génolini est psychologue social, maître de conférences au laboratoire CRESCO (EA 7419) et chercheur associé à l'IFERISS. Ses travaux articulés aux approches interventionnelles en santé publique portent sur la construction des expertises dans la mise en œuvre de l'éducation à la santé au sein de divers dispositifs.

Nadine Haschar-Noé est sociologue, maître de conférences émérite à l'université de Toulouse, membre du CRESCO (EA 7419) de l'IFERISS (FED 4142) et du LaSSP (EA 4175). Ses travaux en sociologie de l'action publique portent sur les programmes de santé publique visant la réduction des inégalités sociales de santé.

Marina Honta est professeure à l'université de Bordeaux, sociologue au Centre Émile-Durkheim (UMR-CNRS 5116). Ses travaux portent sur l'analyse des modalités contemporaines de conduite et de structuration de l'action publique dans les domaines de la santé publique et du sport.

Damien Issanchou est sociologue, maître de conférences au L-ViS (EA 7428) à l'université Lyon 1. Ses travaux portent sur le rapport au corps et à l'activité physique de personnes vivant avec une maladie chronique et sur leur participation sociale. Il étudie par ailleurs les dynamiques municipales de développement de dispositifs d'AP à des fins de santé.

Sandrine Knobé, sociologue, ingénieure de recherche en sciences humaines et sociales au sein du laboratoire « Sport et sciences sociales » (E3S – UR1342) de l’université de Strasbourg. Ses travaux cherchent à comprendre les logiques sociales d’engagement des individus dans des actions de promotion de la santé par les activités physiques.

Floriane Lutrat, doctorante au laboratoire E3S (UR1342) de l’université de Strasbourg. Sa thèse porte sur l’expérience vécue et les usages d’une action publique d’activités physiques sur prescription médicale ainsi que sur l’analyse des effets sociaux sur les pratiques physiques et sportives des individus.

Anne Marcellini est professeure de sociologie du sport et responsable du master en APA-S de l’Institut des sciences du sport de l’université de Lausanne (Suisse). Elle est membre du Centre de recherche sur les parcours de vie et les inégalités (LINES) à Lausanne et chercheuse associée au laboratoire SANTESIH (EA 4614) de l’université de Montpellier (France).

Gonzalo Marchant est docteur en sciences du mouvement humain, enseignant en psychologie du sport et chercheur associé au L-ViS (EA 7428) à l’université Lyon 1. Ses travaux de recherche portent en particulier sur la création et le maintien d’habitudes en matière d’activités physiques et de comportements sédentaires.

Yves Morales est socio-historien du sport, maître de conférences et codirecteur du CRESCO à l’université de Toulouse. Ses recherches interrogent les jeux de savoirs et de pouvoirs dans la production des normes relatives à la promotion des modes de vie physiquement actifs, au sein de dispositifs en faveur de l’activité physique pour la santé, l’éducation et le bien-être.

Éric Perera est maître de conférences, habilité à diriger les recherches, responsable du département de Management du Sport de l’UFR STAPS de l’université de Montpellier. Il est membre du laboratoire SANTESIH (EA 4614).

Mélanie Perez est sociologue, maîtresse de conférences à l’université du Mans et rattachée au Centre de recherche en éducation de Nantes. Ses thématiques de recherche portent sur les pratiques corporelles, au croisement de la sociologie de la socialisation, de la santé, du VIH, de l’homosexualité, de l’action publique, du genre et de la sexualité.

Clément Perrier est doctorant aux laboratoires Pacte-université Grenoble-Alpes et L-ViS-université Lyon 1. Sa thèse en science politique porte sur la construction de l’activité physique comme catégorie d’action publique. Membre du bureau de l’Institut ReCAPPS, il est également expert pour la HAS (Haute autorité de santé).

Claire Perrin est professeure à l'université Lyon 1, sociologue au L-ViS (EA 7428), coresponsable de l'axe Santé et société de la MSH Lyon-St-Étienne et directrice du master IGEAPAS (Intervention gestion et évaluation en activité physique adaptée et santé). Ses travaux sociologiques portent sur les dynamiques professionnelles et sociales autour de l'activité physique à visée de santé. Elle est présidente de l'Institut ReCAPPS.

Julien Pierre est maître de conférences et membre du laboratoire E3S (UR 1342) de l'université de Strasbourg. Il travaille sur la pratique d'activités physiques et sportives dans l'environnement spatiotemporel du travail.

Bastien Soulé est professeur des universités, sociologue au L-ViS (EA 7428). Il enseigne au sein du département Management du Sport de l'université Lyon 1. Inscrits en sociologie, ses travaux portent pour l'essentiel sur les risques liés aux activités sportives, ainsi que sur les processus d'innovation (technologique, sociale) dans le domaine sportif.

Philippe Terral est sociologue des sciences et des techniques des corps efficients et pathologiques, Professeur et directeur du CRESCO (EA 7419) de l'université Paul-Sabatier de Toulouse. Il analyse les controverses, les jeux de pouvoir et de savoirs à l'œuvre au sein et entre divers groupes de professionnels et d'experts du sport, du corps et de la santé.

Benoît Vallet est directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) des Hauts-de-France ; professeur affilié à l'École d'affaires publiques de Sciences Po Paris et chercheur associé à l'équipe d'accueil 2694 de l'université de Lille. Il a été directeur général de la santé de 2013 à 2018 notamment pendant l'écriture et la publication de la loi de modernisation de notre système de santé.

Raphaël Verchère est agrégé et docteur en philosophie, professeur au lycée Charlie-Chaplin de Décines et chercheur associé au L-ViS. Ses travaux s'attachent à circonscrire les enjeux épistémologiques et éthiques du sport contemporain, notamment dans ses développements liés aux nouvelles technologies (virtualisation, digitalisation).

Léo Trocmé-Nadal est actuellement doctorant au Centre Gilles Gaston Granger (CGGG – UMR 7304) de l'université Aix Marseille. Sa thèse en philosophie porte sur les enjeux épistémologiques, ontologiques et politiques du Big data.

Préface

BENOÎT VALLET

La littérature scientifique abonde sur les bénéfices indéniables de l'activité physique sur la santé, que soient considérés des indicateurs physiologiques, métaboliques, ou psychologiques. Cette action probante étant documentée, la difficulté de sa diffusion reste entière. Que cette activité physique dite « adaptée », c'est-à-dire adaptée à l'état de santé du public cible, puisse bénéficier d'une « prescription », la stratégie de mise en œuvre transversale nécessite acteurs formés et engagés, évolution des services pour répondre aux besoins des usagers mais également budgets associés, qui doivent être conséquents et, au mieux, orientés vers les publics vivant dans les conditions sociales les plus défavorables.

Les études sociologiques du sport et de l'activité physique à visée de santé s'avèrent particulièrement précieuses pour appréhender l'action publique en cours, permettant de repérer les innovations, de comprendre les succès comme les échecs et d'analyser les enjeux sociaux en présence. Et c'est là tout l'intérêt du présent ouvrage dont le projet est d'étudier l'activité physique pour la santé au point de rencontre des mondes du sport et de la santé. La première partie souligne que l'intégration d'une intervention professionnelle spécialisée en activité physique adaptée (APA) s'est faite depuis près de vingt-cinq ans dans des établissements et organisations de santé, pour des patients chroniques fragiles, parfois confrontés à des limitations sévères, la sédentarité et l'inactivité physique étant aujourd'hui reconnues comme des facteurs extrêmement délétères pour l'état de santé. La deuxième partie analyse la construction progressive de l'action publique en matière de lutte contre la sédentarité et l'inactivité physique, tandis que la troisième étudie diverses formes prises par le sport à visée de santé en dehors du monde sanitaire. Cet ouvrage arrive finalement à point pour éclairer les nombreuses dynamiques engagées.

La terminologie de « sport-santé » semble devoir remplacer toutes les autres. Telle une allégation nutritionnelle, le sport se veut d'être pratiqué pour ses bénéfices de santé. Il n'est cependant pas certain que cette stratégie marketing ait les résultats attendus, en particulier pour les populations les plus éloignées, si elle n'est pas encadrée suffisamment par les acteurs du monde sanitaire et les professions impliquées dans la mise en œuvre d'une activité physique « adaptée ». De plus, les valeurs associées à la santé restent souvent peu tangibles et ne sont pas nécessairement illustrées, aux yeux du grand public, par des bénéfices sensibles qui permettent de transformer les habitudes de vie.

Alors que j'étais directeur général de la Santé, j'ai rencontré pour la première fois ce débat sur les mérites de la prescription d'une activité physique à l'occasion de la mise en place, à l'Assemblée nationale, de l'article 144 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 dite « de modernisation de notre système de santé », puis de la construction de ses textes d'application, un décret et une instruction. La loi a introduit, pour l'article L. 1172-1 du code de la santé publique, la possibilité pour le médecin traitant de prescrire une activité physique aux patients en affection de longue durée (ALD), adaptée à la gravité de leur pathologie, à leurs capacités physiques au sens des capacités fonctionnelles (c'est-à-dire locomotrices, sensorielles et cognitives) et au risque médical encouru.

Les modalités d'application de cet article ont été précisées, après un intense travail collaboratif intersectoriel et interministériel, par le décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016 relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une ALD. La mise en œuvre de l'article 144 de la loi de janvier 2016 a ainsi prévu d'accroître le recours aux activités physiques comme une thérapeutique non médicamenteuse et de développer la prescription d'une activité physique qui soit adaptée aux capacités fonctionnelles, aux risques médicaux des patients en ALD, et aux bénéfices attendus, par les médecins traitants.

Le décret a fait la distinction entre les limitations sévères et les autres limitations : pour les limitations les plus sévères, peuvent intervenir les masseurs-kinésithérapeutes, les ergothérapeutes et les psychomotriciens, les enseignants en APA intervenant en complémentarité des professionnels de santé quand les malades chroniques ont acquis une autonomie suffisante, et pour les autres, les enseignants en APA ou les éducateurs sportifs. Une instruction qui a suivi a, quant à elle, précisé les conditions d'intervention des professionnels pour chaque type de limitation, les enseignants en APA étant préconisés pour les limitations modérées et les éducateurs sportifs en cas d'absence de

limitation. Ces textes fondateurs ont pu sembler opposer, d'un côté, une activité physique « adaptée » et, de l'autre, une activité physique accessible, éventuellement non adaptée, ou un sport. En réalité, l'activité physique, adaptée ou non, est associée à des pratiques très variables, allant de la marche dominicale au cours de natation en passant par les déplacements doux, pratiqués collectivement ou individuellement jusqu'à l'activité sportive professionnelle intense. L'APA représente bien cependant une thérapeutique non médicamenteuse qui implique dans les faits des professionnels formés au sein d'une pratique encadrée dans une temporalité définie. Entre le sport et l'APA, existe une multitude de formes intermédiaires : on peut donner pour exemple une activité physique adaptée pratiquée chez un public très âgé sans pathologie documentée ou la reprise d'un sport de compétition chez une personne relevant d'un lymphome.

L'intérêt des politiques publiques basées sur le « sport sur ordonnance » ou le « sport-santé », ou encore mieux sur « la promotion de la santé par l'activité physique », réside en partie dans le fait que des acteurs qui, traditionnellement, ne travaillent pas ensemble et ne partagent pas les mêmes référentiels ni les mêmes valeurs, aient finalement à le faire. Il est souhaitable que l'univers du soin puisse côtoyer celui du sport ou, tout du moins, du monde associé au sport. Bien sûr, ce décloisonnement nécessaire cause, et causera, des frictions et des interrogations, souvent associées à des changements de paradigme comme l'analyse l'introduction de l'ouvrage rédigé par Claire Perrin et Clément Perrier. Il aboutira nécessairement à un renouvellement des pratiques et des propositions d'approches innovantes pour le bénéfice de la santé des populations. Les tensions entre les acteurs des champs sportifs et sanitaires, en raison des enjeux politiques et financiers, ne doivent pas bloquer l'avancée des actions et nous éloigner de la recherche de solutions concrètes bénéfiques à l'usager ou au patient. Ainsi, malgré la forte présence des sujets de sport sur ordonnance dans la sphère médiatique, les bénéficiaires potentiels et les acteurs de terrain n'en restent pas moins perdus quant à son usage, faute de lisibilité et visibilité des actions publiques accessibles. Faute aussi de moyens de prise en charge clairement associés.

Par ailleurs, et à ce jour, il semble que la puissance d'influence du monde sportif dans le champ du « sport-santé » occulte des questions associées à la santé publique, notamment : comment associer pleinement le médecin traitant ou une équipe de soins hospitalière dans ce parcours sportif et d'activité physique ? Dans l'ouvrage, les professionnels de l'APA qui ont construit, au cours de leur formation universitaire, des savoirs, des compétences et des références non seulement dans le monde du sport et de la santé, mais dans

le monde du handicap, apparaissent comme des acteurs stratégiques dans la construction des articulations intersectorielles.

En tant que directeur général à l'ARS des Hauts-de-France, avec les équipes impliquées de la direction de la prévention et de la promotion de la santé ou de la direction de la stratégie et des territoires, nous avons pu observer que l'intégration d'une activité physique, adaptée ou non, dans le parcours de vie est complexe pour une population qui en est éloignée. L'erreur souvent faite consisterait à résumer cette complexité à l'obtention d'une licence sportive. Des personnes éloignées d'une pratique sportive, ayant une accumulation de problématiques liées à l'emploi, au logement ou à d'autres déterminants sociaux peuvent se sentir incapables d'intégrer ce monde sportif pour lequel leurs valeurs et perceptions les portent à la méfiance à son égard. Dans la « vraie vie », les initiatives portées en région permettent de considérer le rapprochement entre activité physique et sport-santé, entre APA et maisons sport-santé. La Stratégie nationale sport-santé s'inscrit ainsi dans les orientations de la Stratégie nationale de santé et du Plan national de santé publique. Son ambition est de promouvoir l'activité physique et sportive comme un élément déterminant, à part entière, de santé et de bien-être, pour toutes et tous, tout au long de la vie. En conséquence, la dimension sport-santé se traduit au niveau régional dans les projets régionaux de santé (PRS) ou encore dans les projets régionaux sport-santé, au travers des axes autour de la lutte contre la sédentarité, le développement de l'activité physique et sportive (APS) comme comportement favorable à la santé, le déploiement de l'APA dans l'ensemble des parcours et en particulier dans les programmes d'éducation thérapeutique (ETP).

Dans ce cadre, il a été mis à la disposition des ARS et des DRAJES (délégations régionales académiques à la jeunesse, à l'engagement et aux sports) un guide visant à donner aux services de l'État, aux structures et professionnels de santé, médico-sociaux, de l'APA et du sport impliqués dans la mise en œuvre du dispositif des outils et des éléments pour impulser, faciliter et accompagner le recours à l'activité physique pour les patients en ALD, à coconstruire des réseaux capables de proposer une offre pérenne d'activités physiques par des personnes et des structures disposant des moyens et des compétences nécessaires, à mobiliser les fonds publics et privés nécessaires et à permettre l'information des autorités et du public sur l'offre disponible en matière d'activités physiques.

Les plans régionaux « Sport, santé, bien-être » ont permis le développement de structures relevant du monde de la santé et du sport (réseaux sport-santé) qui présentent des modes de fonctionnement différents et qui font appel à

des intervenants ayant des niveaux différents de formation. Néanmoins, le point central du dispositif demeure le médecin traitant qui oriente le patient vers une pratique d'activité physique qui soit adaptée à son état clinique et aux bénéfices attendus, et en assure le suivi médical. La variété de l'offre constitue un avantage pour le développement de la prescription d'une activité physique qui se pratique dans des environnements divers (secteur de soins, du médico-social, du sport, de la ville, etc.).

Aujourd'hui, les maisons sport-santé (MSS) offrent l'opportunité de construire un projet structurant combinant un continuum entre l'APA, le sport-santé et l'activité physique et sportive. Ces maisons doivent devenir un acteur structurant, un pivot, un ambassadeur sur son territoire, et ainsi faciliter la mise en réseau locale des acteurs. La labellisation des MSS, la création de plateformes en ligne, la publication de guides ressources à destination des médecins traitants et des clubs permettant à chacun de repérer les offres d'APS et d'APA orientées vers les différents publics atteints de pathologies chroniques sont des leviers nécessaires à encourager.

Toutefois, le mode de financement constitue un des freins à leur développement, que ce soit le financement annuel des actions et dispositifs d'activité physique pour les personnes atteintes de maladies chroniques ou la non-prise en charge des coûts liés à l'activité physique adaptée par l'Assurance maladie. Des possibilités de financement existent selon les régions et les collectivités locales, dont certaines sont engagées dans le sport sur ordonnance, ou encore le financement dans le cadre des programmes d'ETP.

Une sécurisation de ces actions et dispositifs, avec une inscription dans la durée, serait envisageable dans le cadre de financements pluriannuels. La poursuite du financement permettra aussi aux personnes éloignées de la pratique en raison de difficultés financières et sociales de poursuivre ce type de programmes dans la durée.

La lutte contre l'inactivité physique permet de gagner des années de vie en bonne santé, de diminuer ou de prévenir les risques liés aux maladies chroniques. Voilà tout l'enjeu de la rencontre des mondes du sport et de la santé par voie de prescription que les recherches sociologiques qui suivent vont explorer.

Mes remerciements vont à Amandine Dejancourt (directrice adjointe « direction prévention et promotion de la santé ») et à Hinde Tizaghti (chargée de mission thématique « sport santé / direction stratégie et territoires »), de l'ARS des Hauts-de-France, pour leur contribution à l'élaboration de cette préface.

Introduction générale

Le gouvernement des corps au point de rencontre des mondes du sport et de la santé par voie de prescription

CLAIRE PERRIN ET CLÉMENT PERRIER

17

Introduction

La promotion de l'activité physique (AP) est aujourd'hui assimilée à la promotion de la santé, l'activité physique étant scientifiquement reconnue non seulement comme un facteur de santé pour l'ensemble de la population, mais également comme une thérapeutique non médicamenteuse¹ pour les maladies chroniques. Intégrée en France dans différents plans nationaux de santé publique depuis le début des années 2000, elle s'est progressivement constituée au sein d'une action publique spécifique inscrite dans une approche transversale interministérielle². Le ministère en charge des Sports a progressivement été conduit à assumer le pilotage de cette dynamique, en même temps qu'il procédait à un renouvellement de son offre

1. L'expertise collective Inserm 2019 a souligné que des programmes d'APA sont devenus de véritables thérapeutiques, certains à visée curative (diabète de type 2, obésité, artériopathies oblitérantes des membres inférieurs et dépression) et d'autres plus nombreux à visée de traitement symptomatique.

2. Outre le ministère des Affaires sociales et de la Santé, la promotion de la santé par l'AP mobilise aujourd'hui les ministères des Sports, du Travail, de l'Environnement et de l'Éducation nationale.

par le développement des pratiques de bien-être et de sport-santé adressé à des publics fragiles. De son côté, le ministère des Affaires sociales et de la Santé a intégré un nouveau rôle de prescripteur de l'activité physique³ destiné à orienter les patients en affection de longue durée (ALD) vers ces nouvelles offres.

Le médecin participe depuis une quarantaine d'années à la régulation des projets sportifs de ses patients par la délivrance d'un certificat médical de non-contre-indication à la pratique de la discipline choisie⁴, attestant l'absence de facteurs de risque. Par l'article 144 de la loi de modernisation de notre système de santé (2016), il est aujourd'hui invité à inscrire son diagnostic dans un processus inverse : les facteurs de risque deviennent une indication de prescription d'une activité physique à ses patients malades chroniques dont la pratique physique ou sportive est assez rarement le projet spontané, et pour laquelle ils n'ont pas forcément de dispositions. Le corollaire de cette prescription étant la nécessaire adaptation de cette AP « à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical du patient », le médecin pourrait s'attendre à un contrôle de cette adaptation par un professionnel associé au monde de la santé, comme c'est habituellement le cas pour les autres prescriptions. C'est pourtant en dehors du monde médical⁵ qu'il est invité à adresser ses patients à des intervenants qu'il méconnaît et qui se réfèrent à un système de conventions totalement différent. Chaque monde social a en effet « des principes, arguments et jugements occupant une place importante dans le système de conventions qui permet aux membres d'un monde d'agir ensemble⁶ ». Selon Anselm Strauss, chaque « monde » est organisé autour d'une « activité primaire », même s'il assume

3. L'article 144 du 26 janvier 2016 de la loi de modernisation de notre système de santé consacre en effet cette reconnaissance par la prescription par le médecin traitant « d'une 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 ».

4. Si l'article 35 de la loi n° 84-610 du 16 juillet 1984 a d'abord imposé la délivrance de ce certificat médical de non-contre-indication à la pratique sportive pour les non-licenciés, la loi n° 99-223 du 23 mars 1999, dite « loi Buffet », a étendu cette obligation à tous les licenciés.

5. Le concept de monde social est défini comme « un univers de réponse réciproque régularisée » ou encore « une arène au sein de laquelle existe une forme d'organisation qui garantit une communication efficace, sans produire de territoires distincts » dans : Tamotsu Shibutani, « Reference Groups as Perspectives », *American Journal of Sociology*, 60, 1955, pp. 522-529.

6. Howard Becker, *Les Mondes de l'art*, Paris, Flammarion, 1998, p. 147.

des « activités associées⁷ ». Ces activités s'appuient sur des technologies, manières héritées ou innovantes d'accomplir les activités du monde social, des sites où se déroulent les activités et des organisations qui développent un aspect ou un autre des activités.

Comment le soin, activité primaire du monde de la santé encadrée par la déontologie médicale, peut-il s'articuler avec l'activité primaire du monde du sport qui consiste à produire des pratiques sportives à visée de performance? De même, dans quelle mesure le monde médical structuré par des professions établies et réglementées construites en référence à l'idéal-type de la profession de médecin peut-il orienter ses patients vers le monde du sport dans lequel les activités sont encadrées par des métiers dont le niveau de qualification ne dépasse majoritairement pas le niveau bac⁸, ainsi que par des bénévoles avec une simple formation fédérale?

Après avoir successivement fait émerger les caractéristiques des deux mondes et leurs paradigmes de référence, nous analyserons comment la rencontre du monde médical avec le monde du sport, au service de la prévention tertiaire des maladies chroniques, interroge tant le professionnalisme de l'intervention en santé et l'idéal d'autonomie des usagers, que la perspective d'une promotion de la santé de tous les citoyens par l'AP. Davantage qu'un outil de transformation des pratiques médicales de prévention tertiaire, la prescription de l'AP intégrée dans la loi de santé se révèle en tant qu'instrument contemporain privilégié du gouvernement des corps, dont les effets les plus puissants s'exercent dans différents mondes sociaux sans lien avec les activités du monde médical.

Un monde médical structuré par des professions autour de la guérison et de l'incitation à l'autonomie des patients

L'invention de la médecine au XIX^e siècle est étroitement liée à la création de la profession de médecin avec l'obtention en 1892 d'un monopole légal dont les effets seront amplifiés avec l'accès de l'ensemble de la population à

7. Strauss Anselm, *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris, L'Harmattan, 1992.

8. En 2013, 4 % des éducateurs sportifs ont un niveau 3 (CAP-BEP), 65 % un niveau 4 (Bac ou équivalent), et 28 % un niveau 5 (Bac +2). Stat-infos n° 15-04, novembre 2015, URL : https://www.sports.gouv.fr/IMG/pdf/no15-avril_2015_internet.pdf. Pour comparaison, les professions paramédicales ont un niveau 6 (master 1), les professions médicales un niveau 8 (doctorat-HDR), l'enseignant en APA niveau 5 (niveau licence), 7 (niveau master) ou 8 (doctorat).

la consultation par la création du système de Sécurité sociale. La médecine s'est construite sur le modèle de la guérison de la maladie aiguë, en référence aux paradigmes⁹ de la médecine anatomoclinique qui appréhende la pathologie à partir d'une étiologie monocausale d'ordre biologique. L'« objet » du soin, appréhendé au travers du langage de la science positiviste, est donc précisément la maladie des patients¹⁰ dont il faut éradiquer la cause et/ou rééduquer les fonctions lésées.

L'émergence du métier d'infirmière et des autres métiers paramédicaux dans la première moitié du xx^e siècle s'inscrit dans cette rationalité médicale moderne qui fonctionne comme idéal-type pour l'ensemble des professions de santé. Ils se positionnent dans une fonction d'auxiliaire, dans un rapport de complémentarité et de soumission à la prescription du médecin et dans une posture professionnelle qui incorpore la déontologie et l'éthique médicale.

L'apparition de la santé comme nouvelle préoccupation va se traduire et s'accompagner d'une transformation paradigmatique profonde. Cette transformation débute explicitement en 1946, année de la constitution de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et de sa définition programmatique de la santé qui met fin à une définition en creux (absence de maladie ou de handicap) pour adopter une approche positive en termes « de complet bien-être » dans les trois dimensions bio-psycho-sociales de l'être humain. La limite normal-pathologique n'est plus fondatrice : « la notion de santé perd son altérité logique et temporelle avec la maladie pour se redéfinir dans le jeu d'une autre altérité, celle d'un jeu dialectique individu/milieu – ou environnement – dans un holisme bio-psycho-social¹¹ ». Trois paradigmes viennent ainsi se substituer aux anciens : la santé, l'étiologie plurifactorielle et les facteurs de risque, dans le cadre d'un système de connaissance fondé sur le raisonnement populationnel. Ces paradigmes vont soutenir le développement de la prévention ainsi que celui de la promotion de la santé

9. La définition de paradigme est empruntée à Kuhn : « un ensemble de croyances, de valeurs reconnues et de techniques qui sont communes aux membres d'un groupe donné ». Voir Kuhn Thomas, *La structure des révolutions scientifiques*, Paris, Flammarion, 1983.

10. Goffman Erving, *Asiles, études sur la condition sociale des malades mentaux*, Paris, Les Éditions de Minuit, 1968, p. 396.

11. Golse Anne, « De la médecine de la maladie à la médecine de la santé », in Artières Philippe, Da Silva Emmanuel, *Michel Foucault et la médecine. Lectures et usages*, Paris, Kimé, 2001, p. 271-300.

dans le cadre de réseaux spécialisés¹², relativement indépendants des réseaux de santé qui restent quant à eux structurés par les professions soignantes.

Avec le vieillissement de la population et le développement exponentiel des maladies chroniques, les individus ont la possibilité de vivre très longtemps avec une maladie ou un facteur de risque de maladie s'ils se plient à une thérapeutique, une transformation de leurs habitudes de vie et à un suivi médical régulier¹³. Face à l'impossibilité de guérir les patients chroniques, les pratiques médicales s'appuient sur une conception « de plus en plus palliative¹⁴ » transformant les patients en malades en bonne santé lorsque leur maladie est équilibrée par le traitement. La maladie n'est plus le simple effet d'une cause (lésion, invasion microbienne...) mais résulte de multiples influences qui entrent dans un jeu complexe d'interactions entre les dimensions biologiques, psychologiques et sociales et s'inscrivent dans la temporalité longue du parcours de vie : être en bonne santé n'implique pas seulement de respecter la prescription médicamenteuse, mais également d'intervenir directement sur soi, ce qui relève de dispositions à l'origine d'inégalités sociales. La culture sportive en est une illustration : tous les malades chroniques ne sont pas dans la même situation quand on leur prescrit une activité physique adaptée, certains pouvant mobiliser des ressources déjà là, tandis que les autres en sont dépourvus, du fait même de leur position dans l'échelle sociale¹⁵.

L'injonction médicale à l'autonomie, qui avait initialement concerné le registre fonctionnel de la reconstruction d'une indépendance physique par les pratiques de rééducation-réadaptation, s'est déplacée vers le registre moral¹⁶ en reconnaissant en chaque patient un sujet libre à respecter, capable de juger et de se déterminer par lui-même. Ce mouvement qui favorise une émancipation du patient vis-à-vis de l'autorité médicale se traduit également

12. La Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé (Fneps) est le principal réseau spécialiste de l'éducation et de la promotion de la santé en France, dotée d'un solide maillage territorial grâce aux Ireps (Instances régionales d'éducation et de promotion de la santé) réparties sur le territoire national (métropole et outremer).

13. Herzlich Claudine, Pierret Janine, *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui*, Paris, Payot, 1984.

14. Ehrenberg Alain, *L'individu incertain*, Paris, Calmann-Lévy, 1995, p. 159.

15. Insep, ministère de la Ville, de la Jeunesse et des Sports, *La pratiques des activités physiques et sportives en France*, Paris, Éditions de l'Insep, 2010.

16. Ménoret Marie, « La prescription d'autonomie en médecine », *Anthropologie & Santé* [En ligne], 10, mis en ligne le 27 mai 2015, URL : <http://journals.openedition.org/anthropologiesante/1665>.

par une responsabilisation concernant ses habitudes de vie, évaluées comme étant des comportements de santé ou des facteurs de risque. Il est ainsi attendu de sa part qu'il construise spontanément de nouvelles normes de vie à partir des besoins médicaux liés aux pathologies qui affectent son état de santé et qu'il se transforme ainsi en « héros de l'adaptation » selon l'expression de Goffman¹⁷. Ce transfert de responsabilité vers les personnes les plus fragiles peut s'avérer abusif. Cette approche renvoie en tous les cas à une conception libérale de l'individu qui fonctionnerait selon le modèle de l'*Homo œconomicus* déplacé dans le domaine de la médecine et du soin, c'est-à-dire d'un individu toujours en mesure de calculer rationnellement ce qui va dans le sens de son intérêt. Cette prescription d'autonomie va connaître un dernier glissement de la morale vers le droit : le respect du libre choix du patient et le devoir d'information pour assurer un consentement éclairé sont en effet encadrés légalement dès le début des années 2000¹⁸. Avec les principes de non-malfaisance, de bienfaisance et de justice, le respect de l'autonomie participe ainsi de l'éthique et donc du professionnalisme médical.

L'éducation thérapeutique, la diététique et l'activité physique adaptée ont ainsi émergé dans le monde médical comme nouvelles professionnalités visant à soutenir le développement de l'autonomie des patients¹⁹. Dans ce contexte, l'activité physique adaptée (APA) a été intégrée au parcours de soins et coordonnée aux interventions médicales et paramédicales, dans le respect de l'autonomie du patient²⁰. Elle a par ailleurs acquis une légitimité institutionnelle en tant que nouvelle pratique construite sur le modèle des professions à partir du triptyque « diagnostic-inférences scientifiques-prescription²¹ ». L'enseignant en APA réalise en effet un diagnostic global des besoins, ressources et attentes des patients, en s'appuyant sur ses connaissances

17. Goffman Erving, *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*, Paris, Les Éditions de Minuit, 1975.

18. La loi relative aux « droits des malades et à la qualité du système de santé », baptisée « loi Kouchner », est adoptée le 4 mars 2002.

19. Perrin Claire, Mino Jen-Christophe, « Activité physique adaptée et enjeux normatifs dans les trajectoires de maladie chronique aux points de rencontre des approches interactionnistes et de la philosophie de Georges Canguilhem », *Corps*, Éditions Cnrs, 2019, pp. 103-112.

20. Perrin C. (2013) Exercice du patient ou mouvement de la personne malade ? L'introduction de l'APA dans le secteur médical confrontée à la valeur d'autonomie, in B. Andrieu (ed.) *Éthique du sport*, Ed. L'Âge d'homme, Lausanne, pp. 328-39.

21. Abbott Andrew, *The System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labor*, Chicago, Chicago University Press, 1988.

des pathologies et de leur traitement²². Il définit avec le patient des contenus adaptés personnalisés en prenant en compte la balance bénéfices/risques. Pour autant les bénéfices de santé produits par l'APA tendent à être mesurés dans la littérature scientifique indépendamment de la forme et de la qualité de l'intervention professionnelle. Ces bénéfices sont alors attribués à toute pratique supervisée dans le monde du sport, comme si les bénéfices observés provenaient de la simple mise en exercice du corps. En essentialisant la pratique d'un sport-santé, c'est-à-dire en pensant que le sport-santé est porteur de valeurs de santé intrinsèques, quelles que soient la culture et les conditions de santé des bénéficiaires, l'action publique de promotion du sport participe ainsi à une mise à l'épreuve des légitimités professionnelles²³.

Si la mobilité des usagers de la santé est aujourd'hui organisée vers le monde sportif, on peut s'interroger sur la capacité de ce dernier à prendre appui sur un encadrement législatif et sur un professionnalisme des intervenants qui assurent le respect de l'autonomie, la bienfaisance, la non-malfaisance et la justice dans le cadre des interventions auprès des usagers de la santé qui deviennent usagers du sport sur prescription médicale. Comment dès lors le monde sportif est-il structuré et organisé pour accueillir la généralisation d'une pratique sportive adaptée aux besoins médicaux des malades chroniques sur prescription médicale ?

Un monde du sport structuré par des affinités électives et la recherche de l'excellence sportive

L'activité primaire du monde du sport²⁴ français, que ce soit au sein du mouvement sportif ou dans son fonctionnement institutionnel, consiste depuis les années 1950 à produire de la performance. Les fédérations délégataires, qui représentent plus de 60 % des fédérations sportives françaises, ont d'ailleurs pour principale mission d'organiser les compétitions sportives et de procéder aux sélections correspondantes dans le cadre d'un « projet de performance fédéral constitué d'un programme d'excellence sportive²⁵ »,

22. Perrin Claire, « Construction du territoire professionnel de l'enseignant en APA dans le monde médical », *Santé Publique*, 28(HS1), 2016, pp. 141-151.

23. Le Biannic Thomas, Vion Antoine, *Action publique et légitimités professionnelles*, Paris, LGDJ, 2008.

24. Pour faciliter la lecture et développer l'argumentaire, nous nous centrons dans cette introduction autour du monde et non des mondes du sport, en plaçant la focale sur l'unité qui l'anime plutôt que sur ses dissensions.

25. Article L. 131-15 du code du sport.

y compris pour les fédérations à destination des personnes présentant un handicap physique, sensoriel, psychique et/ou mental. Cette mission de service public est jaugée pour chaque fédération à partir notamment des résultats internationaux et du nombre de licenciés, critères sur lesquels sont en particulier établis le montant des subventions accordées et le nombre des professionnels du sport mis à disposition par l'État. Cette relation est d'ailleurs constitutive du développement du mouvement sportif dont le modèle économique repose sur les financements publics. Il s'agit pour chacune des fédérations de rassembler et de fidéliser les licenciés, en capitalisant sur la solidarité et les liens sociaux créés en son sein, mais également en multipliant les fonctions au sein des clubs, qui engagent des carrières de sportifs et conduisent les pratiquants à devenir ensuite entraîneurs et/ou dirigeants.

C'est ainsi l'hétéronomie des licenciés qui est visée, c'est-à-dire leur capacité à se soumettre aux lois et règles de pratique du club, aux consignes des entraîneurs qui décident et encadrent dans une relation hiérarchique établie afin de favoriser la performance sur laquelle ils seront jugés. Ce modèle compétitif, qui porte en exergue la figure du champion, repose sur une organisation fédérale forte²⁶, dont l'adhésion au collectif, les entraînements réguliers et la recherche de résultats sont les fondements. Dans ce cadre, les pratiquants se rejoignent durant leur temps libre autour de leur « passion », constituée d'une ou de plusieurs activités sportives, avec un engagement autodéterminé et durable. Les pratiques se constituent ainsi à partir d'affinités électives au sens de Weber, le fonctionnement du monde du sport s'inscrivant sur le modèle social holistique²⁷.

Les questions de santé sont essentiellement centrées dans cette activité primaire sur la préservation de la santé des sportifs, les médecins du sport ayant pour mission principale de préparer les athlètes à la performance ou de les rétablir à la suite d'une blessure, en prévenant les risques de pratiques dopantes. Ils sont accompagnés de masseurs-kinésithérapeutes dont la fonction est la rééducation et la réathlétisation des corps blessés, puis plus récemment d'ostéopathes et de nutritionnistes. En dehors du modèle compétitif, d'autres initiatives qui appréhendent le sport comme un facteur d'hygiène et de santé sont développées dans les fédérations

26. Augustin Jean-Pierre, « Les territoires émergents du sport », *Quaderni*, 34, 1997, p. 129-140.

27. Augustin définit ce modèle comme celui des fortes adhésions et cohésions aux collectivités, qui influencent largement les rôles et les conduites de chacun.

affinitaires depuis le début du xx^e siècle, et plus récemment dans certaines fédérations délégataires qui avant les autres ont amorcé le virage des nouvelles pratiques à visée de santé²⁸. Ancrées dans des dynamiques plus anciennes²⁹, elles sont centrées sur le bien-être, le loisir, le partage collectif, voire l'éducation populaire, et visent essentiellement les publics féminins et les retraités. Préfiguration de l'émergence contemporaine d'un sport-santé non compétitif, ces pratiques sont longtemps restées relativement confinées et peu médiatisées, l'activité primaire restant référée au paradigme dominant de la performance.

Cela étant, depuis le début des années 1990, le modèle historique de ce monde est remis en cause, entaillant profondément sa viabilité financière : le nombre de licenciés des fédérations est en large baisse³⁰, les financements publics du sport diminuent et marquent un désengagement progressif des institutions publiques³¹, les pratiques non fédérales dites « libres » et non encadrées se popularisent largement, tandis que le goût pour la compétition traditionnelle s'étiole considérablement³². Pour garder du sens face à ces évolutions, les dirigeants du mouvement sportif et les acteurs ministériels perçoivent les nouvelles pratiques à visée de santé comme un moyen potentiel de se développer, mais aussi de construire une nouvelle légitimité sociale en tant qu'acteur majeur de la lutte contre la sédentarité érigée en « problème public »³³.

Ainsi, le besoin établi dans le monde de la santé de pratiques physiques adaptées et encadrées pour les patients malades chroniques est concomitant

28. On pense notamment la fédération d'athlétisme en 2006 avec son programme « athlé santé ».

29. Andrieu Bernard, *S'activer, une histoire du sport-santé*, Rouen, Presses universitaires de Rouen et du Havre, 2021 ; Defrance Jacques, El Boujjoufi Taieb, Hoibian Olivier, *Le sport au secours de la santé – Politique de santé publique et activité physique : une socio-histoire, 1885-2020*, Paris, Les Éditions du Croquant, 2021.

30. Chaix Pierre, Chavinier-Réla Sabine, « Évolutions de la demande sociale de sport et remise en cause de la compétition », *Reflets et perspectives de la vie économique*, 3, 2015, pp. 85-97.

31. Bayle Emmanuel, Durand Christophe, « Vingt ans de relations entre le mouvement sportif et l'État : d'une collaboration ambivalente vers une régulation managériale ? », *Politiques et management public*, 22(2), 2004, pp. 113-134.

32. Mignon Patrick, « Point de repère – La pratique sportive en France : évolutions, structuration et nouvelles tendances », *Informations sociales*, 187(1), 2015, pp. 10-13.

33. Radel Antoine, *50 ans de campagnes d'éducation pour la santé. L'exemple de la lutte contre la sédentarité et de la promotion des modes de vie actifs (1960-2010)*, thèse de doctorat STAPS, université Toulouse III, 2012.

avec le besoin du monde du sport de renouveler son offre de pratiques pour intéresser de nouveaux publics et étendre sa légitimité sociale. Les acteurs institutionnels des deux mondes, dont l'objectif commun devient dès lors le déploiement territorial d'actions sportives sanitaires, vont alors orienter et conduire le changement auprès des fédérations et, *in fine*, des acteurs de terrain. Ainsi le ministère chargé des Sports et le Comité national olympique et sportif français ont modifié leurs appels à projets et leurs conventions d'objectifs pour intégrer, depuis 2010 et de façon croissante, des projets visant la santé des populations. En d'autres termes, afin d'obtenir de nouvelles subventions ou d'augmenter les dotations financières traditionnellement perçues, les organisations sportives doivent désormais mettre en place des actions à visée de santé en accueillant des publics vulnérables. Plus récemment, la Stratégie nationale sport-santé (SNSS) 2019-2024 stipule expressément que le mouvement sportif a « un rôle à jouer dans les campagnes de santé publique », ce qui n'était historiquement pas dans ses prérogatives. Le monde du sport s'empare ainsi de l'activité physique à visée de santé, en assimilant sport et activité physique et en insistant sur les bénéfices du sport contre la maladie à tous les moments de la prévention. C'est dans ce contexte que le « sport-santé » est progressivement apparu dans les fédérations et dans les institutions qui les pilotent, dans les salles de sport privées et chez les équipementiers, en tant qu'outil du développement, vecteur de financements et garant de potentiels nouveaux publics. La prescription médicale de l'AP a en effet laissé espérer une prise en charge par la Sécurité sociale et les mutuelles, qui aurait apporté une garantie financière pérenne et permis de construire un nouveau modèle économique. Une des volontés, peu affichée publiquement, est de pallier le désengagement de l'État en attirant de nouveaux pratiquants et partenaires.

Ces pratiques, qui se réunissent derrière l'injonction au mouvement pour les individus, intègrent aussi bien des enseignements en activité physique adaptée à destination des malades chroniques que des mises en mouvement douces du corps se rapprochant des formes de gymnastique d'entretien, ou encore des pratiques de loisir prenant l'appellation « santé » entendue au sens du bien-être corporel. Cela engage un nouveau type de relation entre l'État et ses partenaires associatifs, de nombreuses fédérations sportives devenant des prestataires privilégiés dans la lutte contre la sédentarité et intégrant à leur tour une pratique de sport-santé à leur offre.

La prescription d'adhésion au monde du sport en question

Le monde de la santé et le monde du sport ont récemment été appelés à se rejoindre par voie de prescription, ce qui occasionne des tensions normatives³⁴ tant leurs paradigmes de référence les opposent. Le monde médical se retrouve ainsi avec la charge de faire transiter les patients chroniques dans les dispositifs de sport-santé de droit commun. Or, l'arrivée de personnes fragiles sur prescription de leur médecin bouscule l'ordre sportif : leur adhésion est structurée sur l'observance d'une prescription qui implique une obligation de moyen pour gérer les facteurs de risque et obtenir des bénéfices de santé, et non sur un engagement collectif s'inscrivant dans un idéal partagé. Or, le monde du sport, dont la pratique compétitive traditionnelle reste l'activité primaire, n'est ni organisé ni outillé pour répondre, en tout respect de leur autonomie, à cette nouvelle transaction de santé avec de publics fragiles, voire vulnérables.

Aujourd'hui, conscientes que les formations courtes ne peuvent prétendre produire un encadrement adapté aux publics les plus fragiles et vulnérables, de plus en plus de fédérations recrutent des enseignants en APA pour développer, structurer et mettre en place des programmes qui articulent APA et sport-santé. Il s'agit ainsi de garantir non seulement la sécurité de ces publics, mais aussi les bénéfices de santé et le développement de l'autonomie pour un engagement durable dans les pratiques physiques. Bien plus qu'une simple mise en mouvement du corps, cette autonomie suppose un projet de santé qui se construit dans les habitudes de vie, les envies, les capacités et les besoins de l'individu, soutenu par un accompagnement et des compétences professionnelles spécifiques. À ce titre, et pour assurer un continuum pertinent avec une prescription médicale, le monde du sport aurait besoin de s'équiper d'un cadre légal et réglementaire pour protéger les bénéficiaires, d'un encadrement des compétences et de l'éthique des intervenants ainsi que d'une formation régulée. Le monde de la santé est en effet structuré en France, depuis le début des années 2000, par le droit des usagers, contrairement au monde du sport qui ne s'est pour l'instant doté d'aucun instrument pour encadrer le respect de l'autonomie des adhérents, seulement soutenus par le cadre légal général et le droit des consommateurs.

34. Perrin Claire, Dumas Alex et Vieille Marchiset Gilles, « L'activité physique comme objet de santé publique : fabrique, diffusion et réception des nouvelles normes de santé active », *SociologieS* [En ligne], Dossiers, L'activité physique comme objet de santé publique, mis en ligne le 2 février 2021, consulté le 1^{er} mai 2021. URL : <http://journals.openedition.org/sociologies/15612>.

Plus encore, la prescription d'activité physique pose la question de la responsabilité du médecin qui, jusque-là, prescrivait soit des médicaments dont les effets sont contrôlés, soit l'intervention strictement encadrée d'un professionnel de santé. Comment prescrire alors l'entrée dans des dispositifs de droit commun du mouvement sportif, très éloignés de ces régulations et dont l'activité repose sur l'autodétermination et l'expression de soi dans un engagement passionné? Est-il seulement envisageable qu'une prescription d'AP à des patients suffise à les faire devenir des licenciés assidus d'un club sportif? Il apparaît que l'immense majorité des médecins, quand ils ne sont pas acteurs de réseaux de villes ou de santé, ne prennent pas le risque d'envoyer leurs patients vers un monde qu'ils connaissent mal, qui ne présente pas les mêmes garanties et pour une activité à laquelle ils ne sont pas du tout formés. C'est d'ailleurs pour cela que des ateliers passerelles ont été construits dans le cadre des PRSSBE, à l'interface des mondes de la santé et du sport avec l'appui d'enseignants en APA titulaires *a minima* d'un diplôme de Licence STAPS mention « Activité Physique Adaptée et Santé ». Leur objectif est de faire transiter le patient par une étape théoriquement temporaire et plus proche des standards du monde de la santé³⁵, de manière à leur enseigner les bases d'une pratique sécurisée, adaptée à leurs possibilités et à leurs besoins médicaux, et à développer leur autonomie avant de les orienter vers le sport-santé. Cette évolution n'est pas sans incidence sur les acteurs du sport, en particulier les dirigeants locaux qui demeurent très réfractaires à ce changement de paradigme faisant potentiellement évoluer le modèle de la compétition vers celui du bien-être et de la santé³⁶.

Il s'agit alors pour les pouvoirs publics, à l'aide d'instruments légaux et/ou incitatifs, de convaincre les récalcitrants et d'inciter l'ensemble des acteurs des deux mondes à devenir des opérateurs dans la lutte contre la sédentarité

35. Les dispositifs d'accompagnement vers la pratique d'activité physique (DAPAP), mis en place dans chaque région, proposent ainsi des activités encadrées par des EAPA qui visent à combler un déficit de ressources et développer l'autonomie pour permettre une pratique d'AP avec la maladie, et de co-construire avec les usagers un projet personnalisé de pratique autocontrôlée, libre ou dans un dispositif de droit commun. Le modèle de référence de ces dispositifs est celui qui a été développé dans les réseaux diabète à partir de la fin des années 1990 dans une articulation avec l'éducation thérapeutique (Perrin C, « L'intervention en AP auprès des patients en affection de longue durée: entre professionnalité émergente et organisations innovantes », in Gasparini W. et Knobe S. (dir.) *Le sport-santé: de l'action publique aux acteurs sociaux*, Strasbourg, Presses universitaires de Strasbourg, 2021, pp. 101-122).

36. Perrier Clément, « Reconfigurations du mouvement sportif français face aux injonctions normatives du "sport-santé". Le cas du "Basket Santé" », *SociologieS*, [En ligne], 2021, URL : <https://journals.openedition.org/sociologies/15701>.

et l'inactivité physique dont les coûts sont perçus comme un fardeau trop lourd à porter pour les pays occidentaux³⁷. Les activités physiques et sportives s'institutionnalisent ainsi comme les outils d'un nouveau gouvernement des conduites, dont la mise en exercice des corps individuels est l'objectif non dissimulé. Tant dans le monde de la santé que dans celui du sport, il s'agit d'activer les individus porteurs de maladies chroniques et d'autonomiser leurs conduites d'entretien corporel³⁸, en se fondant sur les expertises scientifiques qui montrent que l'activité physique permet de limiter les coûts des thérapeutiques médicamenteuses, de retarder les effets de la maladie ou l'apparition de pathologies associées et de désengorger les structures de soin³⁹.

Cela étant et pour toutes les raisons évoquées, la prescription d'AP reste encore très peu mise en place par les médecins. Elle n'en demeure pas moins un moyen fort et puissant de légitimer institutionnellement l'activité physique à visée de santé et donc d'encourager les initiatives tout en médiatisant les bienfaits mis en exergue. À ce titre, de nouvelles pratiques de « sport-santé » émergent dans l'immense majorité des fédérations. Plutôt axées sur le bien-être, elles s'éloignent principalement du cadre de la prescription et des problématiques de soin, pour rejoindre *in fine* les ambitions de la promotion de la santé. Se fondant sur une mise en mouvement douce et encadrée du corps, en dehors du parcours de soins, et répondant à la demande des usagers d'accéder à des pratiques non compétitives, le monde du sport développe dans ce cadre des activités plus facilement introduites dans son fonctionnement quotidien et moins antinomiques avec son activité primaire qui s'adresse à des pratiquants autodéterminés et autonomes.

Le sport-santé relève ainsi d'une sanitarisation des pratiques qui s'insère dans les moments relativement intimes des activités de loisir. Ce « gouvernement des corps », tel que pensé par Foucault⁴⁰, est instauré par l'État en tant qu'agent premier de l'action publique, mais s'opérationnalise et prend

37. Ding Ding, Lawson Kenny D., Kolbe-Alexander Tracy L., Finkelstein Eric A., Katzmarzyk Peter T., Van Mechelen Willem, Pratt Michael, « The economic burden of physical inactivity: a global analysis of major non-communicable diseases », *The Lancet*, 388(10051), 2016, pp. 1311-1324.

38. Collinet Cécile, Delalandre Mathieu, « L'injonction au bien-être dans les programmes de prévention du vieillissement », *L'Année sociologique*, 64(2), 2014, pp. 445-467 ; Vieille-Marchiset Gilles, *La conversion des corps. Bouger pour être sain*, Paris, L'Harmattan, 2019.

39. Inserm (dir.), *Activité physique : prévention et traitement des maladies chroniques*, Paris, Les Éditions Inserm, 2019.

40. Foucault Michel, *Il faut défendre la société, Cours au Collège de France*, Paris, Gallimard, 1976.

forme avec des acteurs multiples et variés : enseignants en APA, éducateurs sportifs, professions médicales et paramédicales ou même bénévoles profanes auxquels sont déléguées des compétences thérapeutiques. Les acteurs de terrain s'emparent à ce titre des demandes étatiques et deviennent des opérateurs du contrôle des corps. En traduisant et en convertissant la commande en pratiques d'intervention auprès des publics fragiles, ils deviennent concrètement des garants locaux de l'État sanitaire en action.

Organisation de l'ouvrage

La reconfiguration du monde médical, dont l'érosion de la tradition clinique paternaliste⁴¹ et la montée en puissance de l'autonomie du patient⁴² sont deux indicateurs majeurs, a créé un contexte favorable au développement de l'APA en son sein. La première partie met en lumière des pratiques d'intervention en APA qui oscillent sur un continuum entre deux modèles opposés⁴³ : le modèle classique de la réadaptation fonctionnelle en référence à des appuis biomédicaux et qui vise l'adaptation de l'organisme par l'exercice (chapitre de J. Casal), et le modèle éducatif centré sur le développement des pouvoirs d'action et d'interaction du patient, en référence à des appuis psychologiques et sociaux, visant une pratique physique autodéterminée et pérenne (chapitre de D. Azéma, L. Trocme-Nadal *et al.*). Confronté à la difficulté de transformer les habitudes de vie de ses patients, le monde du soin se tourne vers les sciences sociales non sans difficulté pour intégrer leur épistémologie (chapitre de S. Ferez et M. Perez), la compréhension des inégalités sociales dans le rapport aux APS (chapitre de S. Knobé et F. Lutrat) étant particulièrement précieuse pour agir sur les leviers appropriés et envisager l'accompagnement des changements dans des espaces de socialisation variés (chapitre d'A. Marcellini, E. Perera *et al.*).

L'injonction au mouvement, à l'autonomie et au bien-être⁴⁴ est par ailleurs devenue un objet d'action publique et s'immisce progressivement dans tous

41. Dodier Nicolas, *Leçons politiques de l'épidémie de sida*, Paris, Éditions de l'EHESS, 2003.

42. Ménoret Marie, « La prescription d'autonomie en médecine », *Anthropologie & Santé* [En ligne], 10, 2015, URL : <http://journals.openedition.org/anthropologiesante/1665>.

43. Perrin Claire « L'émergence de l'activité physique adaptée dans le parcours de soins des maladies chroniques : entre réadaptation et éducation salutogénique », *SociologieS* [En ligne], Dossiers, « L'activité physique comme objet de santé publique », mis en ligne le 2 février 2021, URL : <http://journals.openedition.org/sociologies/15632>.

44. Rail Geneviève, « La violence de l'impératif du bien-être. Bio-Autres, missions de sauvetage et justice sociale », *Staps*, 112(2), 2016, pp. 17-31.

les temps de la vie sociale, ce que démontre la deuxième partie en analysant les différents instruments déployés par l'État, leurs niveaux d'action et les acteurs qui réalisent leur mise en place. Le Programme national nutrition santé (chapitres de J.-C. Basson, N. Haschar-Noé *et al.*), le Plan régional Sport Santé Bien-être (chapitre de M. Honta), l'introduction de l'activité physique dans la loi de modernisation de notre système de santé (chapitre de C. Perrier) et la mise en place du sport sur ordonnance par les collectivités locales (chapitre d'E. Dizin, C. Perrin *et al.*) permettent d'appréhender l'action publique en croisant des approches synchroniques et diachroniques. Cette « fabrique sociale » du sport santé est finalement étudiée à l'échelle des fédérations affinitaires qui sont les premières à s'être mobilisées pour une cause sanitaire (chapitre d'Y. Morales).

L'injonction au mouvement est par ailleurs saisie à des fins multiples comme le précise la troisième partie de l'ouvrage. Ainsi, le monde du travail propose de l'activité physique à ses salariés pour améliorer leur productivité ou réduire le nombre de congés maladie tout en insistant sur la qualité de vie au travail, où le mouvement du corps est un outil au service des techniques de management des ressources humaines (chapitres de Y. Dalla Pria et J. Pierre; G. Bodet). Les collectivités territoriales s'emparent de l'AP comme levier sanitaire dans les ateliers santé-ville organisés dans les quartiers populaires (chapitre de J.-P. Génolini et P. Terral), potentiellement aidées par l'essor de nouvelles technologies de contrôle de soi et de mesures multiples (applications, montres, objets connectés, etc.) qui visent la mise en activité autonome (chapitre de B. Soulé, R. Verchère *et al.*). L'activité physique à visée de santé peut dès lors être considérée comme un fait social total au sens de Mauss⁴⁵, si l'on considère que les injonctions au mouvement intègrent progressivement l'ensemble des secteurs du monde social et qu'elles « *peu[vent] mettre en branle la totalité de la société et de ses institutions [...], qu'[elle] façonne, en même temps, les diverses formes de la vie quotidienne des individus qui la composent*⁴⁶ ».

C'est donc un objet particulièrement intéressant et encore peu étudié sous cette forme qui s'ouvre aux chercheurs en sciences sociales du sport et de l'AP à visée de santé. Notre ouvrage tente de répondre à ce manque et de contribuer à la diffusion des connaissances sur le sujet en donnant des

45. Mauss Marcel, *Œuvres, tome III : cohésion sociale et divisions de la sociologie*, Paris, Les Éditions de Minuit, 1969.

46. Pociello Christian (dir.), *Entre le social et le vital – l'éducation physique et sportive sous tensions...*, Grenoble, Presses universitaires de Grenoble, 2004, p. 106.

éléments de compréhension sur l'évolution des paradigmes des mondes du sport et de la santé, mais aussi sur les innovations sanitaires, technologiques et sociales dont l'activité physique est l'instrument privilégié. Il s'agit tout à la fois de percevoir ce que ces transformations construisent et ce qui les génère.

Table des matières

Liste des contributeurs	5
-------------------------------	---

Remerciements	9
---------------------	---

Préface	11
---------------	----

BENOÎT VALLET

Introduction générale

Le gouvernement des corps au point de rencontre des mondes du sport et de la santé par voie de prescription	17
--	-----------

237

CLAIRE PERRIN ET CLÉMENT PERRIER

Introduction	17
--------------------	----

Un monde médical structuré par des professions autour de la guérison et de l'incitation à l'autonomie des patients	19
---	----

Un monde du sport structuré par des affinités électives et la recherche de l'excellence sportive	23
---	----

La prescription d'adhésion au monde du sport en question	27
--	----

Organisation de l'ouvrage	30
---------------------------------	----

PARTIE 1

L'activité physique adaptée intégrée au parcours de soins : entre orthodoxie médicale et pratique réformatrice

Chapitre 1

L'activité physique en réadaptation cardiaque. Entre nécessité médicale et pratique pour soi 37

JULIEN CAZAL

Introduction	37
La réadaptation comme lieu d'une socialisation corporelle au risque cardiaque	40
S'acculturer à une pratique médicale de l'activité physique	42
Connaître sa valeur médicale	42
(Re)qualifier les usages quotidiens de l'activité physique selon une perspective sanitaire	43
Le rôle des pairs : négocier et valider l'expérience de l'activité physique	45
Conclusion	46

238

Chapitre 2

L'e-santé pour la pratique d'activité physique. Les enjeux de l'innovation dans la lutte contre l'obésité pédiatrique au RéPPOP 49

DELPHINE AZÉMA, LÉO TROCME-NADAL, YVES MORALES ET PHILIPPE TERRAL

Introduction : mobiliser le numérique pour lutter contre l'obésité pédiatrique, l'exemple d'une application d'activité physique	49
L'innovation comme appui organisationnel : promouvoir et pérenniser le suivi RéPPOP	52
L'innovation comme support professionnel : valider et favoriser une pratique autonome en activité physique	54
L'innovation comme outil de réformation : œuvrer pour une conception humaniste du soin	56
Conclusion	58

Chapitre 3

L'activité physique des personnes en situation d'obésité. Au croisement d'une géographie de l'obésité et d'une approche sociologique par les parcours de vie	61
ANNE MARCELLINI, ÉRIC PERERA, YANN BELDAME ET SYLVAIN FEREZ	

Introduction	61
Logique épidémique et processus de contamination : une géographie de la propagation de l'obésité ?	62
Devenir obèse, ou la mise au jour des parcours de vie menant à l'obésité	65
Sortir de l'obésité ? Du parcours de soins aux bifurcations du parcours de vie	68
Conclusion	70

Chapitre 4

Sport-santé sur ordonnance (SSsO) à Strasbourg. Socialisations et appropriations différenciées d'un dispositif innovant	71
SANDRINE KNOBÉ ET FLORIANE LUTRAT	

Introduction	71
« Sport-santé sur ordonnance » et ses bénéficiaires	72
Socialisations sportives et participation à « sport-santé sur ordonnance »	74
Des bénéficiaires physiquement actifs à l'entrée dans « sport-santé sur ordonnance » : une continuité de pratique	74
Des bénéficiaires au passé sportif : « sport-santé sur ordonnance », un moyen de se remettre à l'activité physique	76
Des bénéficiaires qui s'initient à l'activité physique et au sport à travers l'action strasbourgeoise	77
Conclusion	78

Chapitre 5

Des sociologues et des blouses blanches. Analyse des résistances à l'enquête sociologique « Sport et VIH » sur le terrain hospitalier	81
--	----

SYLVAIN FERREZ ET MÉLANIE PEREZ

Introduction	81
L'entrée par l'institution hospitalière	82
Négocier les conditions de l'accès aux enquêtés	85
Conditions épistémologiques pour une sociologie compréhensive du sport appliquée à la santé	88

PARTIE 2

Construction d'une action publique spécifique. Mettre en mouvement les corps, organiser les acteurs et instaurer la prescription

240

Chapitre 6

Alimentation + Activité Physique = Nutrition. L'équation à une inconnue du Programme national nutrition santé, 2001-2015	95
---	----

JEAN-CHARLES BASSON, NADINE HASCHAR-NOÉ ET MARINA HONTA

Méthodes	97
Le PNNS 1 (2001-2005) ou l'activité physique comme compensation	97
Le PNNS 2 (2006-2010) ou l'activité physique comme félicité	99
Le PNNS 3 (2011-2015) ou l'activité physique comme panacée	101
Conclusion	102

Chapitre 7**Rhétorique d'État et production d'une action publique « responsable ».
Les agents intermédiaires du plan « sport santé bien-être » au travail** 105

MARINA HONTA

Savoir pratique local et construction des marques de confiance	107
Capacités opérationnelles et points aveugles de l'action publique responsable	110
Conclusion	113

Chapitre 8**Inscrire l'AP dans le code de la santé publique.
Analyse d'une construction collective française** 115

CLÉMENT PERRIER

Approche et méthodologie	117
Une construction en plusieurs phases	118
Enjeux et difficultés autour de la loi	121
Conclusion	123

241

Chapitre 9**Adopter-adapter un dispositif de prévention par l'activité physique
à l'échelle d'une ville.
Analyse sociotechnique du cas de Villeurbanne** 125

EMMANUEL DIZIN, CLAIRE PERRIN, DAMIEN ISSANCHOU ET ÉRIC BOUTROY

Introduction	125
Cadre théorique	127
Méthodologie	127
L'enrôlement d'acteurs externes incontournables	128
La transformation du réseau : l'introduction de professionnels de l'APA	131
Conclusion	134

Chapitre 10

**La fabrique du « sport-santé ».
Une cause sanitaire mobilisant le mouvement sportif associatif
(1990-2012)** 135

YVES MORALES

Publicisation du « sport-santé » et débuts d'un engagement du mouvement sportif
(1990-2000) 136

Une forme plus active d'enrôlement du mouvement sportif dans le domaine
du « sport-santé » (2001-2007) 139

Les prémisses d'un engagement des fédérations sportives comme opératrices
de « sport-santé » (2007-2012) 141

Conclusion 144

PARTIE 3

**Gouvernement de soi et des corps :
la diversité des formes du sport-santé en France**

242

Chapitre 11

**Faire de la proximité !
L'éducation des habitudes physiques et alimentaires,
un levier sanitaire de citoyenneté dans les quartiers populaires** 151

JEAN-PAUL GÉNOLINI ET PHILIPPE TERRAL

Introduction 151

La proximité en éducation pour la santé :
une exploration des formes ordinaires de sociabilité 152

« Cinéma-santé », un dispositif de proximité organisationnelle 155

La proximité cognitive : l'entendement des prescriptions d'hygiène 157

Le « plaisir du corps », principe fondateur de la proximité sociale 159

La « co-construction », un format de proximité institutionnelle 160

Conclusion 162

Chapitre 14

Les effets des applications mobiles de sport et d'activité physique sur l'engagement dans la pratique.

Une lecture interdisciplinaire entre motivation, agentivité et gestion de soi

187

BASTIEN SOULÉ, GONZALO MARCHANT ET RAPHAËL VERCHÈRE

Introduction 187

Les promesses entourant les AMSAP 188

Motivation et changement des comportements 189

Les capacités agentives des assemblages sociotechniques constitués 192

Une injonction contemporaine à l'autogestion de soi 193

Conclusion et perspectives 196

Conclusion générale

Rompre avec les évidences : enjeux et apports des sciences sociales dans le champ de la promotion de l'activité physique

199

DAMIEN ISSANCHOU, CLÉMENT PERRIER ET CLAIRE PERRIN

Postface

Promotion de l'activité physique : agir à la source des inégalités 203

CHRISTINE FERRON

Bibliographie générale 211

Index des sigles 235

Chapitre 12

Motivations organisationnelles pour la promotion de l'activité physique et sportive en entreprise.

Entre philanthropie, rentabilité et marketing 165

GUILLAUME BODET

Un engouement pour l'activité physique et sportive en entreprise 165

Une expression de la responsabilité sociale des entreprises 168

Un besoin de dépasser les intentions et d'évaluer les discours et les actions 172

Chapitre 13

Émergence et structuration d'un marché du sport-santé connecté au travail

..... 175

YAN DALLA PRIA ET JULIEN PIERRE

Introduction 175

La genèse d'un écosystème 176

 Un terreau favorable à l'éclosion de solutions innovantes 176

 Un nouveau paysage du sport en entreprise 178

Un secteur en quête de légitimité 179

Les pratiques sportives connectées en entreprise :
un révélateur des transformations contemporaines du monde du travail 182

 Les deux facettes de l'intermédiation 182

 La tentation de la quantification 183

 Des émotions et des règles : vers une « *gamification* » du sport au travail 184

Conclusion 185